

Infección cutánea por *Serratia marcescens* en paciente inmunocompetente

Skin Infection Due to *Serratia marcescens* in an Immunocompetent Patient

Sr. Director:

Serratia marcescens es un bacilo gramnegativo perteneciente a la familia de las *Enterobacteriaceae*. Las infecciones cutáneas por este microorganismo son poco frecuentes, siendo los pacientes con inmunidad disminuida la población con mayor riesgo de desarrollarla. Presentamos el caso de un varón de 40 años, sin antecedentes de interés, que consultó por lesiones dolorosas en el dorso de la mano izquierda de 4 meses de evolución que habían sido tratadas previamente con antibióticos tópicos (mupirocina y ácido fusídico) y sistémicos (amoxicilina-clavulánico) sin mejoría. A la exploración destacaban tres abscesos de aspecto inflamatorio y consistencia dura, uno de ellos con orificio de drenaje, obteniéndose a la expresión material purulento (fig. 1). No se detectaron otras lesiones cutáneas acompañantes, adenopatías ni datos sugestivos de afectación sistémica. Ante la sospecha inicial de infección por micobacteria se realizó cultivo del contenido del absceso y biopsia de la lesión. Los estudios analíticos rutinarios resultaron normales salvo un aumento de reactantes de fase aguda. El laboratorio de microbiología informó del crecimiento de una bacteria, *S. marcescens*, sensible a cefotaxima, ciprofloxacino, gentamicina, piperacilina-tazobactam y trimetoprim-sulfametoxazol. El diagnóstico histopatológico fue de reacción inflamatoria inespecífica sugestiva de celulitis evolucionada. Se completó el estudio para descartar la presencia de inmunodepresión que incluyó Mantoux, radiografía de tórax, proteinograma y serología para VIH, VHB, VHC y lúes, no encontrándose anomalía alguna en dichas pruebas. Tras el resultado del antibiograma se inició tratamiento con ciprofloxacino oral (750 mg/día), sustituyéndose a los 15 días por trimetoprim-sulfametoxazol (800/160 mg cada 12 horas), pauta que se mantuvo durante tres meses con resolución completa de las lesiones (fig. 2). Un mes más tarde el paciente presentó una nueva lesión en la misma localización, por lo que se reinició tratamiento antibiótico durante dos meses, no presentando recurrencias hasta el momento actual tras un período de seguimiento de



Figura 1 Abscesos purulentos en el dorso de la mano.



Figura 2 Imagen tras la resolución de las lesiones.

un año.

S. marcescens es un facultativo anaerobio con alta capacidad para sobrevivir en condiciones hostiles, pudiendo encontrarse en reservorios pobres en nutrientes, como agua potable y cañerías, así como en una gran variedad de desinfectantes, de ahí que pueda actuar como agente nosocomial¹. También coloniza el tracto gastrointestinal, y frecuentemente el respiratorio o genitourinario, además de la orofaringe², pudiendo ocasionar infecciones oportunistas además de septicemia, endocarditis y artritis, nosocomiales o adquiridas en la comunidad, siendo excepcionales los casos descritos de infecciones oculares o cutáneas³. Los pacientes con inmunosupresión, bien por tratamientos médicos, bien por enfermedades sistémicas, constituyen la población de mayor riesgo para el desarrollo de infecciones por este germen, el cual es resistente a la antibioterapia convencional con mucha frecuencia⁴.

La incidencia de infecciones cutáneas por *S. marcescens* es baja, ocurriendo casi siempre en pacientes con algún grado de inmunosupresión y resultando excepcionales, por el contrario, los casos descritos en inmunocompetentes. Rodríguez García et al⁵ publicaron el caso de un paciente de 10 años con lesión cutánea granulomatosa por *S. marcescens* que se resolvió tras tratamiento con ciprofloxacino durante 15 días, no identificándose puerta de entrada o inmunosupresión. Recientemente, R. Yoshida et al⁴ publicaron otro caso desarrollado en una mujer de 54 años con antecedentes de colitis hemorrágica que presentó una placa eritematosa en la mejilla, aislándose *S. marcescens* en el cultivo, sin recurrencias tras finalizar el tratamiento durante dos meses con ciprofloxacino. También se han descrito en pacientes con otras patologías tales como diabetes, insuficiencia renal⁵, cirrosis hepática o insuficiencia venosa³. La existencia de traumatismos previos, mordedura de animales⁶ o la presencia de úlceras⁷ en los miembros inferiores pueden actuar como puerta de entrada. Nuestro paciente refirió un traumatismo previo con objeto punzante, lo cual, añadido a la ausencia de inmunodepresión, permitía sugerir que la herida traumática actuó como puerta de entrada a la infección.

Las manifestaciones clínicas de infección cutánea por *S. marcescens* incluyen lesiones granulomatosas, fascitis necrosante, nódulos, celulitis, abscesos dérmicos, úlceras, incluso está descrita una erupción papular diseminada secundaria a este germen oportunista en un paciente infec-

tado por el VIH⁸.

Estas infecciones podrían dividirse en dos grupos: las formas agudas, que suelen presentarse en forma de celulitis o abscesos¹ que pueden evolucionar a úlceras^{3,9} y casos graves de fascitis necrosante¹⁰, y las formas crónicas, que en ocasiones se presentan como nódulos con un curso intermitente o lesiones granulomatosas⁵.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con aquellas entidades que puedan ocasionar diseminación esporotricóide, tales como esporotricosis, tularemia, leishmaniasis, nocardiosis, granuloma de las piscinas o infecciones estafilocócicas o estreptocócicas. También con las causas de infección granulomatosa crónica tales como coccidiomycosis, histoplasmosis, blastomicosis, sífilis o tuberculosis cutánea donde la prueba de la tuberculina es positiva.

Es relevante señalar la importancia de realizar cultivos del exudado de la lesión para hacer un diagnóstico y tratamiento correcto, ya que este germen es resistente a la antibioterapia convencional y suele precisar tratamientos farmacológicos muy prolongados, por lo que puede resultar una infección difícil de controlar. Además es conveniente un seguimiento prolongado con el fin de detectar cualquier estado de inmunosupresión subyacente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Soria X, Bielsa I, Ribera M, Herrero MJ, Domingo H, Carras-cosa JM, et al. Acute dermal abscesses caused by *Serratia marcescens*. J Am Acad Dermatol. 2008;58:891–3.
- Morales-Sánchez MA, Domínguez-Gómez MA, Jurado-Santa Cruz F, Peralta-Pedrero ML. Immunization and bacterial pathogens in the oropharynx as risk factors for alopecia areata. Actas Dermosifogr. 2010;101:441–7.
- João AM, Serrano PN, Cachão MP, Bártolo EA, Brandão FM. Recurrent *Serratia marcescens* cutaneous infection manifesting as painful nodules and ulcers. J Am Acad Dermatol. 2008;58:55–7.
- Yoshida R, Takae Y, Fujio Y, Tanaka M, Ohyama M. Cutaneous *Serratia marcescens* infection on the face of a healthy female. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23:1213–5.
- Rodríguez-García F, Paz RC, González RS, Ruiz ES, Martín-Neda FG, Rodríguez MS, et al. Cutaneous infection caused by *Serratia marcescens* in a child. J Am Acad Dermatol. 2006;55:357–8.
- Grim KD, Doherty C, Rosen T. *Serratia marcescens* bullous cellulitis after iguana bites. J Am Acad Dermatol. 2010;62:1075–6.
- Bogaert MA, Hogan DJ, Miller Jr AE. *Serratia* cellulitis and secondary infection of leg ulcers by *Serratia*. J Am Acad Dermatol. 1991;25:565.
- Muñoz-Pérez MA, Rodríguez-Pichardo A, Camacho F. Disseminated papular eruption caused by *Serratia marcescens*: a new cutaneous manifestation in HIV-positive patients. AIDS. 1996;10:1179–80.
- Friedman ND, Peterson NB, Sumner WT, Alexander BD. Spontaneous dermal abscesses and ulcers as a result of *Serratia marcescens*. J Am Acad Dermatol. 2003;49:193–4.
- Curtis CE, Chock S, Henderson T, Holman MJ. A fatal case of necrotizing fasciitis caused by *Serratia marcescens*. Am Surg. 2005;71:228–30.

P. Giráldez, E. Mayo*, P. Pavón y A. Losada

Servicio Dermatología, Hospital del Salnés, Villagarcía de Arosa, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emaypam@yahoo.es (E. Mayo).

doi:10.1016/j.ad.2010.07.008