

Cartas al director

Soledad Salvo¹,
Estrella Durán¹,
María Borrás¹,
Margarita Navarro²,
Joaquina Gil¹,
Carmen Rubio¹

Celulitis abscesificada por *Streptococcus pneumoniae*

¹Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

²Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Sr. Director:

La infección por *Streptococcus pneumoniae* abarca un amplio rango de patologías, desde enfermedades de tracto respiratorio superior a formas graves de enfermedad invasora como neumonía, meningitis o septicemia. Es poco frecuente en infecciones de piel y de tejidos blandos; si bien, están documentados casos de celulitis, fascitis necrotizante, abscesos e infecciones de heridas¹⁻⁷. Son factores predisponentes diabetes mellitus, enfermedades del tejido conectivo, infección VIH, alcoholismo, enfermedades hematológicas, inmunodepresión o abuso de drogas, pero también se han descrito casos en pacientes inmunocompetentes⁸. Presentamos un caso de celulitis abscesificada en el dorso de la mano.

Se trata de un varón de 57 años, agricultor, con antecedentes de eczema crónico en las manos, alcoholismo y traqueostomía por carcinoma laríngeo tratado hace 2 años con cirugía, quimioterapia y radioterapia. Ingresó en el Servicio de Dermatología por presentar fiebre termometrada de 39-40°C, dolor e inflamación de la mano derecha de una semana de evolución. Había sido tratado con AINEs sin mejoría y el día anterior a su ingreso había comenzado tratamiento con cloxacilina 500 mg/ 6h oral. En la exploración, presentaba colección purulenta, fluctuante a tensión, de 2x2 cm en región de estiloides cubital derecha, edema y placa eritematosa, caliente y dolorosa en muñeca, dorso de mano y dedos. No se evidenciaban signos de infección respiratoria ni en otras localizaciones. En la Rx de muñeca y mano derechas se apreció aumento de densidad y volumen de partes blandas a nivel de cúbito distal sin alteraciones óseas. La ecografía mostró engrosamiento de la piel y edema del tejido celular subcutáneo. En la analítica destacaba leucocitosis de $13.1 \times 10^3/\text{ml}$ con neutrofilia. Tras drenar la lesión, se tomó muestra del material purulento para estudio microbiológico y se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico 1g/ 200 mg/ 8 h iv. y gentamicina 80 mg/ 8 h iv., antiinflamatorios, antitérmicos y analgésicos.

En visión directa del exudado se observaron abundantes leucocitos polimorfonucleares y diplococos grampositivos. Tras 48 horas de incubación, se aisló *S. pneumoniae*, caracterizado en el Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda como serotipo 12F. El estudio de sensibilidad se realizó por el método de microdilución en caldo (WIDER MIC FASTIDIOUS 1W - Soria Melguizo, S.A) y la interpretación se llevó a cabo según criterios del Clinical and Laboratory Standards Institute⁹. La cepa mostró las siguientes concentraciones mínimas inhibitorias (CMI): penicilina $\leq 0,03$ mg/L, ampicilina $\leq 0,06$ mg/L, amoxicilina-clavulánico $\leq 0,5/0,25$ mg/L, cefuroxima $\leq 0,12$ mg/L, cefotaxima $\leq 0,03$ mg/L, cefepima 0,12 mg/L, meropenem $\leq 0,12$ mg/L, vancomicina 0,5 mg/L, eritromicina $\leq 0,25$ mg/L, claritromicina $\leq 0,25$ mg/L, clindamicina $\leq 0,12$ mg/L, tetraciclina 1 mg/L, levofloxacino 1 mg/L, trimetoprim/sulfametoxazol $\leq 0,5/9,5$ mg/L, cloranfenicol ≤ 2 mg/L y rifampicina $\leq 0,5$ mg/L. Posteriormente se solicitaron hemocultivos que resultaron negativos. Se continuó tratamiento con amoxicilina-clavulánico 1g/200mg/ 8h iv. durante 2 semanas, pasando después a la vía oral (amoxicilina/clavulánico 875/125 mg/ 8 h) 5 días más. El paciente permaneció ingresado 3 semanas hasta la resolución del cuadro.

Los agentes etiológicos de celulitis mas frecuentes son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. En contraste, *S. pneumoniae* es poco común, se asocia habitualmente con bacteriemia, necrosis de tejidos y complicaciones supurativas, y a menudo los pacientes requieren cirugía y hospitalización prolongada¹. Capdevila et al.¹⁰ sugieren como mecanismos de la patogénesis de la celulitis neumocócica: contacto directo de la piel previamente dañada con saliva o secreciones respiratorias, extensión hasta la piel desde un foco infeccioso respiratorio subyacente y diseminación hematogena hasta estructuras musculoesqueléticas con celulitis de la piel que las recubre. Opinamos que en nuestro paciente la infección pudo ocurrir por contacto directo con las secreciones de la traqueostomía, produciéndose una bacteriemia secundaria al foco cutáneo. La negatividad de los hemocultivos, puede justificarse porque se solicitaron días después de iniciar el tratamiento antibiótico. La asociación

Correspondencia:
Soledad Salvo
Servicio de Microbiología. Hospital Clínico
Universitario Lozano Blesa
Avda. San Juan Bosco, 15
C.P. 50009 Zaragoza (España)
Teléfono 976 765700 extensión 164318

E-mail: solesalvo@gmail.com

infección de piel y tejidos blandos por *S. pneumoniae* y bacteriemia es variable, oscilando entre el 0% y el 88%⁷. La relación entre los antecedentes personales del paciente, cáncer y alcoholismo, y la localización en la mano, coincide con lo descrito por otros autores^{1,10}. El cuadro clínico se presentó como celulitis abscesificada, sin ampollas ni coloración violácea de la piel descritas en algunos casos de celulitis neumocócica^{1,4,8}. *S. pneumoniae* serotipo 12F está incluido en la vacuna de polisacáridos 23 valente. El paciente no estaba vacunado a pesar de pertenecer al grupo de edad menor de 60 años con factores de riesgo susceptible de vacunación.

S. pneumoniae debe ser incluido en la etiología de las infecciones de piel y tejidos blandos, sobre todo en pacientes con algún grado de inmunodepresión o patología de base, y queremos destacar la importancia de la toma de muestras y la extracción de hemocultivos al comienzo del cuadro clínico antes de iniciar el tratamiento antibiótico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parada JP, Maslow JN. Clinical syndromes associated with adult pneumococcal cellulitis. *Scand J Infect Dis*. 2000; 32:133-6.
2. Mofredi A, Guerin JM, Leibinger F, Masmoudi R. Pneumococcal cellulitis in an HIV-infected adult. *Infection*. 2000; 28:175-7.
3. Sabio JM, Vargas JA, Jiménez- Alonso J. Pneumococcal cellulitis in a patient with systemic lupus erythematosus: a case report and review. *Lupus*. 2006; 15:54-7.
4. Hakeen LM, Urolagin M, Bhattacharyya D, Campbell IW, Griffiths G. Haemorrhagic bullous *Streptococcus pneumoniae* cellulitis in type2 diabetes mellitus. *Br J Diabetes Vasc Dis*. 2008; 8: 75-9.
5. Frick S, Cerny A. Necrotizing fasciitis due to *Streptococcus pneumoniae* after intramuscular injection of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: report of 2 cases and review. *Clinical Infect Dis*. 2001; 33:740-3.
6. Bolaños M, Afonso O, Evora O, Gil G, Martín Sánchez A. Absceso glúteo por *Streptococcus pneumoniae*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001; 19: 455-6.
7. García-Lechuz JM, Cuevas O, Castellares C, Pérez-Fernández C, Cercenado E, Bouza E. *Streptococcus pneumoniae* skin and soft tissue infections: characterization of causative strains and clinical illness. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2007; 26:247-53.
8. Bachmeyer C, Martres P, Blum L. Pneumococcal cellulitis in an immunocompetent adult. *JEADV*. 2006; 20: 199-01.
9. Clinical and Laboratory Standards Institute. Performance Standards for antimicrobial susceptibility testing. 19th informational supplement M100-S19. CLSI, Wayne, PA: CLSI; 2009.
10. Capdevilla O, Grau I, Vadillo M, Císnal M. Bacteriemic pneumococcal cellulitis compared with bacteriemic cellulites caused by *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus pyogenes*. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2003; 22: 337-41.