

Infección cutánea por aeromonas

Aeromonas infection of the skin

S. Meik, J. Tiscornia, M. Arias, M^oC Kien, G. Pellerano

Unidad de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

Sabrina Meik

Unidad de Dermatología.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Pi y Margall 750

C1155AHD Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tel.: 0054(11)41210856

e-mail: sabrinameik@hotmail.com

Resumen

Aeromonas spp. son bacilos Gram negativos, anaerobios facultativos. Su hábitat habitual es el medio ambiente. El cuadro clínico más frecuente es la gastroenteritis aguda, pero con menor frecuencia pueden causar infecciones extraintestinales, como infecciones de piel y partes blandas. Se comunica un caso de un paciente de 74 años que realiza tareas de jardinería, que consulta por una lesión dolorosa en dorso de mano, de 3 meses de evolución, sin respuesta a tratamientos antibióticos con cultivo positivo para *Aeromonas spp.*

(S. Meik, J. Tiscornia, M. Arias, M^oC Kien, G. Pellerano. Infección cutánea por aeromonas. Med Cutan Iber Lat Am 2011;39(1):23-25)

Palabras clave: Aeromonas, infección cutánea.

Summary

Aeromonas spp. are anaerobic Gram negative bacillae. They are widely distributed in the environment. They typically cause gastroenteritis, but can occasionally produce extraintestinal infections, such as skin and soft tissue infections.

A 74 year old male, occasional gardener, complains with a painful lesion of the hand of three months of evolution. He had been treated unsuccessfully with various antibiotics. *Aeromonas spp.* were isolated from the skin culture.

Key words: *Aeromonas*, skin infection.

El género *Aeromonas* está constituido por bacilos gram negativos, anaerobios facultativos, oxidasa y catalasa positivos cuyo hábitat habitual es el medio ambiente, especialmente el agua corriente o estancada y el suelo[1].

La mayoría de las infecciones cutáneas producidas por estos microorganismos son precipitadas por un traumatismo en contacto con el agua[2].

Presentamos un paciente de sexo masculino de 74 años, con antecedentes de insuficiencia renal crónica terminal en plan para iniciar hemodiálisis y que realiza tareas de jardinería, que consulta por una lesión dolorosa en dorso de mano izquierda de 3 meses de evolución. Debido a la falta de respuesta a los tratamientos antibióticos se realizan culti-

vos que resultan positivos para *Aeromonas spp* iniciándose la terapéutica correspondiente.

Caso clínico

Paciente de 74 años de edad, sexo masculino, argentino. Derivado del Servicio de Nefrología por una lesión dolorosa en dorso de mano izquierda de 3 meses de evolución. Previo a la consulta a nuestro servicio realizó tratamiento antibiótico por 5 días, inicialmente con cefadroxilo por 48 h sin respuesta, pasando a penicilina benzatínica intramuscular 2400000 UI (6 dosis en total), sin mejoría. El paciente niega traumatismos o heridas punzantes, pero realiza tareas de jardinería.



Figura 1. Placa eritematoviolácea descamativa, flogótica, con costras serohemáticas en dorso de mano izquierda. A la compresión, se evidenció la salida de secreción seropurulenta por múltiples orificios. Onicodistrofia de primeras tres uñas de dicha mano.

Antecedentes personales: Insuficiencia renal crónica terminal de etiología desconocida, en plan para iniciar hemodiálisis.

Examen físico: Buen estado general, afebril, placa eritematoviolácea descamativa, flogótica, con costras serohemáticas de aproximadamente 8 x 6 cm de diámetro localizada en dorso de mano izquierda. A la compresión, se evidenció la salida de secreción seropurulenta por múltiples orificios. Onicodistrofia de las primeras tres uñas de dicha mano (Figura 1). Ausencia de adenopatías regionales.

Estudios complementarios:

– **Laboratorio:** ligera anemia (Hto 36%), leucocitos 6.540 células/mm³ (neutrófilos 74%), Urea 96 mg/dl, Creatinina 3,26 mg/dl, Clearance de creatinina 20 ml/min, VSG 40 mm/hora. **Radiografía de mano izquierda:** sin particularidades

Biopsia cutánea: Epidermis con hiperqueratosis y acantosis irregular. En dermis, vasos capilares neoformados incluidos en un estroma fibroso (Figura 2).

Estudios microbiológicos mediante punción por piel sana y biopsia por punch: Directo: negativo. Cultivo: *Aeromonas* spp (Figura 3). Sensible a: ciprofloxacina, trimetoprima-sulfametoxazol, cefotaxima, ceftazidima, meropenem, amikacina, gentamicina. Resistente a: ampicilina, amoxicilina+clavulanico, cefalotina, cefoxitina.

El paciente inicia tratamiento con ciprofloxacino ajustada a la función renal por un mes con escasa mejoría, por lo que se cambia a trimetoprima + sulfametoxazol con buena evolución clínica.

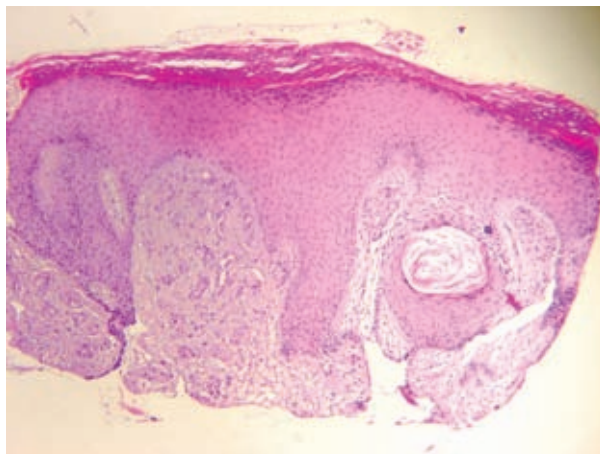


Figura 2. Epidermis con hiperqueratosis y acantosis irregular. En dermis, vasos capilares neoformados incluidos en un estroma fibroso.

Comentario

El género *Aeromonas* está constituido por bacilos gram negativos, catalasa y oxidasa positivos y anaerobios facultativos. Forman parte de la familia Vibrionaceae[3]. Tienen una distribución mundial y son ubicuos en el medio ambiente, especialmente el agua fresca y el suelo[4].

Pueden comportarse como gérmenes oportunistas en pacientes con alteraciones del sistema inmunológico. En estos casos son causantes de infecciones severas[5]. Se asocia a patologías de base como neoplasias, diabetes, cirrosis hepática y tratamientos inmunosupresores[6]. En éstas situaciones pueden causar bacteriemia, meningitis, endocarditis, colangitis, peritonitis, infecciones del tracto urinario, endoftalmitis entre otras[7].

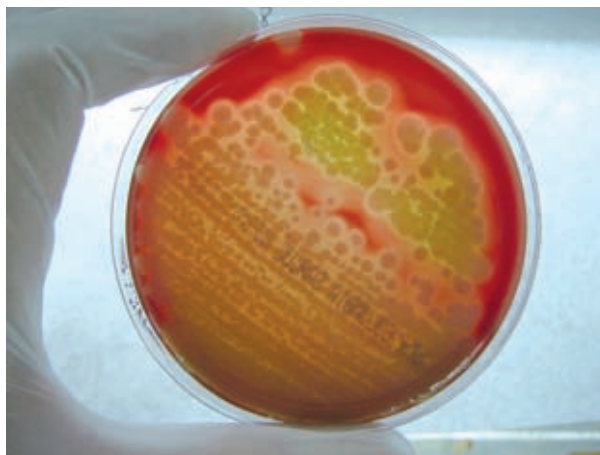


Figura 3. En agar sangre se evidencia la hemólisis característica de *Aeromonas* spp.

Las especies más importantes que producen infección en el hombre son *A. hydrophila*, *A. caviae* y *A. veronii* biotipo *sobria*. El cuadro clínico más frecuente es la gastroenteritis aguda, tanto en adultos como en niños. Con mucha menor frecuencia se ha relacionado con procesos extraintestinales[1, 8]. Dentro del gran grupo de infecciones extraintestinales se incluyen a las infecciones de piel y partes blandas[1]. En individuos sanos, la infección generalmente se inicia luego de un traumatismo en contacto con el agua[2]. Las manifestaciones cutáneas pueden acompañarse de fiebre, malestar y leucocitosis. En el caso de nuestro paciente no se asociaba a ninguna de estas. Se describe la celulitis como la manifestación más frecuente, aunque también pueden darse erupciones pustulosas, forunculosis, abscesos de heridas, gangrena gaseosa, lesiones símil ectima gangrenoso y mionecrosis rápidamente progresiva[9]. Incluso se reportaron casos de infecciones por *Aeromonas hydrophila* por el uso de sanguijuelas de modo terapéutico[10].

Furusu y cols.[4] postulan que en pacientes con insuficiencia renal crónica las infecciones por *Aeromonas hydrophila* aumentan, no solo por el compromiso inmunitario sino también por factores locales como el trastorno del flujo sanguíneo y el edema debidos a la arterioesclerosis.

Algunos autores recomiendan descartar siempre la infección por este microorganismo en infecciones cutáneas cuando existen antecedentes de traumatismo en contacto con el agua[11]. En nuestro caso, el paciente realizaba tareas de jardinería.

Se describe una variación estacional para la infección por *Aeromonas spp.*, con predominio en los meses de verano[12]. Las infecciones con frecuencia son polimicrobianas y el pronóstico en general es bueno[1].

El tratamiento de elección de las infecciones cutáneas por *Aeromonas* es el antibiótico, aunque se reportaron casos de mionecrosis rápidamente progresiva que requirieron la amputación[13].

Es bien reconocida la resistencia de *Aeromonas hydrophila* a la penicilina, por lo que se recomienda el tratamiento con cotrimoxazol o ciprofloxacino[2].

Conclusión

El interés de la presentación radica en documentar una infección cutánea por un germen poco frecuente. Debe sospecharse la infección por *Aeromonas spp.* cuando exista el antecedente de traumatismo en contacto con el agua. Destacamos además la importancia de realizar estudio microbiológico ante la falta de respuesta a los tratamientos antibióticos.

Bibliografía

1. Tena D, González-Praetorius A, Gimeno C, Pérez-Pomata MT, Bisquert J. Infección extraintestinal por *Aeromonas spp.*: revisión de 38 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007; 25: 235-41.
2. Mulholland A, Yong-Gee S. A posible new cause of spa bath folliculitis: *Aeromonas hydrophila*. *Australas J Dermatol* 2008; 49: 39-41.
3. Altwegg M. *Aeromonas* and *Plesiomonas*. En Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH Manual of clinical microbiology, 7ma edición. Washington DC: American Society for Microbiology 1999; 507-13.
4. Furusu A, Yoshizuka N, Abe K, Sasaki O, Miyazaki K, Miyazaki M et al. *Aeromonas hydrophila* necrotizing fasciitis and gas gangrene in a diabetic patient on haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 1997; 12: 1730-4.
5. Trust TJ, Chipman DC. Clinical involvement of *Aeromonas hydrophila*. *CMA Journal* 1979; 120: 942-6.
6. Kelly KA, Koehler JM, Ashdown LR. Spectrum of extraintestinal disease due to *Aeromonas* species in tropical Queensland, Australia. *Clin Infect Dis* 1993; 16: 574-9.
7. Campo C, Navarro V, Pérez C, Gutiérrez I, Alonso R. Bacteriemia por *Aeromonas spp.*: estudio de 12 episodios y revisión de la literatura. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 161-4.
8. Cabrera Rodríguez LE, Bravo Fariñas L, Ramírez MM, Lloj Hernández A, Fernández Abreu A, Morier L, Borrego G. Factores de virulencia en cepas de *Aeromonas spp.* aisladas de pacientes con bacteriemia. *Rev Panam Infectol* 2007; 9: 19-23.
9. Young DF, Barr RJ. *Aeromonas hydrophila* infection of the skin. *Arch Dermatol* 1981; 117: 244.
10. Snower DP, Ruef C, Kuritz AP, Edbereg SC. *Aeromonas hydrophila* Infection Associated with the Use of Medicinal Leeches. *J Clin Microbiol* 1989; 27: 1421-2.
11. Gold WL, Salit IE. *Aeromonas hydrophila* infections of skin and soft tissue: report of 11 cases and review. *Clin Infect Dis* 1993; 16: 69-74.
12. Janda JM, Bottone EJ, Reitano M. *Aeromonas* species in clinical microbiology: significance, epidemiology, and speciation. *Diagn Microbiol Infect Dis* 1983; 1: 221-8.
13. Moses AE, Leibergal M, Rahav G, Perouansky M, Or R, Shapiro M. *Aeromonas hydrophila* myonecrosis accompanying mucormycosis five years after bone marrow transplantation. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1994; 14: 237-240.