



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



COMUNICACIONES CLÍNICAS

Joven cazador con fiebre elevada, artritis migratoria y lesiones maculares en palmas y plantas

Young hunter with high fever, migratory arthritis and macular lesions on palms and soles

Z. Palacios^a, M. Fernández^a, L.E. López-Cortés^{a,*} y A. Suárez^b

^a Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^b Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 8 de febrero de 2012; aceptado el 9 de abril de 2012

Disponible en Internet el 1 de junio de 2012

Introducción

Presentamos el caso de un varón joven que acudió a Urgencias con clínica consistente en fiebre elevada y mialgias de 6 días de duración. En la exploración física presentaba signos de oligoartritis, así como lesiones maculopustulosas sistémicas incluyendo palmas y plantas. Son múltiples las enfermedades que pueden mostrar esta presentación clínica, por lo que la realización de una historia clínica detallada y una exploración física minuciosa son claves para abordar el diagnóstico diferencial.

Observación clínica

Varón de 26 años que acudió a Urgencias de nuestro centro tras presentar fiebre (máximo de 40 °C) y mialgias intensas de 6 días de duración. En las últimas 48 h se añadieron artralgiyas migratorias con signos de artritis en tobillo derecho y muñeca izquierda, aftas orales y lesiones maculopustulosas. El paciente no tenía comorbilidad aunque sí antecedentes de una reacción adversa medicamentosa a penicilina en la

infancia. Como antecedente epidemiológico de relevancia refería ser aficionado a la caza y haber presentado una mordedura en la mano de lo que creía ser un conejo (pero que resultó ser una rata) durante la realización de dicha actividad, 4 días antes del inicio de la fiebre.

En la exploración física mostraba signos manifiestos de artritis en las articulaciones descritas (fig. 1A), así como múltiples lesiones maculopustulosas generalizadas que incluían palmas y plantas (fig. 1B y C). En la palma presentaba asimismo una lesión secundaria a una mordedura animal sin signos de infección activa (fig. 1D). El resto de la exploración resultó normal. Las determinaciones analíticas iniciales incluido el recuento de leucocitos no presentaron ninguna alteración, excepto por un valor de proteína C reactiva moderadamente elevado (48 mg/l).

Teniendo en cuenta la mordedura que presentaba el paciente, la clínica acompañante y su posible alergia a penicilina, se inició tratamiento con doxiciclina 100 mg iv 2 veces al día tras la extracción de hemocultivos seriados y de un aspirado de una de las lesiones pustulosas. Se solicitó al Servicio de Alergología que realizara una prueba de tolerancia a compuestos derivados de la penicilina. Tras la realización de la prueba el paciente no mostró intolerancia alguna por lo que se inició tratamiento con amoxicilina 1 g iv 3 veces al día, que se mantuvo durante 14 días. La evolución fue

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luiselopezcortes@gmail.com
(L.E. López-Cortés).



Figura 1 Se observan los signos de artritis en articulación del tobillo (A), así como la afectación macular en manos (B) y plantas (C). En la región palmar se observan también los signos de mordedura (D).

favorable. La poliartritis y las lesiones mejoraron hasta su desaparición. En el cultivo de la lesión cutánea se aisló *Streptobacillus moniliformis* (*S. moniliformis*) sensible a penicilina (fig. 2), por lo que se estableció el diagnóstico de fiebre por mordedura de rata producida por *S. moniliformis*.

Discusión

La enfermedad por mordedura de rata es una zoonosis que se presume de baja incidencia en nuestro medio, aunque realmente no disponemos de datos precisos al respecto. Según los datos de codificación de diagnósticos al alta hospitalaria de nuestro centro, este es el único caso diagnosticado en los últimos 10 años. La infección es transmitida por ratas, ratones, ardillas o animales carnívoros que se alimentan

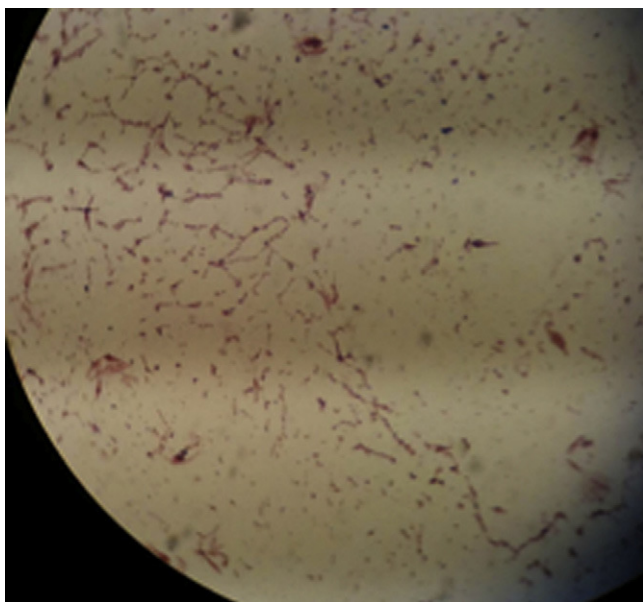


Figura 2 Tinción obtenida a partir de la lesión cutánea donde se objetiva *Streptobacillus moniliformis*.

de los anteriores. Puede desarrollarse asociado a distintas situaciones: mordedura o arañazo de un roedor, manejo experimental de los mismos o sus fómites, o la ingestión de alimentos o agua contaminados con heces u orina. Esta última situación se denomina fiebre de Haverhill.

El período de incubación tras el contacto es de 1 a 22 días. Los patógenos responsables de la fiebre por mordedura de rata son *S. moniliformis* y *Spirillum minus* (*S. minus*). La infección por *S. minus* se denomina enfermedad de Sodoku, siendo más prevalente en el continente asiático y caracterizándose por presentar linfadenopatía regional y una escara necrótica en la localización de la mordedura^{1,2}. La tasa de colonización nasofaríngea en ratas de laboratorio sanas por *S. moniliformis* varía entre un 10 y un 100%³.

Es frecuente que al inicio de la clínica la mordedura ya haya cicatrizado. Hasta un 30% de los pacientes con enfermedad por mordedura de rata no recuerdan haber sido mordidos o arañados, motivo por el que la realización de una historia clínica detallada es imprescindible^{1,4-6}.

La clínica característica tras la infección por *S. moniliformis* corresponde a la descrita en el paciente presentado. Pasados de 2 a 4 días tras el inicio de la fiebre, suele aparecer una erupción maculopapular no pruriginosa, morbiliforme, petequial o pustulosa en las palmas de las manos, las plantas de los pies y las extremidades. Aproximadamente la mitad de los pacientes presenta poliartritis asimétrica o artritis séptica que aparece simultáneamente a las lesiones cutáneas o unos días más tarde. Las articulaciones que suelen afectarse son rodillas, tobillos, codos, muñecas, hombros y caderas. La fiebre suele desaparecer en las primeras 2 semanas, aunque en pacientes no tratados puede presentar un curso recurrente e irregular durante semanas o meses. En relación con las pruebas complementarias, lo habitual es que la infección se presente con leucocitosis intensa (hasta 30.000/mm³) con desviación a la izquierda, sin otras alteraciones significativas. El diagnóstico diferencial de un paciente con fiebre, poliartralgias y exantema maculopapular es muy amplio, por lo que es imprescindible delimitarlo atendiendo a la afección basal del paciente y el contexto epidemiológico. En casos de mordedura previa, el patógeno causante puede variar en función de si esta es humana, canina o de un roedor. Además de los descritos previamente, otros patógenos a considerar tras la mordedura de un roedor son *Staphylococcus spp.*, *Pasteurella spp.*, *Leptospira spp.*, *Corynebacterium spp.* y *Fusobacterium spp.*, entre otros. En los casos en que la clínica sea similar a la descrita, pero no exista antecedente de contacto con roedores, también sería necesario valorar otra serie de enfermedades (sífilis secundaria, rickettsiosis, sarampión, escarlatina y enfermedad de Kawasaki, entre otras)^{7,8}. El hecho de que exista afectación cutánea palmo-plantar como ocurrió en nuestro caso puede ayudar a delimitar el diagnóstico diferencial ya que es un signo que presentan un número reducido de enfermedades. Entre las infecciosas, pueden presentarla fundamentalmente el sarampión, la escarlatina, la sífilis secundaria, la fiebre de las montañas rocosas, la enfermedad de Kawasaki y el exantema súbito por herpes virus 6⁸. Para un diagnóstico correcto y tratamiento precoces, es imprescindible el aislamiento microbiológico del microorganismo. Las muestras habituales son hemocultivos, exudados de la lesión inicial o lesiones cutáneas secundarias, así como líquido articular en los casos

en que exista artritis manifiesta. Tanto *S. moniliformis* como *S. minus* son sensibles a penicilina, por lo que el tratamiento recomendado actualmente es un derivado del mismo como amoxicilina, durante al menos 10 días^{1,2}. En pacientes alérgicos es posible utilizar doxiciclina o estreptomina. Las complicaciones descritas son: miocarditis, pericarditis, endocarditis, neumonía, meningitis y sepsis fulminante, motivo por el que un diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales⁹. No existen recomendaciones claras acerca de la necesidad de realizar un tratamiento profiláctico en las situaciones descritas previamente. El riesgo de complicaciones graves es mayor en pacientes inmunodeprimidos, por lo que parece razonable realizar al menos en ellos un tratamiento con una penicilina vía oral durante 3 días⁹. La mortalidad en los casos sin tratamiento activo puede alcanzar el 13%¹⁰.

En conclusión, la fiebre por mordedura de rata es una entidad infecciosa a tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial del paciente con fiebre, artritis y lesiones maculares, sobre todo si el contexto epidemiológico es compatible. Como siempre, la realización de una historia clínica detallada, una exploración física minuciosa y la realización de cultivos microbiológicos previos al inicio del tratamiento antibiótico son imprescindibles para un diagnóstico precoz.

Agradecimientos

A los Dres. Muniain y Domínguez-Castellano por su ayuda en el planteamiento y desarrollo de este caso clínico.

Bibliografía

1. Trigo-Daporta M, Cortizo-Vidal S, Pallarés-González A, García-Campello M. Fiebre y exantema en dueño de mascotas exóticas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:311–2.
2. Wang KF, Wong SY. *Streptobacillus moniliformis* septic arthritis: a clinical entity distinct from rat-bite fever? *BMC Infect Dis*. 2007;7:56.
3. Anderson LC, Leary SL, Manning PJ. Rat-bite fever in animal research laboratory personnel. *Lab Anim Sci*. 1983;33:292–4.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Rat bite fever. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1998;47:89.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fatal rat-bite fever. Florida and Washington, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005;53:1198–202.
6. Barja JM, Castelo L, Almagro M, Sánchez-Vidal E, Fernández-González A, Peña-Rodríguez F, et al. Fiebre por mordedura de rata. Un caso en España con lesiones cutáneas características. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:275–8.
7. Madoff L. Artritis infecciosa. En: Véliz Salazar L, Heras Martínez C, editores. *Harrison principios de Medicina Interna*. Tomo II. 17ª ed. McGraw-Hill: México, D.F.; 2009. p. 2169–75.
8. Kaye ET, Kaye KM. Fiebre y erupciones. En: Véliz Salazar L, Heras Martínez C, editores. *Harrison principios de Medicina Interna*. Tomo I. 17ª ed. McGraw-Hill: México, D.F.; 2009. p. 121–30.
9. Elliot SP. Rat bite fever and *Streptobacillus moniliformis*. *Clin Microb Rev*. 2007;20:13–22.
10. Sens MA, Brown EW, Wilson LR, Crocker TP. Fatal *Streptobacillus moniliformis* infection in a two month old infant. *Am J Clin Pathol*. 1989;91:612–6.