



CARTAS AL DIRECTOR

Endocarditis infecciosa en enfermedad por mordedura de rata

Infectious endocarditis in rat bite disease

Sr. Director:

Varón de 45 años, bebedor y fumador excesivo habitual, sin otros antecedentes de interés, que ingresa por cuadro de insuficiencia respiratoria aguda severa de horas de evolución. La familia refería inflamación en tobillo derecho de 10-12 días de evolución sin otra sintomatología acompañante.

A su llegada el paciente presentaba mal estado general, destacando insuficiencia respiratoria severa hipoxémica con mala perfusión periférica. No existían lesiones cutáneas evidentes salvo leve eritema en maleolo interno de tobillo derecho.

La radiografía de tórax mostraba infiltrado intersticial bilateral y el ECG no presentaba datos de isquemia aguda. La analítica destacaba por leucocitosis de 28.760 con neutrofilia con procalcitonina <0,5 ng/ml, NT proBNP de 3.020 pg/ml y lactato 8,3 mmol/L, así como acidosis mixta severa.

La ecocardiografía transtorácica mostró una imagen móvil en valva anterior mitral sugestiva de vegetación, con insuficiencia mitral severa y fracción de eyección conservada, que se confirmó mediante ecocardiografía transesofágica.

Ante los hallazgos se extrajeron hemocultivos y se inició antibioterapia empírica. En pocas horas evolucionó a shock cardiogénico, siendo necesaria intervención quirúrgica urgente para recambio valvular.

Se realizó tratamiento antibiótico inicialmente con cloxacilina, gentamicina y ampicilina, suspendiéndose la ampicilina a las 24h. A los 5 días la cloxacilina y la gentamicina fueron sustituidas por piperacilina-tazobactam y vancomicina, completándose 10 días más de tratamiento con dicho régimen.

Los hemocultivos iniciales y el cultivo del tejido valvular fueron negativos. El diagnóstico de la infección por *Streptobacillus moniliformis* (SM) se realizó mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de tejido valvular y la vegetación.

La enfermedad por mordedura de rata puede estar provocada por SM o por el *Spirillum minus*, siendo más común en los países occidentales el primero. Es una enfermedad infrecuente con una mortalidad global del 10%¹. Entre las

complicaciones más temidas de estas infecciones está la endocarditis, habiéndose reportado tan solo 20 casos en la literatura, la mayoría con enfermedades valvulares previas y con una mortalidad entre ellos superior al 50%²⁻⁵. Aquí describimos un caso de endocarditis por SM en un paciente sin patología valvular conocida y sin antecedente de mordedura.

El SM tiene su reservorio en la orofaringe de las ratas, siendo la mayoría de las infecciones en seres humanos por mordedura, aunque hasta un 30% pueden ser por exposición a sus secreciones o saliva¹.

El período de incubación puede ser de hasta 3 semanas, tras las cuales aparece el típico cuadro clínico caracterizado por fiebre, rash y poliartalgias. La mordedura no suele dejar lesiones cutáneas y cuando la infección progresa aparecen focos metastásicos^{1,2,5}.

El SM es un bacilo gramnegativo que necesita de medios especiales para su cultivo y el diagnóstico mediante hemocultivos suele ser difícil por lo que las técnicas moleculares tienen un papel importante^{1,2}.

El tratamiento antibiótico para endocarditis por SM es biterapia con altas dosis de penicilina G junto estreptomina o gentamicina¹⁻⁵.

En resumen, la alta mortalidad de las endocarditis por SM hace que sea importante un nivel de sospecha clínico elevado para utilizar un tratamiento antibiótico correcto. El avance y la disponibilidad de las técnicas moleculares es posible que provoquen un aumento en el diagnóstico de esta infección, probablemente infradiagnosticada.

Bibliografía

1. Elliot SP. Rat bite fever and *Streptobacillus moniliformis*. Clin Microbiol Rev. 2007;20:13–22.
2. Kondruweit M, Weyand M, Mahmoud FO, Geissdörfer W, Schoerner C, Ropers D, et al. Fulminant endocarditis caused by *Streptobacillus moniliformis* in a young man. J Thorac Cardiovasc Surg. 2007;134:1579–80.
3. Chen PL, Lee NY, Yan JJ, Yang YJ, Chen HM, Chang CM, et al. Prosthetic valve endocarditis caused by *Streptobacillus moniliformis*: a case of rat bite fever. J Clin Microbiol. 2007;45:3125–6.
4. Balakrishnan N, Menon T, Shanmugasundaram S, Alagesan R. *Streptobacillus moniliformis* endocarditis. Emerg Infect Dis. 2006;12:1037–8.
5. Rupp ME. *Streptobacillus moniliformis* endocarditis: case report and review. Clin Infect Dis. 1992;14:769–72.

F. Maroto*, S. Gallego, C. Pérez y C. Colon

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San Juan de Dios, Bormujos, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernando_maroto8@hotmail.com (F. Maroto).

doi:10.1016/j.medin.2010.07.013

Sección de los músculos rectos del abdomen por cinturón de seguridad

Section of rectus abdominis muscle by the safety belt

Sr. Director:

El cinturón de seguridad ha disminuido la morbimortalidad de los accidentes de tráfico, pero su utilización puede producir lesiones graves. Presentamos el caso de un varón que sufrió un accidente de automóvil al que la utilización del cinturón de seguridad provocó la rotura transversal de los músculos rectos anteriores.

Varón de 13 años que sufrió un accidente de tráfico con choque frontal cuando viajaba en el asiento posterior

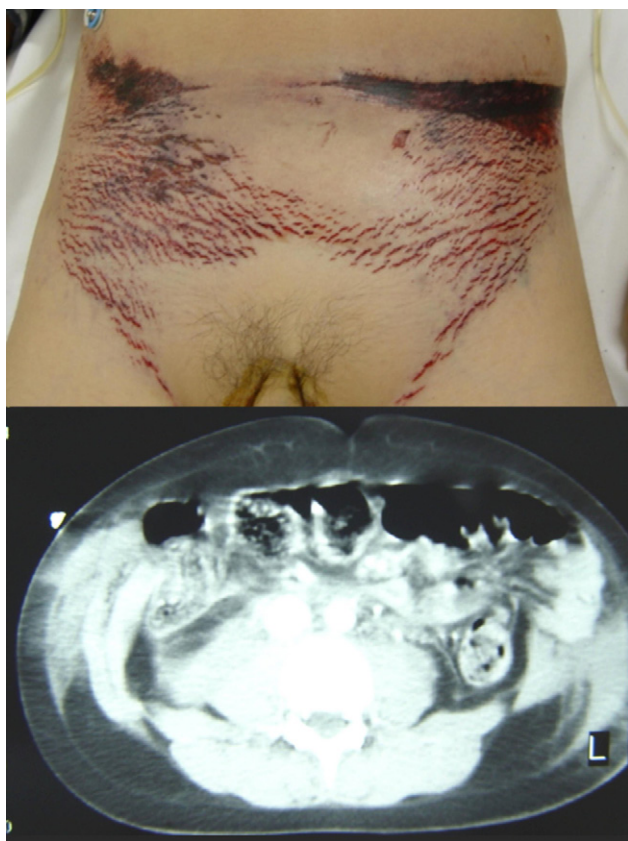


Figura 1 La equimosis infraumbilical causada por el cinturón de seguridad durante la desaceleración se corresponde, en la TAC abdominal, con una dehiscencia de rectos anteriores, eventración del contenido intestinal en ese área y un gran hematoma en las paredes laterales del abdomen.

izquierdo del automóvil. A su llegada al hospital destacaba hipotensión de 90/40 mmHg, taquicardia de 110 latidos y taquipnea; dibujando la posición del cinturón de seguridad, presentaba equimosis cutáneas en el cuello y el tórax y un gran hematoma a 10 cm por debajo del ombligo; en las extremidades se objetivó parálisis flácida del brazo izquierdo sin deformidades y con los pulsos periféricos conservados. Una TAC abdominal detectó dehiscencia de los músculos rectos anteriores con eventración a su través de asas intestinales y, a ambos lados, hematoma de partes blandas (fig. 1). La cirugía confirmó la sección transversal de ambos rectos anteriores con evisceración encubierta, rotura de las aponeurosis de los músculos oblicuos, hemoperitoneo y rotura del meso intestinal a 90 cm del ángulo de Treitz. Se le practicó una sutura del meso y ligadura de vasos epigástricos que sangraban. La paresia flácida del brazo izquierdo se diagnosticó de lesión del plexo braquial (C6-C7 y D1) mediante un estudio neurofisiológico.

El síndrome de cinturón de seguridad fue descrito en 1962 en relación con la fuerza de desaceleración ejercida sobre un pasajero contenido con este sistema: 1) lesiones cutáneas equimóticas que “dibujan el cinturón de seguridad”¹; 2) lesiones intraabdominales por la compresión por la banda pélvica del cinturón; y 3) fracturas vertebrales por hiperflexión brusca de la columna. Thomson² recogió tres patrones cinéticos de lesión abdominal en niños: 1) mala colocación del cinturón; 2) mala posición del niño; y 3) utilización inadecuada de la banda del hombro. En el caso presentado se produjo una lesión compleja de la pared abdominal acompañada de daño del plexo braquial izquierdo; el mecanismo lesional probable fue la banda pélvica demasiado alta, infraumbilical, y la banda del hombro mal adaptada a la talla del pasajero. La rotura transversal de los rectos tuvo una manifestación llamativa, que facilitó la localización de la causa de la inestabilidad y su tratamiento precoz.

En caso de accidente de tráfico, en presencia de hematomas en la piel subyacente a la banda pélvica del cinturón, cabe la posibilidad de que se hayan producido lesiones graves de la pared abdominal³. La rotura de los rectos anteriores del abdomen es una lesión potencialmente grave por asociarse a desgarro y sangrado de las arterias epigástricas; la presencia de hematoma como estigma cutáneo es clave para su diagnóstico.

Bibliografía

1. Arbogast KB, Kent RW, Menon RA, Ghati Y, Durbin DR, Rouhana SW. Mechanisms of abdominal organ injury in seat belt-restrained children. *J Trauma*. 2007;62:1473–80.
2. Thompson NS, Date R, Charlwood AP, Adair IV, Clements WD. Seat-belt syndrome revisited. *Int J Clin Pract*. 2001;55:573–5.