

CIRROSIS HEPÁTICA Y ANIMALES DE COMPAÑÍA: UNA COMBINACIÓN PELIGROSA!

Sandra Triginer, Maria Jesús Domínguez, Neus Robert, Josep M. Mòdol

Servei de Medicina intensiva. Servei d'Urgències.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Nom autor: Sandra Triginer Lloc de treball: Hospital Germans Trias I Pujol

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: trigisand@gmail.com

Forma de citació: Triginer S, Domínguez MJ, Robert N, Mòdol JM. *Cirrosis hepatica y animales de compañía: una combinación peligrosa*. ReMUE.c@t 2017;4(1):36-38

Motivo de consulta

Dolor en la extremidad inferior derecha.

Antecedentes personales

Mujer de 74 años, alérgica al metamizol, no fumadora y con hábito enólico de >60g/día hasta unos años antes, entre cuyos antecedentes patológicos destaca hipertensión arterial, diabetes mellitus II en tratamiento con ADOs, tendinitis crónica del hombro derecho, cirrosis hepática enólica Child Pugh B portadora de TIPS por recidiva de HDA por varices esofágicas que requirió reducción del TIPS cuatro meses antes por encefalopatía hepática crónica.

Enfermedad actual

La paciente consulta en urgencias por dolor, eritema y tumefacción de la extremidad inferior derecha tras arañazo de gato cuatro días antes, refiriendo sensación distérmica en domicilio. Paralelamente refiere dolor en la articulación escapulo-humeral derecha desde hace 7 días.

Exploración física

A su llegada a urgencias presenta un buen estado general con tendencia a la hipotensión bien tolerada, sin taquicardia, afebril, saturando correctamente. A la exploración destaca dolor a la movilización de extremidad inferior derecha, signos de flogosis de ésta hasta rodilla con edema, calor, rubor y úlcera superficial en región pretibial de 1 cm de longitud con escaso exudado (Figura1). Respecto a la extremidad superior derecha no se aprecian signos de tumefacción en hombro derecho; dolor a la palpación de coracoides y región deltoidea, con balance articular reducido en abducción por dolor; rotación interna y externa dolorosa; sin alteración sensitiva ni de fuerza. Auscultación respiratoria

con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos; auscultación cardíaca con ruidos cardíacos rítmicos, soplo sistólico panfocal 4/6, sin roces; edemas en extremidades inferiores hasta muslos; abdomen globuloso, depresible, no doloroso, sin clara semiología de ascitis; esplenomegalia de dos traveses de dedo y hepatomegalia dura de cuatro traveses de dedo. A la exploración neurológica, consciente y orientada, sin focalidades agudas ni flapping.

Pruebas complementarias realizadas en urgencias

ANALÍTICA: Hemograma: Leucocitos 8.3x10⁹ (88%N, 3%L, 2%M, 2%Bandas), Hb 8.6 g/dL, Hto 25%, Plaquetas 53x10⁹/L. Hemostasia: TP 59%, Fibrinógeno 637 mg/dL, TTPA 32.9 seg. Equilibrio venoso: pH 7.32, pCO₂ 38mmHg, HCO₃ 19 mEq/L, EB -5.9 mEq/L. Bioquímica: Glu-cosa 299 mg/dL, Urea 119.8 mg/dL, Creatinina 1.99 mg/dL, Sodio 126 mEq/L, Potasio 4.7 mEq/L, Bilirrubina 5.48 mg/dL, GOT 25 U/L, PCR 175mg/L.

Radiografía de tórax

Senos costofrénicos libres, sin condensaciones parenquimatosas aparentes; cardiomegalia ya conocida previamente. Se cursan HEMOCULTIVO y UROCULTIVO y se realiza PUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN ESCÁPULA-HUMERAL DERECHA que resulta blanca y PARACENTESIS que también resulta blanca.

Diagnóstico diferencial en urgencias

Ante la lesión descrita que afecta la pierna nos encontramos ante una celulitis. Esta infección del tejido subcutáneo puede ser debida a muchas patógenos diferentes, los más comunes *S. aureus* y *S. pyogenes*, aunque en circunstancias especiales y según los antecedentes debe-mos

pensar en otros menos comunes, como son *S. agalactiae* (paciente diabético con afectación vascular periférica), *P. multocida* o *B. henselae* (tras mordedura de gato), *S. intermedius* o *C. canimorsus* (tras mordedura humana o de perro), *A. hydrophila* (tras laceración cutánea en contacto con agua en espacios naturales), *P. aeruginosa* (ante pacientes inmunocomprometidos o lesión penetrante, típicamente tras pisar un caracol), *E. rhusiopathiae* (pescaderos), *M. marinum* (trabajadores de aquarium y piscinas). La paciente relata que fue arañada por su gato, por lo que pensaríamos en una celulitis por *P. multocida* o *B. henselae*. Para confirmar nuestra sospecha diagnóstica deberíamos practicar cultivos de la úlcera, hemocultivos y serologías para las bacterias sospechadas y cubrir con antibioticoterapia de amplio espectro, ajustándolo a posteriori por antibiograma.

Por lo que respecta a la articulación escapulo-humeral, tras el reciente diagnóstico de celulitis por mordedura de gato es de obligación primeramente plantearse una infección de dicha articulación secundaria a una diseminación hematógena del foco cutáneo, es decir, una artritis séptica u osteomielitis; no obstante, es poco probable que nuestra paciente padezca dicha infección, ya que tales afectaciones son poco comunes, por lo que deberíamos centrarnos en los antecedentes patológicos de la paciente planteándonos otros diagnósticos más plausibles como una artrosis por degeneración del cartílago, una tendinitis (ya conocida), contractura muscular, fractura y otros, como la necrosis isquémica, artritis por deposición de cristales, brote monoarticular de artritis reumatoide, etc. Así pues, para descartar una infección se debería realizar una punción articular y unos cultivos. La radiografía nos aporta información anatómica, siendo poco eficaz en el diagnóstico de osteomielitis aguda, por lo que si realmente la sospecháramos deberíamos recurrir a otras técnicas diagnósticas como la ecografía o RM (el TC es limitado ante infecciones agudas, aunque es excelente para detectar lesiones crónicas).

Así pues, teniendo en cuenta los antecedentes patológicos de la paciente, los hallazgos en la exploración física (dolor de la extremidad superior derecha, celulitis de la extremidad inferior derecha, edemas en ambas extremidades

inferiores) y los resultados analíticos (neutrofilia con bandas, aumento de reactantes de fase aguda, plaquetopenia, leve acidosis metabólica, deterioro de la función renal, hiponatremia, hiperbilirrubina y alteración de la coagulación) se orientó la paciente en urgencias como: 1.- celulitis de extremidad inferior derecha en contexto de arañazo de gato, por lo que se inició antibioticoterapia con amoxicilina-clavulánico y doxicilina con el fin de cubrir los gérmenes más comunes; 2.- omalgia derecha secundaria a osteoartrosis, iniciándose terapia analgésica; 3.- insuficiencia renal aguda e hiponatremia en el contexto de tratamiento diurético.

Evolución clínica y pruebas complementarias realizadas fuera del servicio de urgencias

Durante las primeras horas de ingreso el estado general de la paciente empeoró con un deterioro de la función hepatorenal, progresión de la plaquetopenia, anemia y lactitemia, requiriendo transfusión de hematíes y plaquetas y vitamina K. Paralelamente, se sobreañadió un cuadro de encefalopatía hepática grado III sin semiología de ascitis, lo que obligó a iniciar lactilol y rifaximina; en este momento se tuvo conocimiento de la positividad de los hemocultivos para *P. multocida*, manteniéndose el tratamiento antibiótico. En planta se realizó una ecografía de partes blandas, que apreciaba una hiperecogenicidad del tejido subcutáneo diagnóstica de celulitis sin colecciones aparentes; un ecocardiograma que descartó endocarditis. Respeto a la omalgia derecha se descartó artritis y se mantuvo el tratamiento analgésico.

A los siete días de estar ingresada y tras tratamiento oral, los signos de celulitis mejoraron, aunque presentó un empeoramiento respiratorio con pico febril, por lo que se realizó radiografía de tórax que objetivó una condensación alveolar en lóbulo superior derecho compatible con neumonía, con antigenurias para *Legionella* y *S. pneumoniae* que fueron negativas, por lo que se decidió cambiar la antibioticoterapia a piperacilina-tazobactam y amikacina. Los hemocultivos de control fueron negativos. Actualmente la paciente sigue ingresada con persistencia de la encefalopatía hepática y resolución de la neumonía.

Diagnóstico definitivo**Bacteriemia por *P. multocida* secundaria a celulitis.****Discusión**

Las infecciones por arañazo de gato pueden deberse a diversos patógenos siendo los más comunes *B. henselae* y *P. multocida*. Ambas colonizan la faringe y tubo gastrointestinal de animales domésticos, sobretodo de perros y gatos, provocando celulitis y abscesos en el tejido subcutáneo tras su mordedura, arañazo o contacto con sus secreciones, siendo ésta la principal vía de inoculación en individuos inmunocompetentes. *Pasteurella multocida* puede colonizar el tracto respiratorio superior de personas que viven en contacto con animales, especialmente en EPOC o en pacientes con bronquiectasias y comportarse como un patógeno oportunista, invadir los tejidos y causar neumonía, bronquitis, empiema, abscesos pulmonares y con menor frecuencia, sinusitis, epiglotitis y otitis. También se ha descrito artritis, endocarditis, meningitis y peritonitis. La bacteriemia por *P. multocida* es rara, y normalmente esta en relación con un sistema inmune comprometido, y con especial riesgo en el paciente cirrótico en relación con la deficiencia de su sistema reticuloendoelial y al shunt portosistémico que caracteriza la enfermedad, siendo el paso de bacterias al torrente sanguíneo sistémico inevitable. Es por este hecho que se debería informar a los pacientes inmunocomprometidos, embarazadas y pacientes con cirrosis del riesgo que se puede derivar de convivir con animales, señalando medidas de actuación como acudir inmediatamente a un centro médico tras el suceso. Idealmente pues, tras un arañazo/mordedura de animales domésticos debería administrarse de manera profiláctica amoxicilina-clavulánico 875/125mg o doxiciclina 100mg como alternativa en pacientes inmunocomprometidos.

Bibliografía

Migliore E, Serraino C, Brignone D, Ferrigno D, Cardelicchio A, Pomero F et al. *Pasteurella multocida* infection in a cirrhotic patient: case report, microbiological aspects and a review of literature. *Adv Med Sci*. 2009;54(1):109-12.

Félix M, Tallón P, Salavert M, Navarro V, Bretón J, Pérez-Bellés C et al.

Bacteriemia por *Pasteurella* spp.: una entidad infrecuente durante los últimos 8 años en nuestro centro. *Enferm Infecc Microbiol Clini* 2003;21(7):334-9.

Costa E, Oropesa R, Canet R, Tur J.

Bacteriemia e infección de prótesis articular por *Pasteurella multocida*. *Enferm Infecc Microbiol Clini* 2015;33(5):359-364.

Drenjancevic IH, Ivic D, Drenjancevic D, Ivic J, Pelc B, Vukovic D.

Fatal fulminant sepsis due to cat bite in an immunocompromised patient. *Wien KlinWochenschr* 2008;120(15-16):504-6.

Iconografía

Figura 1. Imagen de la extremidad inferior derecha de la paciente.

