

INFECCIONES

21 BRUCELOSIS CUTÁNEA

M. Krüger Strohschein, O. Servitje Bedate, Y. Fortuño Ruiz, S. Giménez Jovani, J. Peyrí Rey

Servicio de Dermatología. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Mujer de 51 años sin antecedentes de interés que presenta un cuadro de fiebre de 10 días de evolución acompañado de erupción cutánea eritematopapulosa generalizada con algún elemento vesiculoso y afectación de mucosa oral. La paciente presenta fiebre de 39° C, hepatomegalia dolorosa a la palpación y elevación importante de enzimas hepáticas.

Se practica prueba de rosa de Bengala que resulta positiva para *Brucella* sp. Al igual que la serología, la prueba de Coombs y hemocultivos en dos ocasiones.

Biopsia cutánea: compatible con vasculitis séptica; las lesiones muestran además un infiltrado linfocitocitario importante y con la presencia de granulomas en empalizada. El cultivo de la lesión cutánea es negativo.

Se instaura tratamiento con doxiciclina v.o. y estreptomina i.m. La paciente muestra remisión completa de los picos febriles al igual que de las lesiones cutáneas a los 10 días del tratamiento.

Discusión: Las brucelas son cocobacilos gramnegativos inmóviles y endémicos en la cuenca del mediterráneo. Las infecciones son consecuencia de exposición a leche, orina, aerosoles de material contaminado. Tiempo de incubación: 2-3 semanas; inicio agudo en la mitad de los casos.

La brucelosis cutánea es infrecuente. Se da en hasta un 10% de los casos. No existen lesiones específicas.

Se aprecia erupciones papulonodulares diseminadas, lesiones eritema nodosum-like, púrpura extensa, rash maculopapular difuso.

Conclusiones: Es importante que ante un cuadro febril con afectación cutánea se incluya en el diagnóstico diferencial a la brucelosis, sobre todo en zonas endémicas. Histológicamente destaca un infiltrado granulomatoso dérmico marcado incluso en lesiones de corta duración.

22 MYCOBACTERIA CHELONAE COMO COMPLICACIÓN DE LIPOSUCCIÓN

I. García, P. Fernández Peñas, J. Sánchez Pérez, M. Aragüés Montañés, J. Fernández-Herrera, A. García-Díez

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Introducción: El complejo llamado *M. fortuitum* que engloba micobacterias de crecimiento rápido está formado por *M. chelonae*, *M. fortuitum* y *M. abscessus*. Son microorganismos ampliamente distribuidos en suelo y agua, pudiendo producir la contaminación de materiales incluyendo los instrumentos quirúrgicos. Las manifestaciones dermatológicas más frecuentes son nódulos infiltrados de coloración rojo oscuro, a menudo con formación de abscesos y drenaje de líquido claro. Presentamos un caso de una paciente con infección por *M. chelonae* tras liposucción.

Caso clínico: Mujer de 44 años que 1 mes después de la realización de una liposucción presentaba la aparición progresiva en la cara lateral externa del muslo izquierdo de nódulos eritemavioleáceos de consistencia elástica. No presentaba fiebre, ni ninguna otra sintomatología sistémica. El resultado de la biopsia fue de dermatitis granulomatosa tuberculoide con abscesificación compatible con infección por micobacterias.

En el cultivo del exudado se aislaron colonias de *M. chelonae*.

Discusión: Las micobacterias de crecimiento rápido se han visto implicadas en infecciones de heridas quirúrgicas, en particular esternotomías, incisiones practicadas en cirugía de agrandamiento mamario, y últimamente en liposucciones.

El *M. chelonae* encontrado en nuestra paciente es el más raro.

23 FOLICULITIS CRÓNICA POR MYCOBACTERIUM CHELONAE

L. Trasobares, M. García, S. Medina, R. Suárez, M. Sanz

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Presentamos tres casos de mujeres jóvenes con foliculitis crónica en las extremidades inferiores, aislándose en todos ellos en el tejido cutáneo la *Mycobacteria* atípica: *M. chelonae*.

Se reseña la clínica, de la que se destaca la uniformidad de las lesiones y el antecedente de depilación previa al cuadro en todas las pacientes, así como los tratamientos efectuados tanto para control de la infección como para las secuelas cicatriciales inestéticas.

24 COMPLEJO PRIMARIO POR MYCOBACTERIUM AVIUM EN UN NIÑO DE 4 AÑOS

L. Zubiri, C. Marín, F. de Juan, M. Ara, J. Alfaro, M. Sánchez, N. Porta, I. Querol

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: La infección cutánea por *Mycobacterium avium-intracellulare* es un cuadro de rara presentación, siendo más frecuentes las formas diseminadas en pacientes con SIDA.

Caso clínico: Niño de 4 años, sano, que sin traumatismo previo presenta lesión papulonodular en muslo izquierdo; tras el drenaje se ulcera y se acompaña de una adenopatía locorregional. La biopsia de la úlcera es inespecífica y en el cultivo de la pieza crece un *Mycobacterium avium-intracellulare*. Se inicia tratamiento con claritromicina, rifampicina e hidrácidas; tras 4 meses con mejoría parcial se procede a la intervención quirúrgica de la adenopatía y la lesión cutánea.

Comentario: El *Mycobacterium avium-intracellulare* es un germen poco sensible a los agentes quimioterápicos; la introducción de la claritromicina ha producido buenos resultados en pacientes con infección diseminada. En nuestro caso, dada la escasa respuesta al tratamiento y la fácil accesibilidad de las lesiones, se realizó extirpación quirúrgica.

25 LEPROMATOSA

C. Coscojuela, Y. Gilaberte, J. Vera
Hospital San Jorge. Huesca.

Introducción: Se presenta el caso de un varón de 36 años que acude a consulta por prurito y xerosis. A la exploración dermatológica se detectan lesiones mínimas en tercio inferior de piernas a partir de las que se diagnostica de lepra lepromatosa.

Descripción del caso: Varón de 36 años. Consulta por prurito y xerosis. A la exploración dermatológica se detectan cuatro lesiones de color pardovioláceo en tercio inferior de cara interna de piernas, apenas visibles y levemente infiltradas a la palpación cuya evolución el paciente no puede precisar. Se realiza biopsia de piel, analítica de sangre y orina, baciloscopias, electroneurograma, electromiograma, exploración neurológica, de ORL, oftalmológica, radiografía de tórax y ecografía abdominal.

El paciente inicia tratamiento con multiterapia. En el curso del tratamiento sufre un brote de eritema nodoso tratado con talidomida.

Comentario: Se presenta este caso debido a su rareza en nuestro medio y a las mínimas manifestaciones clínicas con las que fue detectado tras una exploración dermatológica completa teniendo en cuenta que el motivo de consulta era otro.

Todo ello sirve para recordarnos que la exploración del paciente dermatológico no debe ser precipitada, sino correcta y suficiente.

26 EL DIFÍCILOSO PEREGRINAJE DEL PACIENTE HANSENIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

X. Eizaguirre, N. Agesta, R. Zabala, A. Álvarez Blanco*, J. Burgos**, J. L. Díaz-Pérez

Servicios de Dermatología, *Medicina Interna y **Anatomía Patológica. Hospital de Cruces. Bilbao.

Introducción: Actualmente la baja prevalencia de la lepra junto a su polimorfismo clínico hace que sea una enfermedad difícilmente reconocida.

Caso clínico: Varón de 57 años que es ingresado por una hemorragia digestiva sin evidencia de punto de sangrado en la gastroscopia. Ante la persistencia de anemia y VSG elevada se le realizó un estudio para descartar una posible enfermedad sistémica. Refería parestesias distales de 2 años de evolución. El paciente presentaba lesiones cutáneas de dos tipos: máculas acrómicas acras características de vitiligo y lesiones nodulares aisladas, induradas, de 4-6 mm de diámetro y coloración violácea. Además se apreció también hepatomegalia. También se encontraron las siguientes alteraciones analíticas: anemia normocítica-normocrómica, VSG elevada, hipergammaglobulinemia, IgA elevada, hematuria microscópica, falsa serología positiva de lúes (RPR+ a título 1:4 y FTA -), Ác. anticardiolipina IgM e IgG elevados, TSH elevada, Ac. antitirotonina elevados, cANCA positivos (título 1:100). El electromiograma confirmó polineuropatía sensitiva de predominio distal. En estudios radiológicos se evidenció litiasis renal izquierda, dos adenopatías axilares izquierdas aisladas y esplenomegalia de 13 cm. La biopsia de las lesiones nodulares de EEII se interpretó como mucinosis tipo liquen mixedematoso. Posteriormente se biopsió un pólipo nasal que por el tipo de reacción inflamatoria y marcadores inmunohistoquímicos se interpretó como linfoma; sin embargo, el paciente permanecía estable con buen estado general. Se revisan las biopsias, llegando al diagnóstico final de lepra lepromatosa.

Discusión: La lepra es una enfermedad sistémica que puede afectar a multitud de órganos, con especial tropismo por la piel y nervios periféricos. El espectro de las lesiones cutáneas es muy amplio. Se describe la dificultad diagnóstica de la lepra en nuestro medio.

27 NOCARDIOSIS CUTANEOLINFÁTICA EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

D. de Argila, M. Catalina, E. Garduño, J. Romero, I. Rodríguez-Nevado, F. Yáñez*

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.
*Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Las nocardias son bacilos grampositivos, aerobios, ácido-alcohol resistentes, que se encuentran en suelos y medios acuáticos. Crecen bien en medios habituales sin antibióticos, pero de forma lenta que los gérmenes habituales. Aunque algunas especies son patógenos primarios, más del 50% de los infectados son inmunocomprometidos (sobre todo la función celular). Se han descrito cuatro formas cutáneas primarias: ulcerosa (piodermítica), celulítica, cutaneolinfática (esporotricoides) y micetoma.

Paciente 1: Varón de 35 años, ADVP, VIH+ desde 1984, con antecedentes de tuberculosos pulmonar e infección crónica por VHC. Ingresó por absceso en pulpejo del primer dedo de mano derecha tras punción accidental, nódulos dolorosos en brazo y adenopatías axilares ipsilaterales, acompañado de febrícula y malestar. El cultivo del exudado del pulpejo demostró *Nocardia* spp. Se trató con cotrimoxazol, con curación completa.

Paciente 2: Varón de 63 años, con trasplante cardíaco normofuncionante, en tratamiento inmunosupresor. Ingresó por celulitis abscesificada en mano derecha tras traumatismo con un palo 15 días antes, nódulos y edema en brazo y antebrazo derecho, linfangitis y adenopatías axilares. Cursó con fiebre y estado séptico. La biopsia cutánea demostró una celulitis aguda necrotizante, con microorganismos baciliformes identificados con la tinción de plata. El cultivo demostró *Nocardia* spp. Se drenaron quirúrgicamente los abscesos y se trató con antibioticoterapia de amplio espectro que incluía cotrimoxazol, con curación de todas las lesiones.

Comentario: Presentamos dos pacientes inmunodeprimidos con una nocardiosis cutánea primaria de tipo linfocutáneo y una puerta de entrada transcutánea traumática. Destacamos la infrecuencia de este tipo de infecciones en la actualidad. Alertamos acerca de la necesidad de incluir estas infecciones en el diagnóstico diferencial de los síndromes linfocutáneos en inmunodeprimidos con objeto de no demorar el tratamiento específico.

28 LEISHMANIASIS VISCERAL CON SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN LACTANTE INMUNOCOMPETENTE

E. Baselga¹, M. Gilaberte¹, I. Badell², M. Balaguer², J. Sancho³, C. Muñoz⁴, A. Pascual⁵, D. Vidal¹, A. Alomar¹

Servicios de ¹Dermatología, ²Pediatría, ³Anatomía Patológica, ⁴Microbiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ⁵Clínica Stausos. Barcelona.

Introducción: La infección por leishmania es responsable de un espectro muy amplio de manifestaciones clínicas que clásicamente se dividen en cuatro variantes: leishmaniasis cutánea, cutánea difusa, mucocutánea y visceral.

Caso clínico: Lactante de 6 meses de edad que ingresa para estudio de un cuadro de fiebre de 10 días de evolución, hepatoesplenomegalia y pancitopenia. A nivel del pabellón auricular derecho se observaba una placa eritematosa con ulceración central y exudación purulenta. En la cara anterior tibial se observaba una pápula eritematosa con costra melicérica central. La madre refería que las lesiones se habían iniciado unos meses antes del cuadro actual.

En la analítica general destacaba una hemoglobina, 68 g/l; leucocitos, 4.750 mm³ (13% bandas, 8% segmentados, 2% eosinófilos, 71% linfocitos, 2% mielocitos, 1% eritroblastos); plaquetas, 87.000/mm³; reticulocitos, 1,1%; AST, 528 U/l; ALT,

168 U/l; FA, 271 U/l; LDH, 7.020 U/l; proteínas totales, 51,5 g/l; albúmina, 26,9 g/l; serologías: CMV, ASLO, HVA, HVC, AgsHP, *Brucella* y *F. tifoidea*, toxoplasma, EBV y HIV, negativos. Serología de *Leishmania* positiva con título de 1/40. Hemocultivo: negativo. Eco abdominal hepatoesplenomegalia homogénea. Aspirado de médula ósea: intensa hemofagocitosis y marcada hiperplasia de la serie monocítica y macrofágica. Biopsia cutánea: infiltrado dérmico difuso por linfocitos, células plasmáticas y células macrofágicas con leishmania parasitadas en el interior. Cultivo de médula ósea y de biopsia cutánea: *Leishmania infantum*.

Evolución: Con el diagnóstico inicial de síndrome hemofagocítico se inicia tratamiento con dexametasona y VP-16. Diez días después se recibe el resultado de la biopsia cutánea y se inicia tratamiento con sales de antimonio a dosis de 20 mg/kg/día i.m. durante 21 días con resolución de la hepatoesplenomegalia y recuperación del hemograma.

Comentario: La leishmaniasis cutánea por *L. infantum* es muy frecuente en nuestro medio; sin embargo, las lesiones cutáneas suele resolverse espontáneamente aun sin tratamiento. Es excepcional en pacientes inmunocompetentes la coexistencia de leishmaniasis cutánea y visceral.

29 LEISHMANIOSIS VISCERAL EN UN PACIENTE CON SIDA

J. C. Armario Hita, J. A. Sánchez Gaviño, A. Hens Pérez*, A. González Cabrerizo*, J. L. Ingunza Barcala, M. A. Romero Cabrera, J. M. Fernández Vozmediano

Servicios de Dermatología y *Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Puerto Real. Universidad de Cádiz. Puerto Real (Cádiz).

Introducción: La leishmaniosis visceral o Kala-azar es una enfermedad infecciosa causada por la leishmania donovani, protozoo que se multiplica en las células del sistema reticuloendoelital, en bazo, hígado y médula ósea. En la piel es característica la aparición de lesiones primarias denominadas leishmaniomas. Estas

lesiones son pápulas de color rojovioláceo de tamaño pequeño, única o múltiples, que por lo general se localizan en las piernas. Además se han descrito pigmentaciones, alteraciones de la textura cutánea, cambios vasculares, alteraciones del pelo y de las mucosas y exantema inespecífico. El tratamiento es efectivo con la utilización de las sales de antimonio. Sin embargo, como es habitual en los pacientes con SIDA, las manifestaciones cutáneas pueden ser atípicas y difíciles de reconocer.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 40 años, VIH+ en estadio C3, ex ADVP, con antecedentes personales de sepsis por pseudomona areuginosa, tuberculosis pulmonar y hepatopatía crónica por VHB y VHC. Acudió a nuestra consulta por presentar desde hacía 2 meses lesiones cutáneas nodulares de color rojovioláceo y consistencia elástica a la palpación, de distribución generalizada, que variaban de tamaño desde pocos milímetros hasta varios centímetros, siendo más grandes a nivel de los planos de extensión de codos y rodillas. En la exploración general destacaba un cuadro de caquexia, con xerosis marcada, adenopatías laterocervicales, hepatoesplenomegalia no dolorosa y ascitis; estas dos últimas confirmadas mediante ecografía abdominal. La analítica mostró anemia microcítica, leucopenia, plaquetopenia y alteración de la coagulación. En la biopsia de piel se podía observar la presencia de bacilos Ziehl-Nielsen negativos localizados dentro del citoplasma de los histiocitos. El estudio de la aspiración de médula ósea confirmó el diagnóstico al detectar la presencia de leishmanias en un estroma de médula reactiva. Se instauró tratamiento con antimoniato de meglutamina, consiguiéndose una mejoría clara del cuadro cutáneo y de su afectación sistémica. Se realizó un control de médula ósea realizado a los 3 meses del diagnóstico, poniéndose de manifiesto la ausencia de infección por leishmanias.

Conclusiones: La leishmaniosis visceral es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio, que se suele asociar con estados de inmunosupresión como es el SIDA. Sus manifestaciones pueden ser atípicas en estos pacientes, por lo que es indispensable que el dermatólogo tenga presente este diagnóstico como un posible diagnóstico diferencial ante la presencia de lesiones nodulares generalizadas.