

INFECCIONES BACTERIANAS

74 PANICULITIS EN SEPSIS POR PSEUDOMONA

P. de Pablo, I. Blanco, J. I. Esquivias, J. A. Queizán, J. M. Hernández

Hospital General de Segovia.

Introducción: La sepsis por pseudomona aeruginosa (PsA) presenta manifestaciones cutáneas entre el 1,3 y 13% de los casos. La aparición de nódulos es excepcional y puede acompañarse de otras lesiones.

Caso clínico: Varón de 78 años, con tricoleucemia en remisión parcial, ingresa por cuadro febril y lesiones cutáneas. A la exploración se encontraba taquicárdico, hipotenso y con deterioro del estado general y del nivel de conciencia. A nivel cutáneo cinco a seis lesiones nodulares de superficie eritematosa en piernas, abdomen, torax y espalda, así como una úlcera de aspecto necrótico en pierna derecha y una placa eritematosa, infiltrada y caliente pretibial izquierda. El estudio histológico tras biopsia de uno de los nódulos mostró una paniculitis con infiltrado neutrofílico. Tras la recogida de hemocultivos que fueron negativos y ante la presencia de una condensación pulmonar con desviación izquierda en el hemograma se inició tratamiento antibiótico sin respuesta clínica. Las lesiones nodulares más evolucionadas fluctuaban en superficie y la incisión quirúrgica mostró una supuración purulenta donde se pudo cultivar PsA. El tratamiento antibiótico según antibiograma y el drenaje quirúrgico de las lesiones fluctuantes condujo a la resolución del cuadro clínico.

Comentario: La sepsis por PsA suele ocurrir en pacientes inmunosuprimidos. El ectima gangrenoso y los nódulos subcutáneos en el contexto de un síndrome febril deben diferenciarse de otras lesiones en procesos infecciosos y del síndrome de Sweet-derma gangrenoso.

75 FURUNCULOSIS POSTINYECCIÓN DE INSULINA

F. Peral Rubio, A. Herrera Saval, B. García Bravo, F. Camacho

Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La furunculosis postinyección de insulina es actualmente un proceso infrecuente debido al uso de dispositivos y agujas de un solo uso. Las lesiones se localizan en los puntos de inyección, la contaminación suele ser a partir de la piel del enfermo y el *Staphylococcus aureus* el germen habitualmente responsable.

Caso clínico: Mujer de 75 años con antecedentes personales de DMID, HTA, hipercolesterolemia, hiperreactividad bronquial, AVC hemisférico derecho y cardiopatía isquémica que consultó por presentar desde hacía 1 mes más de 30 elementos «nodulares», dolorosos, de coloración rojiza y contenido purulento en la superficie anterior de ambos muslos y lateral de hombros. Los elementos cutáneos coincidían con el lugar de inyección de la insulina, refiriendo la paciente que realizaba la esterilización de las agujas con agua y jabón.

Hemograma y bioquímica normales. Cultivos del exudado y de la biopsia cutánea para bacterias, micobacterias y hongos negativos, así como las tinciones de Gram y Ziehl-Neelsen. El estudio dermatopatológico se informó como furúnculo.

Se instauró tratamiento con cloxacilina a dosis de 500 mg, cuatro veces al día asociado a povidona yodada tópica, obteniéndose la curación completa en 15 días.

Comentarios: Presentamos un espectacular caso de piodermitis secundaria a reutilización de material desechable. Aunque en este caso los estudios microbiológicos fueron negativos, la buena respuesta a cloxacilina permite responsabilizar a *Staphylococcus aureus*.

76 FOLICULITIS PROFUNDA POR MYCOBACTERIUM FORTUITUM

P. García, I. Longo, R. Marengo, M. Valdivielso, E. Chavarría, M. Lecona, C. Bueno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: *Mycobacterium fortuitum* es una micobacteria atípica de crecimiento rápido implicada en infecciones postquirúrgicas, cutáneas y pulmonares.

Caso clínico: Una mujer de 30 años de edad acudió a consulta por presentar una erupción cutánea de 3 meses de evolución, asintomática, tras depilación de ambas piernas.

A la exploración presentaba lesiones nodulares y papulopustulosas eritematosas foliculares en ambas EEII, algunas cubiertas por costras. No se palpaban adenopatías. El resto de la exploración física era normal.

Las pruebas complementarias realizadas fueron normales.

La biopsia mostró una foliculitis profunda granulomatosa abscesificada. En el cultivo de tejido creció *M. fortuitum*.

Iniciamos tratamiento con TM-SMX y levofloxacino con buena evolución.

Discusión: *M. fortuitum*, descrito inicialmente como germen saprofito, es capaz de producir infecciones potencialmente graves en humanos: postquirúrgicas, pulmonares, cutáneas, endoftalmítis, meningitis, osteomielitis, mediastinitis, etc.

La infección cutánea ocurre tras traumatismos perforantes, abrasiones, inyecciones o complicando actos quirúrgicos. En pacientes inmunocompetentes se manifiesta como abscesos, celulitis, nódulos y úlceras, sin signos de sepsis. En inmunocomprometidos pueden existir signos de enfermedad sistémica secundarios a infección diseminada.

Histopatológicamente la infección por *M. fortuitum* suele mostrar una dermatitis granulomatosa y supurativa.

El diagnóstico de certeza se establece mediante el cultivo.

El tratamiento de las infecciones cutáneas se realiza con dos o más antibióticos orales o intravenosos en casos graves.

Conclusión: Presentamos el caso de una mujer inmunocompetente que presentó una foliculitis profunda por *Mycobacterium fortuitum* coincidiendo con una depilación previa.

77 TUBERCULOSIS VERRUCOSA CUTIS

S. Vildosola, A. Sánchez, J. L. Díaz, P. Idigoras, I. Ruiz
Hospital de Mendaro. Mendaro (Guipúzcoa).

Introducción: La tuberculosis verrucosa cutis es una forma poco frecuente de tuberculosis cutánea que aparece tras la inoculación del *Mycobacterium tuberculosis* en pacientes previamente infectados con moderado o alto grado de inmunidad.

Descripción del caso: Presentamos el caso de un varón de 62 años que consulta por una placa de 12 cm de diámetro, hiperqueratósica y exudativa, en rodilla derecha de unos 50 años de evolución aparecida tras una caída fortuita.

En la biopsia realizada se apreciaba una inflamación crónica granulomatosa no necrotizante con hiperplasia pseudoepiteliomatosa, no identificándose microorganismos con las tinciones de Pas, plata metamina y Ziehl. En los cultivos realizados se aisló una *Prevotella melaninogénica* y un *Mycobacterium tuberculosis*.

Se instauró tratamiento a dosis completas de isoniacida, rifampicina y pirazinamida, así como dosis altas de metronidazol para combatir la *Prevotella*, con buena respuesta clínica.

Comentario: Presentamos este nuevo caso de tuberculosis verrucosa cutis asociado esta vez a una infección por *Prevotella melaninogénica*, bacteria anaerobia poco frecuente a nivel cutáneo, destacando el largo tiempo de evolución del cuadro y la llamativa expresión clínica.

78 TUBERCULOSIS CUTÁNEA EN EL TRAYECTO DE CICATRIZ QUIRÚRGICA

A. Sánchez, M. A. Arregui*, P. Eguino, J. Gardeazábal,
R. Zabala, R. Izu, J. L. Díaz-Pérez

Servicio de Dermatología. Hospital de Cruces.

* Ambulatorio de Zalla. Bilbao.

Introducción: La afectación cutánea por *Mycobacterium tuberculosis* se estima entre el 0,5-0,15% del total de las infecciones por este bacilo. Las dos formas de presentación clínica más frecuentes son el lupus vulgar y el escrofuloderma.

Caso clínico: Varón de 55 años con antecedentes de «mancha en pulmón» en la juventud e intervenido de adenopatías laterocervicales derechas hacía 20 años, sin informes ni tratamientos posteriores.

Es remitido a nuestra consulta por la presencia de una placa eritomatosa bien delimitada siguiendo el trayecto de la cicatriz del cuello que había ido apareciendo a lo largo de los últimos 18 años tras la intervención cervical. El paciente no presentaba adenopatías palpables. La biopsia tomada de la lesión mostraba una inflamación granulomatosa tipo tuberculoide; las técnicas de PAS y Ziehl-Nielsen fueron negativas. En el cultivo del tejido creció *M. tuberculosis*. El resto de los estudios complementarios fueron normales o negativos.

Comentarios: Presentamos un caso de tuberculosis cutánea de presentación clínica infrecuente, ya que no cumple los criterios para ser clasificada dentro los grupos habituales. Dados los antecedentes del paciente consideramos como origen más probable de su infección cutánea la diseminación en la herida quirúrgica de un posible foco tuberculoso en las adenopatías intervenidas.

79 TUBERCULOSIS CUTÁNEA: 50 AÑOS DE EVOLUCIÓN

M. Planagumá, D. Sitjas*, E. Llistosella*, J. Romaní,
R. Llorente**

Hospital de Palamós (Girona). * Hospital Josep Trueta (Girona). ** Hospital de Llerena-Zafra (Badajoz).

Introducción: Presentamos dos casos de tuberculosis cutánea de más de 50 años de evolución.

Descripción del caso: La primera paciente de 56 años con antecedentes de HTA, síndrome depresivo y cervicoartrosis consultó por una placa submentoniana de más de 50 años que en los últimos meses se había agrandado y extendido lateralmente. Refería un cuadro febril a los 2 años con adenopatías laterocervicales que fistulizaron a piel suprayacente y supuraron hasta los 7-8 años. Desde entonces presenta cicatrices retráctiles y una placa violácea de 6-7 cm de diámetro con descamación central en zona submentoniana. Las exploraciones complementarias realizadas fueron una Rx tórax sin imágenes significativas de patología pleuroparenquimatosa pulmonar. Mantoux: positivo. Biopsia de piel con reacción granulomatosa de tipo tuberculoide, tinción de Ziehl-Neelsen negativa y cultivo de la misma negativo. Se instauró tratamiento con rifampicina, pirazinamida y etambutol con buena respuesta e involución de la lesión a partir de los 5 meses, completando el tratamiento de 9 meses.

La segunda paciente de 79 años sin antecedentes de interés ingresó en el hospital por cuadro de insuficiencia cardíaca congestiva, edemas maleolares bilaterales con afectación más importante de extrem. inferior derecha y múltiples lesiones cutáneas en la misma. La paciente refería que durante la guerra civil española tuvo una herida en el pie derecho que ella atribuyó a un zapato mal curtido que le produjo residualmente un edema de la pierna y períodos diagnosticados como linfangitis. Hace unos años que viene notando la aparición de unas úlceras anulares y serpiginosas con curación central y placas más verrucosas. Se practicó biopsia de una de las lesiones con la presencia de dermatitis granulomatosa necrotizante sugestiva de tuberculosis. La tinción de Ziehl y el cultivo en Lowenstein fueron negativos. La prueba de Mantoux fue positiva. El estudio complementario que se realizó para descartar otros focos de tuberculosis (BK en esputo y orina, eco abdominal y Rx tórax) fue negativo. Se instauró tratamiento con rifampicina, isoniazida y etambutol con mejoría evidente en la primera semana de tratamiento y curación total de las lesiones a los 9 meses de su inicio.

Comentario: En los dos casos se trata de una tuberculosis cutánea de larga evolución. La primera paciente correspondería a un lupus vulgar precedido de una escrofuloderma y el segundo más difícil de catalogar por lesiones más atípicas podría tratarse o bien de una tuberculosis verrucosa cutis o un lupus vulgar desarrollado después de un chancro tuberculoso.

En ambas pacientes el Mantoux fue positivo; histológicamente se observaron granulomas tuberculoideos con necrosis caseosa, sin poderse demostrar la presencia de bacilos, siendo el cultivo negativo. Tras consultar al Servicio de Microbiología se desestimó la técnica de reacción en cadena de la polimerasa.

El tratamiento instaurado fue efectivo en los dos casos.

La tuberculosis cutánea es una forma rara de tuberculosis que muestra una gran variedad morfológica; en nuestros casos sorprende además el largo tiempo de evolución. Lejos estamos de pensar que la tuberculosis acabaría pasado este milenio.

80 LUPUS VULGAR. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

M. C. Martín de Hijas, J. M. Azaña, E. Escario,
L. Iñiguez de Onzoño, L. J. Pérez

Complejo Hospitalario de Albacete.

Introducción: El lupus vulgar (LV) es una forma de tuberculosis (TBC) cutánea que aparece en sujetos con un grado de inmunidad alto-moderado frente al *Mycobacterium tuberculosis*. Afecta a todas las edades y es más frecuente en mujeres. Suelen ser lesiones únicas localizadas en cara y cuello (80%) y menos frecuentes en extremidades. El patrón histológico no es específico y el cultivo sólo es positivo en 6-15% de casos. En ocasiones la PCR es necesaria para confirmar el Dco. En el tratamiento se recomienda la multiterapia.

Presentamos dos casos de LV en dos mujeres.

Casos clínicos:

Caso 1: Mujer de 80 años con lesiones cutáneas en nariz, de tres años de evolución, consistentes en placas eritematosas, con áreas supurativas y «nódulos en jalea de manzana».

Caso 2: Mujer de 58 años con placa eritematoviolácea, con centro claro, en nalga derecha, de 2 años de evolución.

En ambos casos el Mantoux fue positivo y en el cultivo se aisló el *Mycobacterium tuberculosis*. En el estudio AP, granulomas epitelioides con células de Langhans y celularidad linfoide asociada. Se descartó afectación extracutánea.

Se instauró tratamiento en las pacientes con isoniazida, rifampicina y ethambutol, con buena respuesta y desaparición de las lesiones.

Comentario: El LV es la forma más frecuente de TBC cutánea en Europa, si bien la TBC cutánea constituye una forma rara de TBC. En España la TBC cutánea supone el 0,1-1% de todas las dermatosis.

Presentamos dos casos de LV con cuadros clínicos típicos en los que se pudo aislar el *Mycobacterium tuberculosis* mediante cultivo.