

Ectima infeccioso bacteriémico en paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana

José Bernabeu^a, Reyes Aparicio^b, Rafael Luque^c y María D. Nieto^b

^aServicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

^cServicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Resumen.—El ectima es una piodermatitis profunda ulcerativa causada habitualmente por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*). Suele presentarse en zonas de piel dañada y en pacientes inmunocomprometidos, y es muy infrecuente que se acompañe de sintomatología general y bacteriemia. Se describe el caso de una paciente de 41 años de edad con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que presentó fiebre y lesiones ulceradas en tobillo derecho y pie izquierdo de 3 semanas de evolución. En el cultivo de la biopsia cutánea y en los hemocultivos se aislaron simultáneamente *S. pyogenes* y *Escherichia coli*. La significación patogénica de *E. coli* en este caso es dudosa.

Palabras clave: ectima, VIH, bacteriemia, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*.

INFECTIOUS BACTEREMIC ECTHYMA IN A PATIENT WITH HIV INFECTION

Abstract.—Ecthyma is a deep ulcerative pyoderma usually caused by group A beta-hemolytic streptococcus (*Streptococcus pyogenes*). It usually presents in areas of damaged skin and in immunocompromised patients, and very infrequently is accompanied by general symptoms and bacteremia. We describe the case of a 41-year-old female patient with HIV infection who presented with fever and ulcerated lesions on the right ankle and left foot which had been developing for three weeks. *Streptococcus pyogenes* and *Escherichia coli* were simultaneously isolated from a culture of the skin biopsy sample and from blood cultures. *Escherichia coli* is of dubious pathogenic significance in this case.

Key words: ecthyma, HIV, bacteremia, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*.

INTRODUCCIÓN

El ectima es una piodermatitis ulcerativa causada habitualmente por *Streptococcus pyogenes*¹⁻³. Por lo general es consecuencia de un impétigo no tratado que se extiende en profundidad¹⁻³. Las lesiones ectimatosas pueden originarse a partir de una piodermatitis primaria, dentro de una dermatosis preexistente, o en puntos en los que se ha producido un traumatismo previo³. Aparece con más frecuencia en niños o pacientes inmunodeprimidos². Las complicaciones son infrecuentes y se caracterizan por la extensión a otras áreas de la piel, el desarrollo de bacteriemia y de glomerulonefritis postestreptocócica³. El tratamiento combina antibioterapia sistémica y tópica^{3,4}. Las lesiones ulceradas en inmunodeprimidos plantean un amplio diagnóstico diferencial⁵ y obligan a tomar precozmente hemocultivos y biopsia cutánea para estudios microbiológicos e histopatológicos antes de iniciar tratamiento.

Correspondencia:
José Bernabeu. Céfito, 20, 2.º izqda. 41018 Sevilla. España.
jbernabeuw@hotmail.com

Recibido el 23 de agosto de 2004.

Aceptado el 17 de noviembre de 2004.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 41 años de edad que vivía en la calle y tenía antecedentes personales de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de 6 años de evolución en estadio B3 de los Centers for Disease Control (CDC), ex adicta a drogas por vía parenteral, en tratamiento con metadona, ingresó en el hospital por fiebre y una lesión ulcerada en tobillo derecho, de 3 semanas de evolución, que asentaba sobre una zona de roce con el calzado, con aparición posterior de otra lesión ulcerada en tobillo contralateral, y lesiones costrosas en región glútea derecha y área peribucal. En la exploración física presentaba en cara anterior de tobillo derecho (fig. 1) una lesión ulcerada de 3 cm de diámetro, redondeada, de bordes sobrelevados y eritematosos y fondo costroso y purulento; en cara interna del pie izquierdo presentaba una lesión ulcerada «en sacabocados» de 5 cm de diámetro mayor de características similares. Además se apreciaban lesiones costrosas melicéricas en labio superior, dorso de nariz, ambas comisuras labiales (fig. 2) y glúteo derecho.

Se realizó biopsia cutánea de la lesión del tobillo derecho. El estudio histopatológico mostró ulceración con inflamación recidivante y abscesificante con presencia de cocos grampositivos; las tinciones de Ziehl-Nielsen y la metenamina plata de Grocott fueron negativas. En



Fig. 1.—Lesión ulcerosa en tobillo derecho.



Fig. 2.—Lesiones costrosas en comisura bucal.

el cultivo de la biopsia cutánea en medios habituales se aislaron *S. pyogenes*, *Staphylococcus aureus* y *Escherichia coli*, los tres sensibles a amoxicilina-ácido clavulánico; el cultivo en medios de Löwenstein y Sabouraud fue negativo. Se cursaron hemocultivos seriados con aislamiento de *S. pyogenes* y *E. coli* con idéntico antibiograma. La serología luética fue negativa. La radiografía de tórax y el análisis elemental de orina fueron normales. Tras la toma de muestras se inició antibioticoterapia empírica intravenosa con amoxicilina-ácido clavulánico, 1 g cada 8 h durante 7 días, continuando con amoxicilina-ácido clavulánico 1.000/125 mg cada 8 h por vía oral durante 7 días más, asociado a curas locales con antisépticos tópicos. La evolución fue buena, con mejoría lenta de las lesiones ulceradas dejando cicatrices atróficas.

DISCUSIÓN

La presencia de fiebre y lesiones ulceradas de evolución subaguda en un paciente con infección por VIH avanzada plantea un amplio diagnóstico diferencial que incluye infecciones oportunistas y procesos neoplásicos⁵. De ahí la importancia de realizar hemocultivos seriados y una biopsia cutánea precoz, antes de iniciar antibioticoterapia empírica. Se deben reali-

zar tinciones y cultivos específicos para bacterias, micobacterias, hongos y parásitos.

Las complicaciones del ectima son fundamentalmente la propagación a otras áreas de la piel y el desarrollo de bacteriemia y glomerulonefritis secundarias³. Se presentan con mayor frecuencia en pacientes diabéticos e inmunocomprometidos². Hasta nuestro conocimiento sólo existe un caso publicado en la literatura médica de un paciente con infección por VIH y bacteriemia secundaria a ectima estreptocócico⁶.

En este caso se realizó el juicio clínico inicial de ectima estreptocócico pensando en una etiología común para las lesiones ulceradas y las costrosas melicéricas. Esta sospecha fue confirmada por el estudio histopatológico y la demostración del agente causal en los hemocultivos y en el cultivo de piel. La presencia de *S. aureus* como colonizante de las lesiones de ectima se ha descrito previamente^{3,7,8}, siendo discutido su papel como patógeno⁹. Por el contrario, el aislamiento en la muestra de piel y en el hemocultivo de *E. coli* con idéntico antibiograma, demuestra el carácter invasivo de esta bacteria. La ausencia de otra clínica infecciosa focal sugiere que el origen de la bacteriemia fue la infección cutánea. Sin embargo, la falta de bacilos gramnegativos en la biopsia impiden atribuir de forma definitiva una significación patogénica a *E. coli* en este caso. Puesto que no se ha descrito previamente, se desconoce si el aislamiento simultáneo de bacilos gramnegativos junto a *S. pyogenes* en pacientes inmunocomprometidos con ectima infeccioso puede tener significación clínica y si debe ser considerado en la elección del tratamiento antibiótico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sadick NS. Current aspects of bacterial infections of the skin. *Dermatol Clin* 1997;15:341-9.
2. Pichichero ME. Group of beta-hemolytic streptococcal infections. *Peidatr Rev* 1998;19:291-302.
3. Davis L, Mays C. Ecthyma. URL disponible en: <http://www.emedicinehealth.com/articles/15817-1.asp>.
4. Koning S, Verhagen AP, Van Suijlekom-Smit LW, Morris A, Buttler CC, Van der Wouden JC. Interventions for impetigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD003261.
5. Porras B, Costner M, Fnedman-Kien AE, Cockerell CJ. Update on cutaneous manifestations of HIV infection. *Med Clin North Am* 1998;82:1033-80.
6. Hewitt WD, Farra WE. Bacteremia and ecthyma caused by *Streptococcus pyogenes* in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Med Sci* 1988;295:52-4.
7. George A, Rubin G. A systematic review and meta-analysis of treatment for impetigo. *Br J Gen Pract* 2003;53:480-7.
8. Dagan R, Bar-David Y. Double blind study comparing erythromycin and mupirocin for treatment of impetigo in children: implications of a high prevalence of erythromycin-resistant *Staphylococcus aureus* strains. *Antimicrob Agents Chemother* 1992;36:287-90.
9. Kelly C, Taplin D, Allen AM. Streptococcal ecthyma. Treatment with benzathine penicillin G. *Arch Dermatol* 1971;103:306-10.