

Infants with Kasabach-Merritt syndrome do not have «true» hemangiomas. *J Pediatr*. 1997;130:631-40.

9. Bienaime A, Rojat-Habib MC, Hesse S, Pelissier JF, Bonerandi JJ. Giant vascular tumour in an adult: tufted angioma or kaposiform hemangioendo-

thelioma. *Ann Dermatol Venereol*. 2006;133:553-6.

10. Arai E, Kuramochi A, Tsuchida T, Tsuneyoshi M, Kage M, Fukunaga M, et al. Usefulness of D2-40 immunohistochemistry for differentiation between kaposiform hemangioendothe-

lioma and tufted angioma. *J Cutan Pathol*. 2006;33: 492-7.

11. Enjolras O, Mulliken JB, Wassef M, Frieden IJ, Rieu PN, Burrows PE, et al. Residual lesions after Kasabach-Merritt phenomenon in 41 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:225-35.

Sepsis por *Staphylococcus aureus* como complicación de escabiosis

S. Mallo-García^a, E. Taborga-Díaz^b, S. Menéndez-Cuervo^b y J. Santos-Juanes-Jiménez^a

^aServicio de Dermatología II. ^bUnidad Pediátrica de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Sr. Director:

La escabiosis es una parasitosis considerada un problema de salud pública, especialmente en regiones en vías de desarrollo. Las infecciones secundarias, tanto locales como sistémicas, y otras complicaciones como la glomerulonefritis aguda postestreptocócica son causa de importante morbilidad en este tipo de pacientes¹.

Un lactante de dos meses de edad fue ingresado en el hospital con diagnóstico de escabiosis y fiebre, para lo que se indicó tratamiento oportuno con permetrina en crema al 5%. El día anterior al ingreso desarrolló una placa caliente, eritematosa, edematosa, bajo la rodilla izquierda (fig. 1). Dos días más tarde fue trasladado a la Unidad Pediátrica de Cuidados Intensivos con fiebre alta y distrés respiratorio. El examen físico reveló palidez cutaneomucosa, taquipnea y retracciones subcostal e intercostales. Bajo la rodilla izquierda destacaba una placa indurada, eritematosa y caliente, con lesiones residuales de escabiosis en la piel suprayacente. Los signos vitales indicaban una frecuencia cardíaca de 108 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 55 respiraciones por minuto, presión arterial de 51/21 mmHg, un 93% de saturación transcutánea de oxígeno (máscara de oxígeno con reservorio a 15 litros por minuto) y una temperatura de 38°C.

Los estudios de laboratorio revelaron 13.200 leucocitos/mm³ con un 16% de cayados y un 20% de segmentados, y un incremento en los reactantes de fase aguda (proteína C reactiva 18,7 mg/dl y procalcitonina 50,5 ng/ml). Se inició tratamiento empírico con cefotaxima intravenosa (25 mg/kg/día) y teicoplanina (10 mg/kg/día).

El estado general del paciente empeoró en las 24 horas siguientes al ingreso en la Unidad Pediátrica de Cuidados Intensivos con aumento del distrés respiratorio. Una nueva radiografía de tórax mostró un empiema con hemotórax en el pulmón izquierdo que precisó drenaje de 35 cm³ de un fluido amarillento con un pH de 6,86. Asimismo se realizó drenaje del absceso de la rodilla (fig. 2). Los hemocultivos, el cultivo de la lesión cutánea y el empiema fueron positivos para *Staphylococcus aureus*. Los antibióticos pautados fueron sustituidos por clo-

xacilina intravenosa (25 mg/kg/día) durante catorce días con respuesta favorable del paciente.

La escabiosis es una infestación causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variante *hominis*, un parásito humano que excava túneles bajo la epidermis. Afecta por igual a ambos sexos y a todos los grupos de edad. Cada año se registran más de 300 millones de nuevos casos en todo el mundo². Es una enfermedad altamente contagiosa que se transmite por contacto humano directo, aunque también se han descrito casos por contacto con fomites y animales contaminados.

Aunque no es muy frecuente, se puede producir una sobreinfección bacteriana de las lesiones cutáneas y originar complicaciones locales y más raramente sistémicas^{3,4}.

En un estudio realizado por Itzhak Brook, se analizó la flora bacteriana



Figura 1. Placa caliente eritematoedematosa en la pierna.



Figura 2. Drenaje de material purulento en el absceso de la rodilla.

encontrada en las lesiones infectadas secundariamente y encontraron que el microorganismo aerobio más frecuente fue *S. aureus*, mientras que el anaerobio más aislado fue *Peptostreptococcus*³.

La infección secundaria por *Streptococcus pyogenes* puede ser el desencadenante de una glomerulonefritis aguda posestreptocócica y de una fiebre reumática^{5,6}.

Aún no ha sido determinado el mecanismo patogénico exacto de los organismos aislados en las lesiones cutáneas infectadas secundariamente. En nuestro caso el papel patogénico de *S. aureus* era claro, ya que fue aislado en la

sangre, en el líquido pleural y en la lesión cutánea. Así, el parásito accedería a través de la superficie epidérmica mediante una disrupción de la integridad cutánea que daría lugar a la bacteriemia y como consecuencia al empiema.

Es fundamental el diagnóstico temprano de la escabiosis para iniciar el oportuno tratamiento escabicida. Asimismo, el manejo de la infección bacteriana secundaria, mediante antibioterapia local y en ocasiones sistémica, y el drenaje de pus de los abscesos³ son esenciales para evitar posibles complicaciones que pueden comprometer la vida del paciente.

Bibliografía

1. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. Lancet. 2006;367:1767-74.
2. Orkin M. Scabies: What's new? Curr Probl Dermatol. 1995;22:105-11.
3. Brook I. Microbiology of secondary bacterial infection in scabies lesions. J Clin Microbiol. 1995;33:2139-40.
4. Brook I. Secondary bacterial infections complicating skin lesions. J Med Microbiol. 2002;51:808-12.
5. McCarthy JS, Kemp DJ, Walton SF, Currie BJ. Scabies: more than just an irritation. Postgrad Med J. 2004;80:382-7.
6. Hay RJ. Pyoderma and scabies: a benign association? Curr Opin Infect Dis. 2003;16:69-70.

Xantomas eruptivos en el debut de diabetes mellitus

G. Villalón^a, J.M. Martín^a, C. Monteagudo^b, V. Alonso^a, E. Montesinos^a y E. Jordá^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

Sr. Director:

Recientemente tuvimos oportunidad de atender a un paciente varón de 33 años que ingresó en nuestro hospital por dolor abdominal, acompañado de náuseas, vómitos y descompensación hiperglucémica de 4 días de evolución, como debut de diabetes mellitus. Presentaba unos antecedentes personales de hipertensión arterial diagnosticada en los últimos tres meses, obesidad de predominio abdominal con un índice de masa corporal de 31,5 kg/m², hábito enólico grave e hipercolesterolemia diagnosticada hace

un año en tratamiento dietético. Destacaban antecedentes familiares paternos de diabetes mellitus tipo 2 con debut en la cuarta década de la vida.

Desde hacía 3 semanas refería poliuria, polidipsia y polifagia con descenso ponderal de 10 kg. Aproximadamente desde entonces comenzó a desarrollar pápulas eritematosas de 1-4 mm de diámetro en la espalda, que en cuestión de días se tornaron amarillentas. Algunos de los elementos lesionales mostraban un halo periférico y discreto prurito acompañante. Las lesiones se distribuyeron en la espalda para dis-

minarse después a los miembros superiores e inferiores, los glúteos y prominentemente a la región sacra (fig. 1).

En la evaluación analítica durante el ingreso destacó: glucemia 257 mg/dl, colesterol total 418 mg/dl, triglicéridos 853 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) 32 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) 218 mg/dl, bilirrubina directa 0,1 mg/dl, bilirrubina indirecta 6,1 mg/dl, GOT 18 mU/ml, GPT 20 mU/ml, GGT 66 mU/ml, lactato deshidrogenasa (LDH) 398 mU/ml y fosfatasa alcalina 230 mU/ml. La gasometría venosa reflejaba una discreta acidosis metabólica. La función tiroidea, insulinemia y péptido C se encontraban dentro de los valores considerados como normales, la determinación para anticuerpos antiisletos pancreáticos fue negativa.

Se practicó una ecografía abdominal en la que se pudo apreciar una esteatosis hepática difusa con hepatomegalia. El examen histológico de una de las lesiones cutáneas (fig. 2) mostraba infiltración en la dermis superficial y media de histiocitos mononucleados, uni-



Figura 1. Múltiples pápulas amarillentas con halo eritematoso periférico en la cara posterior del brazo y la espalda.

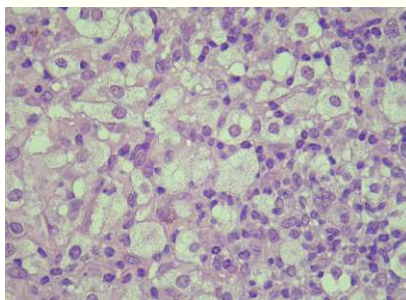


Figura 2. Macrófagos cargados de lípidos intracelulares (células espumosas) (hematoxilina-eosina, x400).