



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Ectima gangrenoso facial en dos recién nacidos pretérmino

Facial Ecthyma Gangrenosum in 2 Preterm Neonates

Sr. Director:

El ectima gangrenoso (EG) es una infección cutánea bacteriana causada generalmente por *Pseudomonas aeruginosa*, aunque también puede ser originada por otros organismos¹. Habitualmente aparece en el contexto de una sepsis por *Pseudomonas*, aunque ocasionalmente la piel es el foco primario².

El EG aparece habitualmente en pacientes inmunocomprometidos. Su presentación clínica es característica, apareciendo una mácula eritematosa que evoluciona a vesícula hemorrágica y finalmente hacia una úlcera necrótica.

El EG debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las lesiones ulcerosas cutáneas en el paciente pretérmino, ya que su rápido reconocimiento nos permitirá iniciar su tratamiento precozmente, reduciendo así la alta mortalidad asociada a la sepsis por *Pseudomonas*.

Describimos 2 casos de EG en recién nacidos: el primer caso se trataba de una mujer, primera gemela nacida por cesárea a las 30 semanas de gestación por preeclampsia materna. Durante el quinto día de vida se objetivó neutropenia con empeoramiento respiratorio iniciándose, ante la sospecha de una sepsis, tratamiento antibiótico con vancomicina y amikacina. Al octavo día de vida se objetivaron dos lesiones eritematosas en la zona nasal y en la mejilla derecha, que en 24 horas evolucionaron hacia úlceras necróticas con escara basal blanquecina y abundante secreción amarillenta. Se realizaron cultivos de dichas lesiones y hemocultivo y se asoció gentamicina tópica ante la sospecha de infección cutánea bacteriana. También se observaron lesiones similares en el paladar duro y en la lengua (fig. 1).

Dos días después la paciente presentó deterioro clínico compatible con cuadro de sepsis, recibiendo entonces el resultado de los cultivos positivos a *Pseudomonas aeruginosa*. Se asoció entonces meropenem, presentando buena evolución clínica. Las lesiones cutáneas se resolvieron dejando importantes secuelas estéticas con pérdida de sustancia en la columela y el tabique nasal.

El segundo caso fue el de una recién nacida mujer, segunda trilliza nacida por cesárea a las 27 semanas de ges-



Figura 1 Úlceras necróticas en el labio superior y la narina derecha, así como en la mejilla derecha y la lengua de la paciente correspondiente al caso 1.

tación. Al segundo día de vida presentó neutropenia que precisó tratamiento con factor estimulador de colonias. A pesar de ello, al día siguiente inició un cuadro clínico de sepsis, y coincidiendo con ésta, se objetivó una úlcera nasal con una escara basal blanquecina y abundante exudado amarillento iniciándose, ante la sospecha de un EG y sepsis por *Pseudomonas*, tratamiento con meropenem y amikacina. A pesar de ello la paciente falleció al cuarto día de vida. Los cultivos de la úlcera y el hemocultivo resultaron positivos a *Pseudomonas aeruginosa*.

La incidencia de EG en pacientes con bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa* es del 1-3%³. Este germen causa hasta el 5,7% de las sepsis nosocomiales en recién

nacidos prematuros, pero existen pocos casos descritos de EG.

En la población general las localizaciones más frecuentes de presentación son la región anogenital, las extremidades y el tronco, y raramente la cara y el cuello⁴. En cambio, los casos publicados en pacientes pretérmino se describen habitualmente en la cara, razón por la cual se denominó a estas lesiones con el término *noma neonatorum*, acuñado por Ghosal⁵ por su similitud clínica con el *noma* o *cancrum oris*^{6,7}, producido predominantemente por *Fusobacterium necrophorum* y *Prevotella intermedia*^{8,9} y descrito en niños a partir de los dos años y adultos con malas condiciones higiénicas. Posteriormente Freeman¹⁰ agrupó todos estos casos bajo la denominación de EG por su germen etiológico común, *Pseudomonas aeruginosa*, prácticamente inexistente en el *noma* clásico.

El diagnóstico del EG es eminentemente clínico, aunque debe ser confirmado por los cultivos de la lesión, y en la mayor parte de los casos por el hemocultivo positivo a *Pseudomonas aeruginosa*, diferenciándose así de lesiones que podrían encuadrarse dentro de su diagnóstico diferencial, como son las micosis profundas o las lesiones producidas por gérmenes anaerobios. El tratamiento está enfocado fundamentalmente a tratar la bacteriemia subyacente que marcará el pronóstico, y debe incluir dos antibióticos sinérgicos, generalmente un aminoglucósido asociado a un betalactámico con actividad anti-*Pseudomonas*. El tratamiento de la lesión local se debe realizar mediante antibioterapia tópica y desbridamiento mecánico o químico.

Como conclusión debemos considerar el EG en el diagnóstico diferencial de las lesiones ulcerosas en el paciente pretérmino, sobre todo en los casos que asocien neutropenia, recordando su preferencia por el área facial en estos pacientes, ya que su rápido reconocimiento posibilitará iniciar el tratamiento antibiótico adecuado precozmente, reduciendo así la alta mortalidad asociada a la sepsis por *Pseudomonas*, sobre todo en aquellos casos en los que la lesión se inicia días antes de la sepsis clínica, tal y como aconteció en nuestra primera paciente.

Bibliografía

1. Reich HL, Williams Fadeyi D, Naik NS, Honing PJ, Yan AC. Nonpseudomonal ecthyma gangrenosum. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50:S114-7.
2. Versapuech J, Léauté-Labreze C, Thedenat B, Taieb A, Ragnaud JM. Ecthyma gangréneux à *Pseudomonas aeruginosa* sans septicémie chez une patiente neutropénique. *Rev Med Interne*. 2001;22:877-80.
3. Rhody C. Bacterial infections of skin. *Prim Care*. 2000;27:459-73.
4. Funk E, Ivan D, Guillenwater AM. Ecthyma gangrenosum. An unusual cutaneous manifestation of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;135:818-20.
5. Ghosal SP, Gupta PC, Mukherjee AK. Noma neonatorum: its aetiopathogenesis. *Lancet*. 1978;2:289-91.
6. Tempest MN. Cancrum oris. *Br J Surg*. 1966;53:949-68.
7. Atiyeh BS, Hashim HA, Rubeiz MT, Hamdan AM, Bitar FF, Serhal HM. Necrotising infection of the orofacial tissues in neonates (noma neonatorum). Case report. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 1998;32:343-5.
8. Paster BJ, Falkler WA, Enwnwu CO, Idigbe EO, Savage KO, Levanos VA, et al. Prevalent bacterial species and novel phylotypes in advanced noma lesions. *J Clin Microbiol*. 2002;40:2187-91.
9. Enwonwu CO, Falkler WA, Idigbe EO. Oro-facial gangrene (Noma/Cancrum oris): pathogenetic mechanisms. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2000;11:159-71.
10. Freeman AF, Mancini AJ, Yogev R. Is noma neonatorum a presentation of ecthyma gangrenosum in the newborn? *Pediatr Infect Dis J*. 2002;21:83-5.

M.M. Serrano-Martín^a, J. del Boz^{b,*}, M. Chaffanel-Peláez^a y Á. Vera-Casaño^c

^a Servicio de Neonatología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmarser@live.com (J. del Boz).

doi:10.1016/j.ad.2011.07.022

Infiltración cutánea por linfocitos T CD8+ asociada a virus de la inmunodeficiencia humana

Cutaneous CD8+ T-cell Infiltrates Associated With Human Immunodeficiency Virus

Sr. Director:

Las dermatosis inflamatorias son frecuentes en pacientes positivos para el VIH, sobre todo en aquellos con inmunosupresión severa, siendo además destacable en estos pacientes su alta asociación a linfomas agresivos, especialmente de localización extranodal. Aunque la mayoría

de estos linfomas son de células B, los linfomas cutáneos primarios más comunes son derivados de células T (LCCT)¹.

Un varón de 60 años que como único antecedente presentaba EPOC leve, que trataba ocasionalmente con inhaladores, consultó por la aparición de lesiones cutáneas intensamente pruriginosas en áreas fotoexpuestas de 8 meses de evolución, y por una caída generalizada del cabello. Además refería pérdida de peso y sensación distérmica no termometrada. En la exploración física presentaba placas eritematosas y liquenificadas de distribución generalizada, junto con alopecia universal e infiltración de la piel de la cara, sobre todo a nivel supraciliar de aspecto «leonino» (fig. 1) sin afectación palmoplantar, linfadenopatías ni visceromegalias.