

Caso clínico

Ectima gangrenoso. Comunicación de un caso en un paciente inmunocompetente

Caroline Chanussot Deprez,* Miguel Ángel Cano Palmeros,** Dinora Bueno Díaz***

RESUMEN

Se comunica el caso de un hombre de 40 años de edad, previamente sano, con dermatosis en las ingles y el escroto izquierdo. En el examen físico se observó que tenía cuatro úlceras redondas de 1 cm de diámetro, con bordes eritematovioláceos elevados y fondo con fibrina y exudado amarillento. Se hizo un cultivo de las lesiones, mediante el cual se encontró *Pseudomonas aeruginosa* sensible a meropenem. Se le administró este fármaco por vía intravenosa durante 10 días, con buenos resultados. En un segundo cultivo, realizado a los 15 días, se aisló *Candida albicans* y *Proteus* sp, por lo que se agregó al tratamiento fluconazol y cefuroxima, con lo que se logró la remisión completa del padecimiento. El ectima gangrenoso es una manifestación dermatológica característica de una infección severa causada casi siempre por *Pseudomonas aeruginosa*. Afecta, sobre todo, a individuos inmunocomprometidos. En los pacientes sanos existe el antecedente de foliculitis y furunculosis, como en este caso, así como de uso de albercas, traje de buceo e hidromasaje. El diagnóstico se confirma con cultivo y estudio histopatológico de la lesión. El tratamiento debe individualizarse de acuerdo con el organismo aislado y su sensibilidad, sin restar importancia a la debridación de la úlcera.

Palabras clave: ectima gangrenoso, *Pseudomonas aeruginosa*, úlcera.

ABSTRACT

A previously healthy 40 years old man was admitted with four punched out ulcers with a diameter of 1 cm and erythematous raised margins, and fibrin and yellowish discharge in the centre. The ulcers appeared in groins and scrotum. A culture of the ulcer demonstrated *Pseudomonas aeruginosa*. The patient received intravenous meropenem for 10 days with a good outcome. Two weeks later, a control ulcer culture showed *Candida albicans* and *Proteus* sp. Then, fluconazol and cefuroxim were added for 10 days, until the ulcers disappeared. Ecthyma gangrenosum is usually seen in immunocompromised patients and in healthy patients with a history of foliculitis and furunculosis, and use of swimming pool and jacuzzi. The diagnosis is confirmed with a culture and histopathologic study of the ulcer. The treatment depends on microorganism sensitivity and wound care.

Key words: ecthyma gangrenosum, *Pseudomonas aeruginosa*, ulcer.

El ectima gangrenoso es una infección cutánea rara y grave, ocasionada casi siempre por *Pseudomonas aeruginosa*. Afecta preferentemente a pacientes inmunocomprometidos, en especial a los que tienen neutropenia o lesiones cutáneas primarias (foliculitis, furunculosis).^{1,2} De manera característica, la dermatosis se inicia con una mácula eritematosa o pápula con una vesícula o ampolla hemorrágica en el centro que se rompe y deja una úlcera en

sacabocado, con el borde elevado eritematovioláceo y el centro necrótico. El pronóstico depende del huésped y de su grado de inmunosupresión. El ectima gangrenoso generalmente responde bien a los antibióticos antipseudomonas intravenosos, excepto en pacientes inmunocomprometidos con septicemia, en quienes la mortalidad es de 50%.^{1,3}

Se comunica el caso de un paciente inmunocompetente con ectima gangrenoso.

* Servicio de dermatología.

** Servicio de medicina interna. Hospital General, PEMEX, Veracruz.

*** Dermatología y dermatopatología, práctica privada.

Correspondencia: Dra. Caroline Chanussot Deprez. Servicio de dermatología, Hospital General, PEMEX, Veracruz. Miguel Ángel de Quevedo s/n, esquina Raz y Guzmán, colonia Formando Hogar, CP

91710, Veracruz, Ver. E-mail: carolinechanussot@hotmail.com
Recibido: abril, 2008. Aceptado: mayo, 2008.

Este artículo debe citarse como: Chanussot DC, Cano PMA, Bueno DD. Ectima gangrenoso. Comunicación de un caso en un paciente inmunocompetente. Dermatol Rev Mex 2008;52(3):127-9.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 40 años de edad, previamente sano, acudió a consulta debido a una dermatosis diseminada a la región inguinal y al escroto izquierdo, que provocó la aparición de cuatro úlceras redondas de 1 cm de diámetro, con bordes eritematovioláceos elevados y fondo con fibrina y exudado amarillento (figura 1). A la exploración física, se observó que el paciente tenía en la espalda y los muslos múltiples manchas hiperpigmentadas residuales ocasionadas por episodios de foliculitis y furunculosis de repetición que había sufrido desde la adolescencia. En la cavidad bucal, en el vientre de la lengua y la mucosa del carrillo izquierdo, tenía dos úlceras ovaladas menores de 5 mm de diámetro, con borde eritematoso y fondo con fibrina.



Figura 1. Úlceras en la ingle y el escroto izquierdo en sacabocado con fondo sucio.

El individuo refirió que su padecimiento inició 10 días antes con la aparición de lesiones dolorosas en la mucosa bucal que le impedían ingerir alimentos y líquidos, motivo por el cual se encontraba deshidratado y en mal estado

general. Posteriormente surgieron lesiones en la piel que se acompañaron de fiebre. El paciente fue hospitalizado y se le prescribió tratamiento con claritromicina, aciclovir intravenoso y colutorios de difenhidramina y gel de hidróxido de aluminio y magnesio, lo que alivió las úlceras bucales, pero no las de la piel.

Mediante el cultivo de las lesiones se aisló *Pseudomonas aeruginosa* resistente a múltiples antibióticos, excepto al meropenem. Por esta razón, se inició tratamiento con este fármaco a la dosis de 1 g por vía intravenosa cada ocho horas durante 10 días. La biometría hemática mostró leucocitosis y neutrofilia, los hemocultivos fueron negativos. Se tomó una biopsia de una úlcera de la ingle izquierda para hacer el estudio histopatológico, el cual reveló una úlcera asentada en un denso infiltrado inflamatorio por neutrófilos desde la dermis hasta el tejido celular subcutáneo, indicadora de ectima gangrenoso.

A la semana de tratamiento, la úlcera de la ingle derecha (la primera que apareció) comenzó a disminuir de tamaño. A las dos semanas, se hizo otro cultivo, en el cual se aislaron *Candida albicans* y *Proteus* sp, por lo que se agregó fluconazol a dosis de 150 mg/semana durante cuatro semanas, y 500 mg de cefuroxima oral cada ocho horas durante 10 días. El paciente mejoró notoriamente.

DISCUSIÓN

El ectima gangrenoso es una manifestación dermatológica característica de una infección severa causada frecuentemente por *Pseudomonas aeruginosa*,⁴ aunque también puede ser producida por otros microorganismos, como distintas especies de *Pseudomonas*, *Aeromonas hydrophila*, *Staphylococcus aureus*, *Serratia marcescens*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Vibrio vulnificus*¹ y *Burkholderia cepacia*;⁵ y por hongos como: *Fusarium* sp, *Candida* sp, *Mucor* sp y *Aspergillus* sp.⁶

Pseudomonas aeruginosa es una bacteria aerobia gramnegativa que provoca infecciones oportunistas graves en pacientes inmunocomprometidos, sobre todo con neutropenia, neoplasias, hipogammaglobulinemia y en tratamiento inmunosupresor o invasor.^{1-3,6-8} Se encuentra en el suelo y el agua, resiste a altas temperaturas e incluso a algunos antisépticos, por lo que sobrevive bien en el medio hospitalario; es, por lo tanto, un patógeno nosocomial. La colonización se inicia en el tubo digestivo y se disemina a lugares húmedos de la piel, como las axilas y el periné.⁷

Es raro que ocasione infección en personas sanas como este paciente.

El ectima gangrenoso se considera una forma rara de sepsis de la piel ocasionada por *Pseudomonas aeruginosa*;⁹ sin embargo, puede aparecer en pacientes inmunocompetentes sin bacteremia, como el caso que se describe, cuyos hemocultivos fueron negativos.¹⁰ El sujeto no padecía ninguna enfermedad inmunosupresora, el único antecedente es que sufría episodios muy frecuentes de foliculitis y furunculosis.

La exposición a aguas contaminadas (albercas, trajes de buceo, hidromasaje, etc.) con *Pseudomonas aeruginosa* puede causar foliculitis¹¹ que evolucione a ectima gangrenoso, como en el caso conocido de un hospital, donde los internos inmunocomprometidos se infectaron por el agua contaminada.²

El diagnóstico se confirma con un cultivo de la lesión de la piel y el correspondiente estudio histopatológico, el cual suele revelar un marcado infiltrado de neutrófilos en la dermis reticular, con cierta hemorragia. Alrededor de la zona infartada hay un infiltrado mixto de células inflamatorias. En los márgenes puede observarse vasculitis necrotizante con trombosis vascular. Con tinciones especiales es posible identificar las bacterias gramnegativas entre los haces de colágeno y a veces en la media y la adventicia de los pequeños vasos.¹²

El diagnóstico diferencial incluye: pioderma gangrenoso, gangrena de Fournier, gangrena estreptocócica, eritema pigmentado fijo, vasculitis por hipersensibilidad y poliarteritis nodosa.

El tratamiento es antibiótico; se prefieren los esquemas combinados en virtud del surgimiento de cepas resistentes: betalactámicos con aminoglucósidos. No hay que olvidar debridar las úlceras. En este caso, el antibiograma reportó *Pseudomonas aeruginosa* sensible sólo a meropenem,

por lo que se inició la administración de este fármaco. El paciente evolucionó favorablemente.

REFERENCIAS

1. Pandit AM, Siddaramappa B, Choudhary SV, Majunathswamy BS. Ecthyma gangrenosum in a new born child. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2003;69(1):52-53.
2. El Baze P, Thyss A, Aldani C, Juhlin L, et al. *Pseudomonas aeruginosa* 0-11 foliculitis: development into ecthyma gangrenosum in immunosuppressed patients. Arch Dermatol 1985;121:873-6.
3. Singh N, Devi M, Devi S. Ecthyma gangrenosum: a rare cutaneous manifestation caused by *Pseudomonas aeruginosa* without bacteremia in a leukemic patient. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2005;71:128-9.
4. Tsao H, Swartz M, Weinberg A, Jonson RA. Infecciones en tejidos blandos: erisipela, celulitis y celulitis gangrenosa. En: Fitzpatrick TB, editor. Dermatología en Medicina General. 5ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2001;pp:2344-64.
5. Aygencel G, Dizbay M, Sahin G. *Burkholderia cepacia* as a cause of ecthyma gangrenosum-like lesion infection 2007 (Epub ahead of print).
6. Agarwal S, Sharma M, Mehndirata V. Solitary ecthyma gangrenosum (EG)-like lesion consequent to *Candida albicans* in a neonate. Indian J Pediatr 2007;74:582-4.
7. Chan YH, Chong CY, Puthuchearry J, Loh TF. Ecthyma gangrenosum: a manifestation of *Pseudomonas* sepsis in three paediatric patients. Singapore Med J 2006;47(12):1080-3.
8. Kao J, Loe DE, Gan BS. Soft tissue images. Ecthyma gangrenosum. A deceptively benign skin lesion in febrile neutropenia. Can J Surg 2001;4485:333.
9. Frantzeskaki F, Betrosian AP. Ecthyma gangrenosum. A rare manifestation of *Pseudomonas aeruginosa* sepsis in critically ill adult patient. Eur J Dermatol 2008;18(3):345-6.
10. Gencer S, Ozer S, Gul AE, Dogan Mustafa, Ak O. Ecthyma gangrenosum without bacteremia in a previously healthy man: a case report. J Med Case Reports 2008;2:14.
11. Zichichi L, Asta G, Noto G. *Pseudomonas aeruginosa* folliculitis after shower/bath exposure. Int J Dermatol 2000;39(4):270-3.
12. Weedon D, Strutton G. Infecciones bacterianas y por rickettsias. En: Weedon D, editor. Piel. Patología. 1ª ed. Madrid: Marbán libros, 2002;pp:521-48.