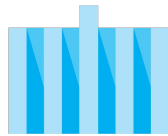




**Clínica
Médica
B**

Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina
UDELAR



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

ECTIMA GANGRENOSO, INFECCIÓN GRAVE E INFRECLENTE

Unidad Académica Clínica Médica B
Prof. Dra. Laura Llambí
Equipo Sala 3

Caso clínico

SM, 69 años. Procedente de Canelones. Privado de libertad.

Antecedentes personales:

- Ex-tabaquista, IPA 60, BC, sin EPOC
- CBP de células pequeñas, eIIIA (T1N2), diagnóstico hace 3 meses, en RT + QT
- Nefrectomía radical izquierda hace 3 años por cáncer renal, eIII (T3N0)
- HTA
- Cardiopatía isquémica, revascularizado percutáneo. FEVI recuperada

Enfermedad actual

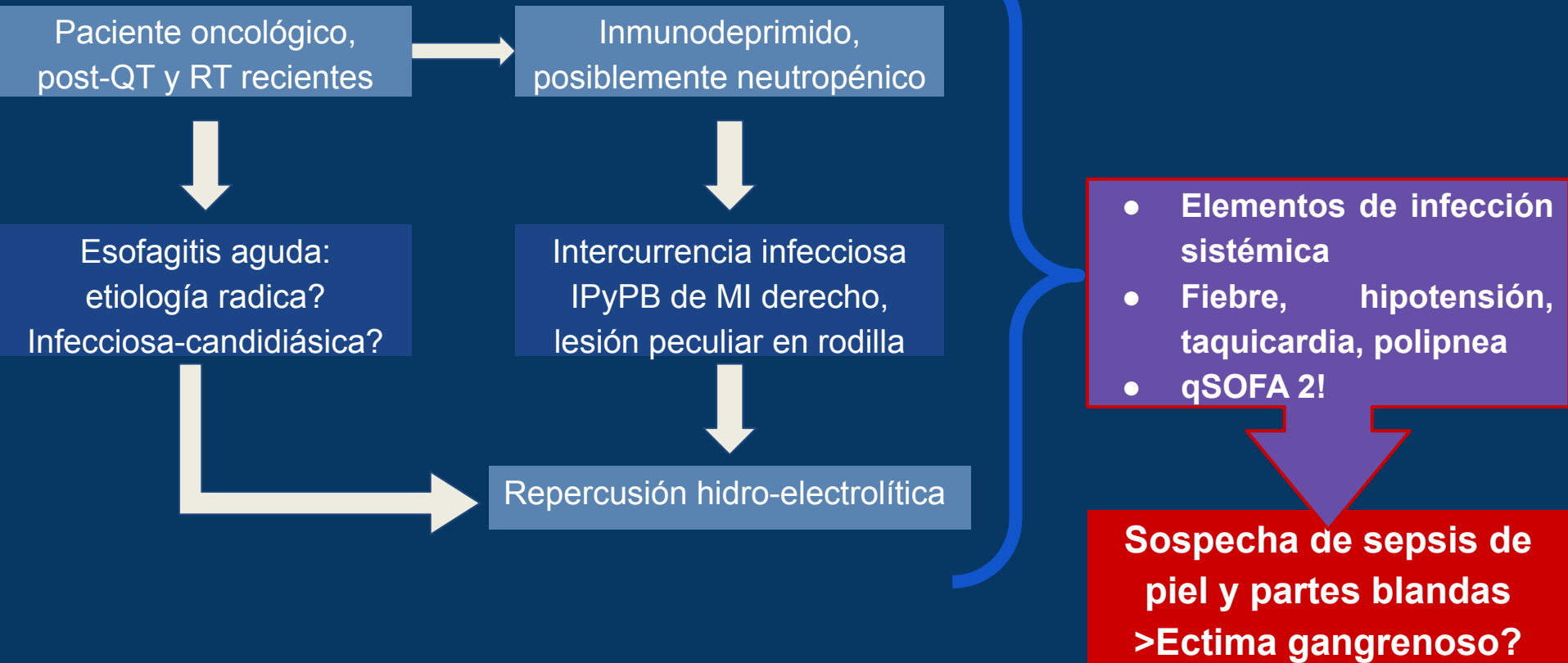
- Fiebre de 72 hs de evolución
- Flictena en rodilla derecha, dolor y rubor perilesional con extensión a cara anterior de rodilla y muslo
- Malestar general, anorexia, astenia y adinamia
- Odinofagia, dolor retroesternal vinculado a la deglución, náuseas y vómitos, de una semana de evolución, limita ingesta de líquidos y alimentos
- Sin otros síntomas digestivos ni urinarios asociados
- Sin clínica cardiovascular ni respiratoria
- **AEA:** En RT y QT (carboplatino/etopósido), último ciclo 5 días previos

Examen físico

- Mal estado general.
- Lucido. FC 130 cpm, PA 80/60, bien perfundido, FR 22 rpm, SatO2 97%VEA, T.Ax 37,5°C
- BF: muguet oral, lengua seca.
- PyM: hipocoloreadas.
- Rodilla derecha: flictena hemorrágica evolucionada, rota, de 2 cm de diámetro, con pequeño centro necrótico.
- Signos fluxivos perilesión, trayecto de linfangitis hacia muslo y adenomegalia inguinal.
- En ambos tobillos presenta lesiones maculares eritematosas, dolorosas.
- No artritis.
- Resto del examen sin particularidades.

En suma: planteos clínicos

SM, 69 años. AP: FRCV, Card. isquémica. Nefrectomía por cáncer renal. CBP en tratamiento con RT y QT



Conducta

- ❖ Valoración inicial con ECG, paraclínica sanguínea, relevo bacteriológico, RxTx.
-
- ❖ **Manejo terapéutico inicial:**
 - Hidratación parenteral intensa. Buena respuesta a cargas de volumen
 - Antibioticoterapia empírica con Piperacilina-tazobactam
 - Tratamiento antifúngico con Fluconazol
 - IBP

Paraclínica

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Hb 10 g/dL• Pqt. <u>30.000/uL</u>• Leucocitos 250/uL (N= <u>30/uL</u>)
• Urea 134 mg/dL Crea <u>2,9</u> mg/dL• Na 125 mEq/L K 6,2 mEq/L• GSV: pH 7,2 HCO₃ 18 Lact. 3,1
• PCR <u>390</u>• Hepatograma y crasis sin alteraciones | <ul style="list-style-type: none">• ECG: taquicardia sinusal, sin alteraciones sugestivas de isquemia
• Ex de orina normal• UC sin desarrollo
• HC x 2: <u>directo con BGN</u>
• Rx Tx y ecografía de ap. urinario sin alteraciones• VHB, VHC, VIH, VDRL negativos |
|--|---|

Diagnósticos:

- Neutropenia febril
 - Infección de PyPB, bacteriémica, a BGN. Ectima gangrenoso?
 - DOM: Disfunciones hematológica, renal y hemodinámica
 - Sepsis de piel y partes blandas

Conducta:

- ❖ Tratamiento de citopenias: Inicia Neupogen. Se transfunde GR y PQT
- ❖ Tratamiento médico de IRA con buena respuesta
- ❖ Estabilización hemodinámica con aporte de volumen
- ❖ Se rota ATB a Ceftazidime + Amikacina

Evolución de lesiones cutáneas

- Lesión en rodilla con evolución a úlcera necrótica
- Signos fluxivos en muslo y rodilla en remisión



- En tobillos bullas sero-hemorrágicas, rápidamente evolucionan a úlceras necróticas



Evolución

- Se reciben HC x 2 con desarrollo de *P. aeruginosa* multisensible
- Dada evolución y características de lesiones cutáneas, con bacteriemia documentada a germen probable (y más frecuentemente involucrado)
 - **Diagnóstico:** Ectima gangrenoso a *P. aeruginosa*
- En contexto epidemiológico y de neutropenia febril con foco de PyPB grave: se agrega Vancomicina, mantiene Ceftazidime y suspende Amikacina
- Persiste con registros febriles
 - HCs de control negativos. Body-TC descarta focos profundos

Evolución

- ❖ Evolución favorable
- ❖ No agrega nuevas lesiones
- ❖ Apirexia a partir del 6° día de ATB
- ❖ PCR en descenso
- ❖ Mejoría progresiva de citopenias
- ❖ IRA con recuperación funcional completa
- ❖ Mejoría de clínica digestiva con suspensión de RT

Evolución 7-10 días



Evolución 12 días



Evolución 14 días



En suma

- SM, 69 años, privado de libertad
- AP: Ex-tabaquista, HTA, Card. isquémica. Nefrectomía por cáncer renal.
- CBP a células pequeñas en tratamiento con RT y QT reciente
- Complicación infecciosa grave en paciente inmunodeprimido
- Neutropenia febril
- Ectima gangrenoso a *P. aeruginosa*

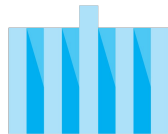
Aspectos a revisar:

- Ectima gangrenoso como infección grave e infrecuente
- Características clínicas excepcionales de lesiones cutáneas
- Factores de riesgo
- Agentes etiológicos
- Tratamiento



**Clínica
Médica
B**

Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina
UDELAR



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Revisión: Ectima gangrenoso

Unidad Académica Clínica Médica B
Prof. Dra. Laura Llambí
Equipo Sala 3

Hoja de ruta

- Introducción. Aspectos generales y definición
- Epidemiología
- Clínica
- Etiología
- Tratamiento
- Pronóstico

Introducción

- Descrita en 1897 por L. Barker
- Hasta 1970 fue considerada patognomónica de bacteriemia secundaria a *Pseudomonas aeruginosa*.
- Vasculitis infecciosa necrosante que se presenta en el contexto de alteraciones inmunitarias.
- Infección grave, vinculada a neutropenia y sugestivo de sepsis.



Epidemiología

- Infrecuente. Se ha observado en aprox. el 1,3 al 3 % de los casos de bacteriemia por *P. aeruginosa*.
- Afecta cualquier rango etario, más frecuente en los extremos de la vida (edad pediátrica y tercera edad).
- Sin predilección por ningún sexo.

Presentación clínica

- Máculas eritematosas o purpúricas indoloras que evolucionan rápidamente hacia pústulas y/o flictenas. Y en última instancia a úlceras gangrenosas.
- Lesión única o múltiples
- Localizaciones frecuentes: área glútea y perineal (57%), extremidades (30%), rostro y tronco (6%).



Presentación clínica

- Se puede presentar de forma bacteriémica y no bacteriémica.
- Usualmente en pacientes neutropénicos u asociado VIH, linfoma, hipogammaglobulinemia, diabetes.

Diagnóstico

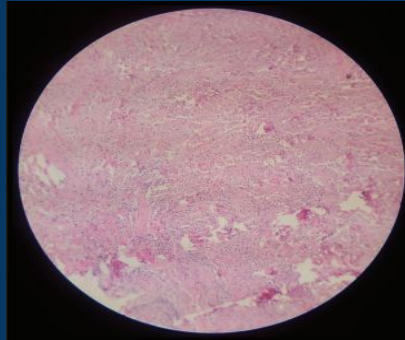
- Sospecha clínica: lesiones típicas + contexto clínico adecuado.



- Hemocultivos (si son - no lo descartan).

- Exudado de lesión, cultivo bacteriológico y micológico.

- Biopsia (no siempre).



Agentes etiológicos

- Principalmente bacterianos
- En 2014 Vaiman et al. realizaron una revisión sobre 167 casos: 76,5% a *P. aeruginosa*, 17,35% por otras bacterias (*Serratia*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*) y 9% especies fúngicas (*Candida* spp y *Fusarium* spp).
- Algunos casos son polimicrobianos y puede involucrar bacterias gram positivas.

Eur J Clin Microbiol Infect Dis
DOI 10.1007/s10096-014-2277-6

REVIEW

Ecthyma gangrenosum and ecthyma-like lesions: review article

M. Vaiman · T. Lazarovitch · L. Heller · G. Lotan

Received: 11 October 2014 / Accepted: 4 November 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Diagnósticos diferenciales

Considerar otras causas de úlceras cutáneas, ej:

- Vasculitis.
- Pioderma gangrenoso.
- Loxoscelismo.
- Fascitis necrotizante.
- Calcifilaxis.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Necrosis inducida por Warfarina.



Pioderma
Gangrenoso



Calcifilaxis



Vasculitis / púrpura

Tratamiento

- Inicio PRECOZ de terapia antibiótica empírica.
- Tratamiento de soporte.
- Corrección de la neutropenia.
- Considerar tratamiento quirúrgico.

Tratamiento

- Monoterapia VS biterapia, no hay evidencia clara. Sí o sí cobertura para *Pseudomonas*. En caso de biterapia adicionar aminoglucósido.
- Ante la sospecha de catéter infectado, presencia de mucositis o paciente previamente tratado con fluoroquinolonas, añadir vancomicina.
- No hay consenso sobre duración del tratamiento, evaluar según respuesta clínica y agente aislado.

Pronóstico

- Dependiente de:
 - inmunidad del paciente
 - agente responsable
 - presencia de sepsis
 - tiempo en inicio de tratamiento
- La neutropenia es el factor pronóstico más importante.
- Mortalidad: 38-96% en casos de bacteriemia
15% cuando no la hay.

Mensajes finales

ECTIMA GANGRENOSO:

- Infección grave, alta mortalidad.
- Reconocimiento clínico precoz de lesiones cutáneas características.
 - Clave para tratamiento oportuno y mejores resultados.
- Inicio inmediato de tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro.
 - Con especial cobertura de *P. aeruginosa*
- Considerar asociar tratamiento quirúrgico precoz en lesiones extensas.

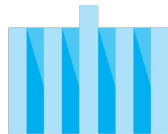
Bibliografía

1. Ñanco-Meléndez C, López-Mora DE, Cruz DR. Ectima gangrenoso, manifestación cutánea infrecuente de una infección por diversos agentes. Bol Micol [Internet]. 2021; 35(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22370/bolmicol.2020.35.2.2715>
2. Ruiz-Sanchez D, Valtueña J, Garabito Solovera E, Martínez García G. Ectima gangrenoso, más allá de Pseudomonas aeruginosa. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2021; 39(10):526–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2020.11.016>
3. Sánchez JER, Carmona SA, Alcalá MVC. Ectima gangrenoso: revisión a propósito de un caso. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2016; 23(4):E56–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2014.09.013>
4. Llamas Velasco M. Lesiones necróticas bilaterales en paciente neutropénica y febril. Medicina [Internet]. 2010; 10(47):3169.e1-3169.e3. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5412\(10\)70013-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0304-5412(10)70013-5)
5. Vaiman, M., Lazarovitch, T., Heller, L. et al. Ecthyma gangrenosum and ecthyma-like lesions: review article. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 34, 633–639 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10096-014-2277-6>
6. Patra, A., Sarkar, S., & Mondal, M. (2016). Ecthyma gangrenosum in the periorbital region in a previously healthy immunocompetent woman without bacteremia. Indian Dermatology Online Journal, 7(1), 36. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.174326>



**Clínica
Médica
B**

Hospital de Clínicas
Facultad de Medicina
UDELAR



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Gracias