

Erupción cutánea en paciente joven

Marcos Guzmán García

M^o Luisa Fernández Ávila

Beatriz Sainz Vera

Raquel Tinoco Gardón

Julio Alberto Piñero Charlo

Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

Introducción

- ▶ Paciente de 31 años con acude con erupción cutánea limitada a extremidad superior.
- ▶ Antecedentes personales:
 - No RAM
 - Fumador de 30 cigarrillos/día.
 - Trabajador en finca agrícola en contacto con múltiples animales (vacas, perros, gallinas, etc)
 - Niega otros antecedentes de interés.

Visita en Centro de Salud.

- ▶ Anamnesis:
 - Acude por presentar cuadro de erupción cutánea de 7–8 días de evolución con inicio en región de antebrazo izquierdo.
- ▶ Exploración
 - Lesiones papuloeritematosas pruriginosas.
 - Ligeras artralgias.
 - No síntomas respiratorios ni gastrointestinales.
 - Disuria leve.
 - Sensación distérmica no termometrada.
 - Niega contactos sexuales de riesgo.

→ Sospecha de eccema de contacto

→ Inicio de tratamiento tópico con corticoesteroides junto con emolientes y antihistamínicos orales.

Clínica domiciliaria

A pesar de tratamiento: Fiebre 38°C.

- ▶ Avance de forma sistemática.
- ▶ Compromiso de casi toda la superficie corporal.
- ▶ Lesiones eritematodescamativas pruriginosas.
- ▶ Afectación palmoplantar.

→ 1º Derivación a S. Urgencias.

→ Valoración por S. Dermatología.

Valoración S. Urgencias

- ▶ Exploración física:
 - Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador.
 - ACP: Tonos rítmicos. No soplos.
 - Murmullo vesicular conservado.
 - Abdomen: Blando y depresible. No signos de irritación peritoneal.
 - EE.II: No presencia de edemas.
- ▶ Adenopatías mínimas en región inguinal. No presencia de adenopatías en tren superior de forma significativa.

Ingreso hospitalario



Ingreso hospitalario

- ▶ Inicio de realización de soporte con sueroterapia
- ▶ Control analítico inicial:
 - ▶ Leucocitos: 12540×10^3 (68,5% Neutrofilos)
 - ▶ Urea: 24 mg/dl Creatinina: 0,9 Bil total: 0,23 mg/dl GOT/GPT: 20/30 U/L LDH: 181U/L PCR: 1,18 mg/dl.

¿Qué hacemos?

¿Qué solicitaríamos?

Ingreso Hospitalario

- ▶ Sedimento de orina: Densidad 1030 Leucocitos 100 UI Nitritos negativos Proteínas negativos. Resto sin alteraciones.
- ▶ Rx torax: No condensaciones de forma grosera.
- ▶ Ecografía abdominal: Se aprecia hígado de tamaño y morfología sin alteraciones. Vesícula sin calculos abdominales. Vía intra y extrahepática de calibre normal. Riñones tamaño y morfología sin alteraciones. Bazo de tamaño y localización normal. No ascitis ni líquido libre.
- ▶ Realización de biopsia cutánea

¿Algo más?

Ingreso hospitalario

- ▶ Antes de iniciar tratamiento sistémico:
 - Urocultivo: Realizado
 - Hemocultivo: Realizado.
 - Serología: VHB, VHC, VIH, Herpes, Hepatotropos, treponema, Chlamydia.
 - Analítica autoinmunidad: Ac. Antinucleares, Ac. Anti dsDNA, ENA, ECA, ASLO, Factor reumatoide: pendiente
 - Proteinograma y complemento: Pendiente.
 - Marcadores tumorales: ¿Por si acaso?

Ingreso hospitalario

- ▶ Evolución clínica:
 - Purpura eritematosa generalizada.
 - Situación basal aceptable con estabilidad hemodinámica, aunque persistencia de malestar leve y persistencia de artralgias.
 - No presencia de fiebre.
- ▶ Control analítico: Leucocitos: 13780×10^3 (69,9% Neutrófilos)
Urea: 27mg/dl; Creatinina: 1mg/dl; GOT/GPT: 15/51U/L LDH: 191 U/L PCR: 2,3 mg/dl. VSG: 67 mm.

Ingreso hospitalario

- ▶ Inicio de tratamiento: Prednisona oral 1 mg/Kg/día. (Tratamiento: 60 mg Prednisona oral)
- ▶ Inicio de tratamiento antibiótico: → Amox/ac. Clavulánico.
- ▶ Inicio de tratamiento antiviral: Aciclovir (por recomendación S. Dermatología).
- ▶ Ante la situación: Se solicita TAC tórax y región cervical...

**...Y VAN LLEGANDO
RESULTADOS...**

Ingreso hospitalario

- ▶ **Autoinmunidad:** Ac antinucleares 0,42 IU/ml Ac. antidsDNA 6,5 IU/ml. ENA: 0,1 U/L. ASLO: 0,3 U/l Resto negativo
- ▶ **Serologia:** Herpes simplex IgG + IgM -. H. B antiHBs 32,96 mUI/l. VHC negativo, VIH negativo. Resto negativo.
- ▶ **Proteinograma:** Sin alteraciones. No consumo de complemento.
- ▶ **Inmunoglobulinas:** dentro de los rangos de la normalidad.
- ▶ **TAC cuello y torax:** Quiste mucosos de retención en seno maxilar derecho. No alteraciones en resto de exploracion.



...PERO EN NUEVO CONTROL ANALÍTICO:

- ▶ **Leucocitos 15,941 ul (82,3%N)**, Hb:14,2 g/dl, Creatinina 1,1 mg/dl, Urea: 31 mg/dl; **PCR: 5,1 mg/dl**. Coagulación: 70% Act protrombínica. Fibrinógeno 781 %.

¿Que está pasando?

ORINA

UROCULTIVO

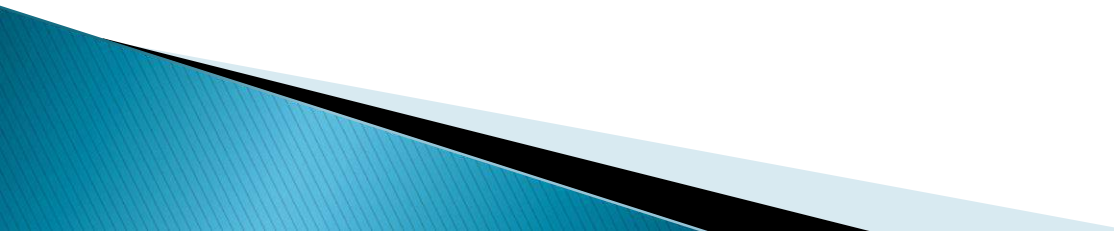
INCONTABLES UFC/ ml Staphylococcus aureus

Staphylococcus aureus resistente a meticilina

Ampicilina	Resistente
<u>Daptomicina</u>	Sensible
<u>Nitrofurantoina</u>	Sensible
<u>Fosfomicina</u>	Sensible
<u>Gentamicina</u>	Resistente
Levofloxacino	Sensible
<u>Oxacilina</u>	Resistente
Penicilina	Resistente
<u>Cotrimoxazol</u>	Sensible
Tetraciclina	Resistente
<u>Teicoplanina</u>	Sensible
Vancomicina	Sensible

¿Qué hacemos?

Ingreso hospitalario

- ▶ Ecocardiograma transtorácico: Fracción de eyección conservada. No presencia de vegetaciones.
 - ▶ Valoración ORL: No patología activa.
 - ▶ Valoración oftalmología: No patología activa.
 - ▶ Cultivo de esputo: Flora mixta.
- 

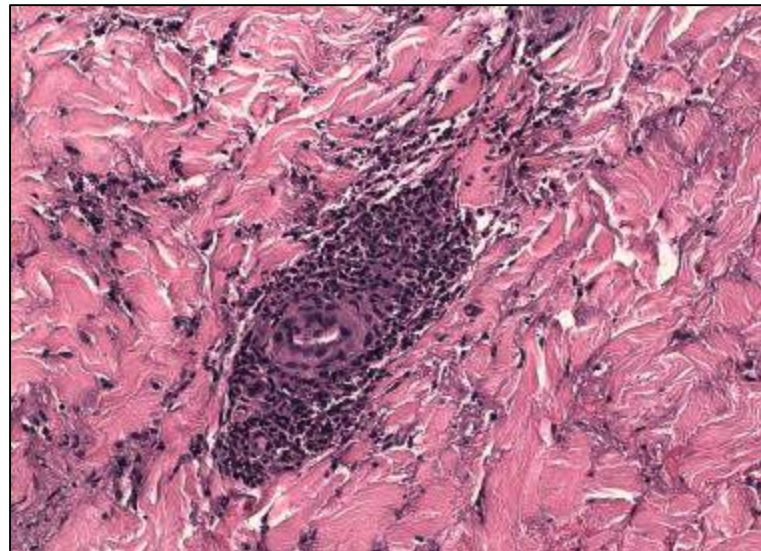
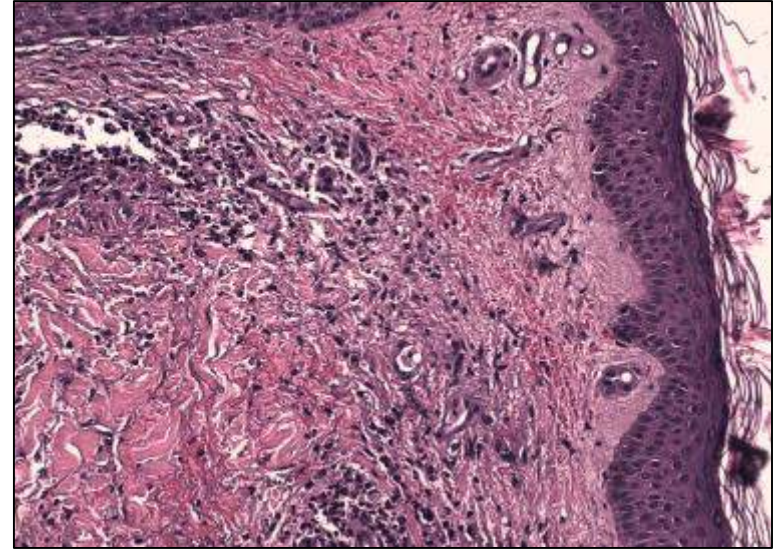
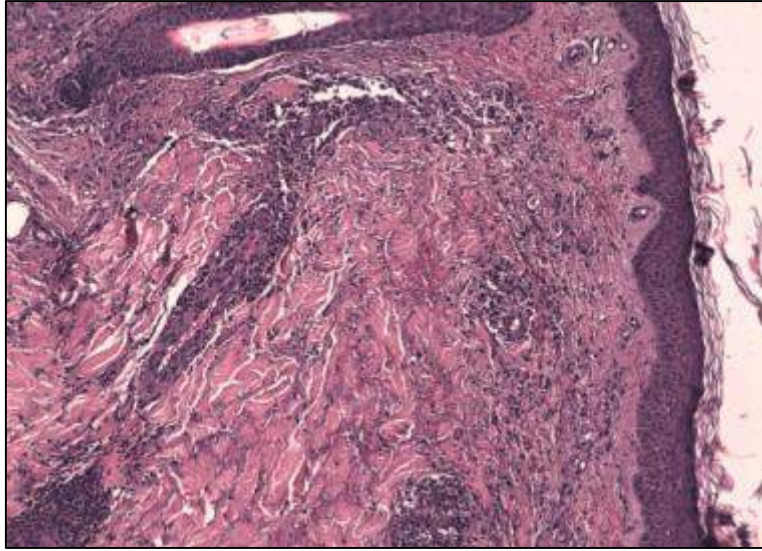
Ingreso hospitalario

- ▶ Realización de nuevo hemocultivo e inicio de tratamiento antibiótico dirigido.
(Vancomicina 1 gr i.v. cada 12 h.)
- ▶ Se realizó frotis nasal: *S. aureus* meticilin sensible y *C. albicans*
- ▶ Tratamiento de erradicación de SAMR.
- ▶ HC negativo y nuevo urocultivo negativo
(día 10 y 12)

Y llega la biopsia...

Ingreso hospitalario

- ▶ Informe de Biopsia:
 - Descripción microscópica: Piel arquitecturalmente conservada que incluye una celularidad inflamatoria aguda que coloniza dermis papilar y media, de distribución preferentemente perivascular con frecuentes fenómenos de...



Resolución

- ▶ Diagnóstico: Vasculitis leucocitoclástica en probable relación a infección por *S. aureus* meticilin– resistente.

¿Y que paso...?

- ▶ El paciente presentó mejoría clínica y analítica, presentando resolución completa, iniciándose pauta descendente de corticoides.
- ▶ Presentó situación clínica estable de lesiones y estado general.



Bibliografía

- ▶ Pulido-Pérez, A. et al. Vasculitis cutaneas. Actas Dermosifiliogr. 2012; 103 (3):179-191.
- ▶ Kluger, N. et al. Cutaneous vasculitis and their differential diagnoses. Clin Exp Rheumatol. 2009;27:124-38.
- ▶ Mensa, J. et al. Guia de tratamiento de la infección producida por Staphylococcus aureus resistente a meticilina. Rev Esp Quimioter 2008; 21(4):238-258.
- ▶ Laguna-Argente, C. et al. Erupciones pustulosas del dorso de las manos. Piel (Barc) 2013, 258 (2): 104-109.
- ▶ Domenech, JR. et al. Vasculitis leucocitoclástica secundaria a ciprofloxacino. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004; 39(6):395-8.