

Ectima gangrenoso y shock séptico fulminante

Carolina Sanmartino González*, Carlota Tuñón de Almeida **, Miguel Berenguer Rodríguez*, Ricardo Jerez Sánchez *.

* MIR. Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

** LES. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de León. León (España).

Correspondencia: Carolina Sanmartino González. 53678233M@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: El ectima gangrenoso es una infección de piel y partes blandas que se asocia con bacteriemia y sepsis por *Pseudomonas aeruginosa* más frecuentemente en paciente inmunodeprimido. El objetivo de este trabajo es presentar este caso clínico por ser una entidad poco frecuente que asocia alta mortalidad.

Exposición del caso: Mujer de 46 años diagnosticada de mieloma múltiple IgG Kappa IIIA en noviembre de 2020. Inicia tratamiento según protocolo VRD y desarrolla aplasia medular y neutropenia tras último ciclo. Acude por fiebre de 5 horas de evolución, disnea y lesiones eritematosas en miembros inferiores. Presenta rápido deterioro clínico con inestabilidad hemodinámica, por lo que dada la situación de gravedad ingresa en UCI. Presenta neutropenia de 400 cels/mm, lo que sugiere shock séptico en paciente inmunodeprimido. Se obtienen muestras microbiológicas y se inicia tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro. En los primeros resultados microbiológicos se aísla en broncoaspirado pulmonar (BAS) *Pseudomonas aeruginosa*, lo que hace sospechar el diagnóstico de ectima gangrenoso en relación con las lesiones cutáneas y el cuadro clínico.

Diagnóstico y discusión: El ectima gangrenoso es una infección cutánea causada por *Pseudomonas aeruginosa* entre otros agentes etiológicos. Las lesiones comienzan como máculas rojas que evolucionan rápidamente a pústulas y/o ampollas, finalmente a úlceras gangrenosas (en 12-18 horas). Su diagnóstico se basa en la clínica junto con los aislamientos microbiológicos. Precisa de tratamiento antibiótico empírico con cobertura antipseudomónica

y tratamiento quirúrgico en algunos casos. La mortalidad en pacientes inmunocomprometidos con shock séptico y bacteriemia es del 50% (38-96%) y de un 15% en pacientes sin ella.

PALABRAS CLAVE

Ectima gangrenoso, sepsis, *Pseudomonas aeruginosa*, inmunodeprimido.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El ectima gangrenosa es una lesión cutánea que forma parte de las infecciones de piel y partes blandas asociada más frecuentemente a bacteriemia y sepsis por *Pseudomonas aeruginosa* en paciente inmunodeprimido (1.3 y 3% de los casos). La neutropenia es frecuente en estas formas invasivas, siendo el principal factor pronóstico de mortalidad. También se ha descrito en pacientes inmunocompetentes, siendo infecciones cutáneas más localizadas sin bacteriemia asociada. La diabetes y la desnutrición son factores predisponentes, en estos pacientes sin inmunodepresión [1].

Se presenta como una lesión de tipo úlcera gangrenosa (con rápida evolución) a través de la epidermis y la dermis, causada por invasión bacteriana perivascular de la media y adventicia con necrosis isquémica secundaria [2, 3].

El objetivo de este trabajo es presentar este caso clínico por ser una entidad poco frecuente que asocia alta mortalidad.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 46 años, con diagnóstico de mieloma múltiple IgG Kappa IIIA, ISS3, RISS2 en noviembre de 2020 (4 meses antes del caso clínico expuesto), iniciando tratamiento según protocolo VRD (Bortezomib, Lenalidomida y Dexametasona). Recibiendo hasta 4 ciclos (el último un mes antes) con aplasia medular y neutropenia tras último ciclo.

La paciente acude a un hospital comarcal por fiebre de 5 horas de evolución, disnea y lesiones eritematosas en miembros inferiores. Presenta cianosis y eritema en tronco con lesión en el tercio proximal de la pierna, tipo mácula, no pruriginosa. Refiere que han aparecido la noche anterior y las relaciona con la picadura de un insecto. A la llegada al hospital, la paciente se encuentra estable clínicamente, pero a los pocos minutos presenta empeoramiento con inestabilidad hemodinámica. Ante la sospecha de shock anafiláctico se procede a intubación orotraqueal, administración de adrenalina, corticoterapia, antihistamínicos y es derivada a nuestro hospital para ingreso en UCI.

A su llegada a la UCI se encuentra inestable hemodinámicamente con TA 60/20 mmHg, FC 138 lpm. Acidosis metabólica con hiperlactacidemia 12 mmol/L y oligoanuria. Se inicia tratamiento con aminas vasoactivas. Conectada a VMI en IPPV, FiO₂ 0.6 y PEEP de 6, SatO₂ 98%. Lesiones tipo mácula violácea, con aumento progresivo en número y distribución en tronco y MMII (Figura 1). En la analítica al ingreso destaca neutropenia de 400 cels/mm, por lo que, reevaluando el caso, se considera la sospecha de shock séptico en paciente inmunodeprimido. Se obtienen muestras microbiológicas y se inicia tratamiento antibiótico empírico con meropenem, amikacina, linezolid y anidulafungina.

Durante la primera hora de ingreso se continua resucitación con cristaloides, aminas vasoactivas, corticoterapia para shock séptico refractario y factores estimuladores de colonias. En los primeros resultados microbiológicos se aísla en BAS, mediante Filmarray, *Pseudomonas aeruginosa* lo que hace sospechar el diagnóstico de ectima gangrenoso por las lesiones cutáneas que continúan en evolución con aspecto ulceroso en algunas de ellas (Figura 2). La paciente persiste con mala evolución clínica a pesar de tratamiento y medidas invasivas. En situación de fracaso multiorgánico siendo finalmente éxitus a las pocas horas de ingreso en UCI. Posteriormente se reciben los resultados microbiológicos con aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* en hemocultivos y urocultivo.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El ectima gangrenoso no es un lesión patognomónica de infección por *Pseudomonas aeruginosa*, ya que puede ser producida por otros agentes etiológicos: *Pseudomonas stutzeri*, *Aeromonas* spp, *Stenotrophomonas* spp, SARM, micobacterias atípicas y hongos como *Fusarium* spp, *Mucor* spp, *Aspergillus* spp y *Candida* spp [2, 3].

Las lesiones comienzan como máculas rojas indoloras que evolucionan rápidamente a pústulas y/o ampollas. Finalmente se convierten en úlceras gangrenosas. Las lesiones suelen progresar rápidamente, en un plazo de 12 a 18 horas. Las lesiones pueden afectar a piel o mucosas [4].

Aunque puede ocurrir en cualquier localización, las zonas anogenital y axilar son las más características. Las zonas glútea y perineal se afectan en el 57% de los casos, las extremidades en el 30% y tronco y cara en un 6%. También hay descritas lesiones periorbitarias. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples y encontrarse en diferentes etapas de desarrollo [4].

Su diagnóstico se basa en la clínica junto con los aislamientos microbiológicos. Se deben extraer hemocultivos al ingreso, aunque la ausencia de crecimiento no descartaría el diagnóstico. Se puede realizar cultivo de exudado, incluso biopsia de la lesión. En ausencia de crecimiento microbiológico en las muestras realizadas [5].

Precisa de tratamiento antibiótico empírico con cobertura antipseudomónica y en algunos casos tratamiento quirúrgico, desbridamiento para control del foco e incluso injertos de piel en pacientes con lesiones extensas [5].

La mortalidad en pacientes inmunocomprometidos con shock séptico y bacteriemia es del 50% (38-96%) y de un 15% en pacientes sin ella. Dada la elevada mortalidad es de vital importancia la rápida sospecha diagnóstica. Siendo el shock séptico una entidad tiempo dependiente, su mortalidad desciende en un 50% con inicio de tratamiento adecuado y precoz [6].

BIBLIOGRAFÍA

1. Roriz M, Maruani A, Le Bidre E, et al. Locoregional multiple nodular panniculitis induced by *Pseudomonas aeruginosa* without septicemia: three cases and focus on predisposing factors. *JAMA Dermatol* 2014; 150:628.
2. Zakhour J, Sharara SL, Hindy JR, Haddad SF, Kanj SS. Antimicrobial Treatment of *Pseudomonas aeruginosa* Severe Sepsis. *Antibiotics (Basel)*. 2022;11(10):1432
3. Ribeiro M, Marinho P, Camilo C, Pinto S. Ecthyma gangrenosum as a clue to pseudomonas septicaemia. *BMJ Case Rep*. 2022;15(3):e249114
4. Gonzaga Y, Jeunon T, Machado J, Nucci M. Ecthyma gangrenosum in neutropenic patients and the importance of an early skin biopsy for direct examination. *An Bras Dermatol* 2022; 97:534.
5. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock. *European Society of Intensive Care Medicine and the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med*. 2021; 47 (11): 1.181 - 1.247.
6. Taplitz RA, Kennedy EB, Bow EJ, Crews J, Gleason C, Hawley DK, et al. Outpatient management of fever and neutropenia in adults treated for malignancy: American Society of Clinical Oncology and Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2018; 36: 1443 - 1453

TABLAS Y FIGURAS



Figura 1: Lesiones tipo mácula violácea en EEII.



Figura 2: Lesiones en progresión en tronco y MMII, donde se puede observar evolución a lesión de tipo ulceroso.