

Lesió ulcerada al braç de llarga evolució

Sílvia Flores¹, Àngels San José¹, Ana M Nieto¹, Celia Polanco¹, Sabastián Hernández², M^a José Guasch³

¹Servei d'Urgències, ²Servei de Medicina Interna. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona. ³ABS Torredembarra

CORRESPONDÈNCIA

Nom de l'autor: Sílvia Flores
mail: sflores@xarxatecla.cat

Lloc de treball: Hospital Sant Pau i Santa Tecla

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Forma de citació: Flores S, San José A, Nieto AM, Polanco C, Hernández S, Guasch MJ.

Lesió ulcerada en braç de llarga evolució. ReMUE.c@t 2016;3(1):32-36

Available at http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=5136

Motiu de consulta

Lesió ulcerada extensa de l'extremitat superior esquerra de llarga evolució

Antecedents personals

Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes ni antecedents personals d'interès. No pren cap medicació habitualment.

Malaltia actual

Dona de 77 a que acut al nostre Servei d'Urgències per provar un primer contacte sanitari a la zona després d'un canvi de domicili. Explica que des de fa un any inicià una lesió quística al braç esquerra que es va orientar com abscess, essent controlada a una clínica de Barcelona. Va ser drenat, amb evolució tòrpida. Durant l'any, aquesta lesió va progressant. Ha dut múltiples tractaments antibiòtics per cultius positius (que no disposem). Es realitzen nombroses proves que si aporta:

- **RNM:** lesió inespecífica del compartiment extensor, compatible amb miositis.
- **ECO-biòpsia guiada:** pseudotumor inflamatori compatible amb tumor miofibroblàstic inflamatori. Les biòpsies parlen de teixit de granulació amb inflamació crònica i aguda associat a marcada hiperplàsia limfoide i àrees de fibrosi ("teixit d'abscess")

- **Estudi molecular FISH per reordenament del gen ALK** al juny del 2014 que resulta negatiu, orientant-se com patologia inflamatòria o infecciosa.

Al gener del 2015 inicia supuració per cara interna del braç secundària a la miositis tricipital, fent-se resecció quirúrgica i evidenciant-se trajecte fistulós. Es va un nou desbridament i es realitza una plàstia, que fracassa.

- **AngioTAC al 18/06/2015** mostra col·lecció densa per necrosi en la paret toràcica anterolateral i regió axil·lar que capta contrast, que infiltra el teixit cel·lular subcutani de la zona axil·lar arribant a pell de > 10 cm. Infiltra plans musculars i envolta el paquet vasculonerviós axil·lar. Al TAC previ, la lesió tenia nòduls sòlids suggestius d'adenopaties de gran mida axil·lars. Suggereix valorar lesions autoimmunes i gèrmens atípics.

En aquest punt, la pacient arriba al nostre servei d'Urgències el dia 01/07/2015.

Exploració física

Úlcera en cara interna del braç esquerra extensa, amb exposició de plans profunds i úlcera de cara externa més localitzada, amb trajecte intern cap a aixella. Supuració serosa sanguinolenta. Empastament axil·lar. Resta d'exploració dins la normalitat. **Figura 1.**



Figura 1

Proves complementàries realitzades a Urgències:

Des de el nostre Servei, sol·licitem:

1. Analítica sanguínia amb hemograma i fórmula, hemostàsia i bioquímica general. Destaca discreta anèmia microcítica hipocroma, mínima leucocitosi amb neutrofília i hiperglucèmia de 148 mg/dL
2. Cultiu de la supuració de la ferida. **Figura 2**. S'identifica sobreinfecció per *Staphylococcus aureus*. L'antibiograma es mostra en la figura 3. Es realitza també detecció per micobacteris de la mostra amb tècnica PCR.

Cultiu abscess

37273450	
Tinció de Gram de la mostra	Fet
Cèl.lules	S'observen 1-9 cèl.lules epit./c. de baix augment
Leucòcits PMN	S'observen 1-9 leucòcits PMN/camp de baix augment
Fosfomicina	Sensible (<=32)
Identificació microorganisme	Staphylococcus aureus
Clindamicina	Sensible (<=0,25)
Screening de Cefoxitina	NEGATIU (<=4)
Daptomicina	Sensible (<=1)
Eritromicina	Sensible (<=0,5)
Àcido Fusídico	Sensible (<=2)
Inducció a la Clindamicina	
Linezolid	Sensible (<=2)
Mupirocina	Sensible (<=4)
Oxacilina	Sensible (<=0,25)
Penicilina	BLAC (>0,25)
Rifampicina	Sensible (<=0,5)
Tetraciclina	Sensible (<=1)
Teicoplanina	Sensible (<=1)
Vancomicina	Sensible (1)
Amicacina	Sensible (<=8)
Amox/A Clav	Sensible (<=4/2)
Ciprofloxacina	Resistent (>2)
Nitrofurantoina	
Gentamicina	Intermig (8)
Levofloxacina	Resistent (4)
Trimet/Sulfa	Sensible (<=1/19)
Tobramicina	Intermig (8)

LIQUID BIOLOGIC

LIQUID-M.tuberculosis ADN (PCR) No es detecta
 En mostres extrapulmonars la sensibilitat de la detecció per PCR és notablement inferior, per tant un resultat negatiu no descarta la possibilitat d'infecció micobacteriana.
 LIQUID-M.leprae ADN No es detecta

Figura 2

3. TAC toràcic. **Figura 3**. Abscés axil·lar associat a miositis i cel·lulitis de l'hemitòrax esquerre i extremitat superior esquerra.

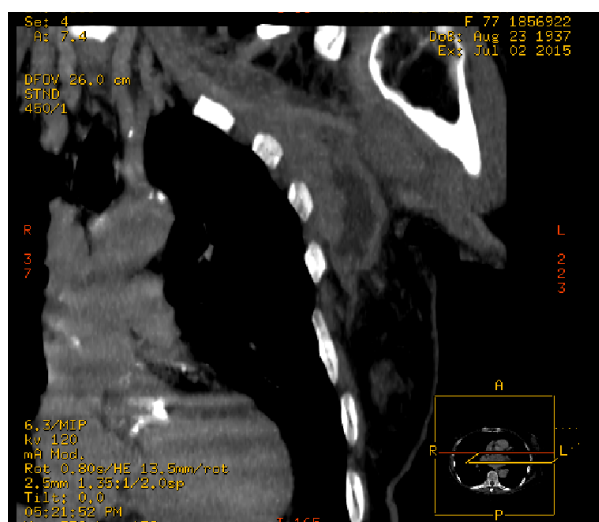
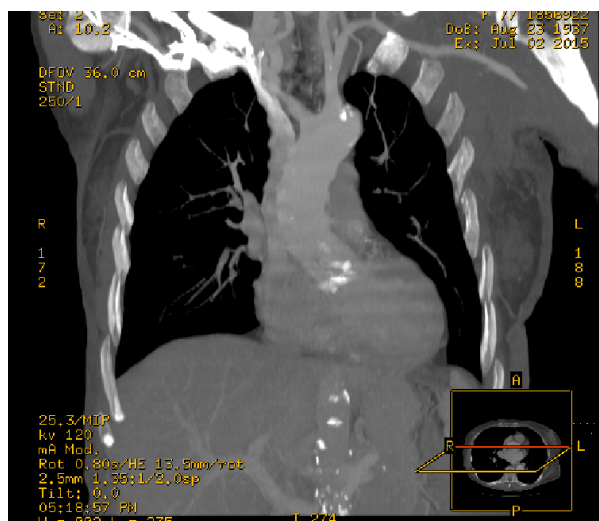


Figura 3

4. Biòpsies seriades de les vores de les ferides. Pendent de realitzar durant l'hospitalització, de forma programada.
5. Radiografies simples de tòrax i braç. Sense signes d'afectació òssia.

Diagnòstic diferencial a Urgències

1. **Fascitis necrosant.** La primera opció diagnòstica davant d'una imatge com la nostra és aquest diagnòstic. En el curs natural de les infeccions bacterianes, l'evolució d'un any descarta el quadre, deixant pas a d'altres diagnòstics diferencials.
2. **Lepra.** Es va parlar amb microbiologia per sol·licitar cultius específics per micobacteris (pensant específicament en lepra), que va descartar-se.
3. Considerant que la pacient porta múltiples tandes antibiòtiques i un any d'evolució de les lesions, l'**Ectima gangrenós** (figura 4) desenvolupat sobre pacient

immunocompromès és una entitat a considerar. Es tracta també d'una entitat de ràpida evolució clínica.

Ecthyma gangrenosum



Necrotic skin lesion due to *Pseudomonas aeruginosa* at the exit site of a Hickman catheter in a neutropenic patient with acute leukemia.

Courtesy of Charles V Sanders, MD.

UpToDate®

Figura 4

4. **Pioderma gangrenós.** Figura 5. Clínicament molt semblant a l'anterior. Clínicament progressa molt més ràpidament (1-2 cm /dia) i el seu diagnòstic és anatomopatològic.

Pyoderma gangrenosum



A purulent ulcer is present on the extremity. Reproduced with permission from: www.visualdx.com. Copyright Logical Images, Inc.

UpToDate®

Figura 5

5. **Úlceres no infeccioses.** Hi ha un ventall ampli d'etiologies no infeccioses malgrat no encaixen amb l'abscessificació i supuració (tumors cutanis, úlceres vasculars,...). Cal realitzar biòpsies seriades de les vores de les úlceres per descartar aquestes etiologies.

Evolució clínica i proves complementàries realitzades fora d'urgències

La pacient ingressa en medicina interna a l'espera de resultat de les proves realitzades en urgències. Amb un diagnòstic inicial de possible miositis sobreinfectada i amb el

resultat del cultiu que confirma la sobreinfecció per *S. aureus*, iniciem cloxacil·lina + clindamicina durant 14 dies. En cultiu del dia 04/07 s'obté resultat positiu per *Pseudomonas aeruginosa* (veure antibiograma, figura 6). Es canvia pauta antibiòtica a Piperacil·lina-Tazobactam durant 7 dies. El dia 20 es realitzen les biòpsies seriades, realitzant-se el diagnòstic etiològic de *limfoma cutani de cèl·lula gran anaplàstic*. En un segon centre es va realitzar re biòpsia amb estudis immunohistoquímics, i es conclou que molt més probablement es tracti d'un limfoma de Hodgkin de presentació cutània. La sobreinfecció cronicada per diferents gèrmens durant l'any amb abscessificació secundària afegida a la dificultat de diagnòstic dels processos limfoproliferatius va demorar durant mesos l'inici del tractament etiològic.

Cultiu exsudat ferida

	37289545
Cèl·lules	S'observen 10-24 cèl·lules epit./c. baix augment
Leucòcits PMN	S'observen >25 leucòcits PMN/camp de baix augment
Colistina	Intermig (4)
Identificació microorganisme	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Amp/Sulbactam	R* (>16/8)
Aztreonam	Resistent (>16)
Meropenem	Intermig (4)
Minociclina	R* (>8)
Tigeciclina	
Amicacina	Sensible (16)
Ceftazidima	IB (4)
Ciprofloxacina	Resistent (>2)
Cefepima	Sensible (8)
Fosfomicina	
Gentamicina	Sensible (4)
Imipenem	Intermig (4)
Levofloxacina	Resistent (>4)
Pip/Tazo	Intermig (32)
Trimet/Sulfa	R* (>2/38)
Ticarclina	Intermig (64)
Tobramicina	Sensible (<=2)

Figura 6

El 4 de setembre iniciem quimioteràpia amb pauta ABVD-filgastrim (adriamicina, bleomicina, vinblastina i dacarbicina). Actualment s'ha realitzat dos sessions i resten 3 pendents. La úlcera ha millorat de forma considerable malgrat al setembre torna a tenir cultiu positiu per *Pseudomonas* i *E. faecalis*. Es va realitzar Gentamicina + Ciprofloxacino, amb bona resposta.

Diagnòstics finals

Limfoma de hodgkin de presentació cutània amb abscessificació per sobreinfecció polimicrobiana.

Discussió

Pseudomonas aeruginosa és un dels bacils gramnegatius a tenir més en conte en les infeccions per gramnegatius. El seu caràcter oportunista en infeccions nosocomials i hostes immunocompromesos i la seva habitual resistència a múltiples tractaments fan d'ell un bacteri complicat de tractar. En teixits tous, la seva principal forma de presentació és l'ectima gangrenós, que es tracta d'una ulceració que s'estén per epidermis i a la profunditat de la dermis, que sol presentar marges violacis i que apareix per la infiltració de les bactèries de la íntima i l'adventícia dels vasos fent secundàriament necrosi isquèmica. És una entitat clínica molt descrita en bacterièmies en pacients immunodeprimits. Malgrat la lesió no és patognomònica de *P. aeruginosa*, la seva presència orienta molt a la seva etiologia, malgrat en el nostre cas, la persistent sobreinfecció per *Pseudomonas* es presenta en forma de cel·lulitis, descartant l'ectima per clínica i anatomia patològica. El tractament empíric recomana doble teràpia antipseudomonas donades les altes resistències. Nosaltres no vàrem iniciar tractament fins tenir antibiograma donat el desconeixement etiològic i el llarg historial d'antibioticoteràpia en l'últim any.

El limfoma de Hodgkin deriva de les cèl·lules B germinals. Té una minoria de cèl·lules neoplàsiques (cèl·lules de Reed-Stenberg) en un fons inflamatori. Hi ha dos grans grups: la forma clàssica, que no expressa molts dels gens que defineixen una cèl·lula normal germinal B, i el limfoma nodular amb predomini limfocitari, que si mostren les característiques immunofenotípiques de les cèl·lules B germinals. La seva incidència a Europa és de 2.4 casos /100.000 persones, presenta un patró d'edat bimodal que, curiosament, varia en funció del nivell socioeconòmic de la zona. La major part dels pacients debuten amb dolor per una limfadenopatia localitzada, generalment en zona cervical. La presentació cutània d'aquest tipus de limfoma és inferior al 5% dels casos, un dels punts que fan molt interessant el nostre cas. Els trastorns limfoproliferatius són difícils de diagnosticar, havent 6 anys de mitja des de l'inici clínic fins el diagnòstic etiològic. Aquesta dificultat es dona pel patró histològic inespecífic inicial. El pronòstic després del

tractament quimioteràpic és molt bo malgrat la freqüència de recidives és alta i les complicacions per toxicitat del tractament inclouen la mort del pacient.

Bibliografia

Uptodate: Approach to the patient with a diagnosis of atypical lymphocytic infiltrate of the skin. Jeffrey Zwerner. Revisat el dia 08-10-2015.

http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-a-diagnosis-of-atypical-lymphocytic-infiltrate-of-the-skin?source=search_result&search=limfoma+hodgkin+cutaneo&selectedTitle=1%7E33

Uptodate: Epidemiology, pathologic features, and diagnosis of classical Hodgkin lymphoma. Jon C Aster. Revisat el dia 08-10-2015. http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathologic-features-and-diagnosis-of-classical-hodgkin-lymphoma?source=search_result&search=limfoma+hodgkin&selectedTitle=4%7E150

Uptodate: Necrotizing soft tissue infections. Dennis L Stevens. Laary M Baddour. Revisat el dia 08-10-2015. http://www.uptodate.com/contents/necrotizing-soft-tissue-infections?topicKey=ID%2F7662&elapsedTimeMs=7&source=search_result&searchTerm=fascitis+necrotizante&selectedTitle=1%7E90&view=print&displayedView=full#

Uptodate: Clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of nodular lymphocyte-predominant Hodgkin lymphoma. Peter M Mauch, Jon C Aster, Ann S Lacaste. Revisat el

08-10-2015.

http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-pathologic-features-and-diagnosis-of-nodular-lymphocyte-predominant-hodgkin-lymphoma?source=search_result&search=presentacion+clinica+limfoma+hodgkin&selectedTitle=2%7E150

Pseudomonas aeruginosa skin, soft tissue, and bone infections. Souha S Kauj, Daniel J Sexton. Revisat el 09-10-2015. http://www.uptodate.com/contents/pseudomonas-aeruginosa-skin-soft-tissue-and-bone-infections?source=search_result&search=pseudomonas+skin&selectedTitle=1~150

Epidemiology, microbiology, and pathogenesis of Pseudomonas aeruginosa infection. Souha S Kauj, Daniel J Sexton. Revisat el 09-10-2015. http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-microbiology-and-pathogenesis-of-pseudomonas-aeruginosa-infection?source=see_link

Pyoderma gangrenosum: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. Courtney Schadt. Revisat el 11-10-2015. http://www.uptodate.com/contents/pyoderma-gangrenosum-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?source=see_link

Manejo diagnóstico y terapéutico de las úlceras cutáneas infectadas. M Paula Fernandez Sarratea.

http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1767/61/00610065_LR.pdf