Lesiones papulopustulosas en las extremidades inferiores de un paciente joven

Rosa Giménez-García[a], María Sarobe[b] y Pilar Pascual[b]

[a]Sección de Dermatología. [b]Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Rio Hortega. Valladolid. España.

Caso clínico

Paciente varón de 29 años de edad, con antecedentes personales de acné e hidrosadenitis, sin tratamiento en los últimos años. Es deportista de alta competición. Acude a la consulta de dermatología por presentar unas lesiones supurativas, localizadas en las extremidades inferiores de unos 7 meses de evolución, cuyo desarrollo relacionó con una depilación con cera fría llevada a cabo en una peluquería. El paciente no refiere haber estado en sauna, balneario, etc., y aunque dispone de gimnasio y piscina en el centro de alto rendimiento donde reside, no se conocen otros casos de residentes afectados. A la exploración se observaron lesiones papulopustulosas, algunas centradas por un pelo, localizadas en las extremidades inferiores, esencialmente en la región de los muslos (fig. 1). Se realizó toma de muestras de las lesiones y se remitieron al laboratorio de Microbiología.

Diagnóstico y evolución

A las 24 h de incubación en las placas de agar sangre y agar chocolate crecieron unas colonias mucosas correspondientes a una bacteria gramnegativa que se identificó como *Pseudomonas aeruginosa*. De esta forma se estableció el diagnóstico de foliculitis por *P. aeruginosa* y se instauró tratamiento con ciprofloxacino a dosis de 500 mg/12 h durante 10 días, con resolución de las lesiones. Actualmente persisten las lesiones de acné e hidrosadenitis, siendo los controles bacteriológicos de la foliculitis negativos.

Figura 1. Lesiones papulopustulosas localizadas en las extremidades inferiores.

Comentario

P. aeruginosa es un bacilo gramnegativo, aerobio, productor de oxidasa y catalasa, móvil gracias a la existencia de un flagelo polar. Produce varios tipos de pigmentos hidrosolubles, siendo los más frecuentes la piocianina y la pioverdina. Es una bacteria ubicua, presentando especial afinidad por los húmedos. Puede aislarse en plantas, animales de sangre fría y caliente, alimentos, etc[1]. En seres humanos, los pliegues de la piel, donde la humedad es más frecuente, y el conducto auditivo externo son las regiones donde la colonización por esta bacteria es más común. Requiere mínimas condiciones y resiste elevadas concentraciones de sal, colorantes, antisépticos poco activos y a muchos de los antibióticos utilizados habitualmente[2,3]. Con estas características es comprensible que *P. aeruginosa* sea una causa importante de infección nosocomial[4].

Las manifestaciones cutáneas de las infecciones por *P. aeruginosa* abarcan un gran número de procesos de muy diverso pronóstico. En personas sanas no es frecuente que invadan tejidos, a no ser que penetren en la piel a través de una herida o fisura donde se den condiciones de humedad y/o maceración[5]. La foliculitis por *P. aeruginosa* en personas jóvenes sanas se ha descrito entre los que frecuentan baños en aguas contaminadas (saunas, baños termales, *jacuzzis*, piscinas, etc.)[6,7], emplean esponjas colonizadas[8] y también casos tras una depilación[9], ya que la dilatación de los poros facilita la penetración de la bacteria en la piel[10].

Las lesiones se caracterizan por pápulas pustulosas de base eritematosa y pruriginosas, que pueden recordar picaduras de mosquito. Suelen ser autolimitadas.

Se recomienda tratamiento tópico pero si la infección es persistente o el paciente es inmunodeprimido suele ser necesaria antibioterapia oral.

Correspondencia: Dra. R. Giménez-García.
Pago de la Barca, 115. 47151 Boecillo. Valladolid. España.
Correo electrónico: rosagim@hotmail.com

Recibido el 29-10-2004; aceptado el 24-2-2005.

Bibliografía

1. El Baze P, Lacour JP, Ortonne JP. Le *Pseudomonas aeruginosa* en Dermatologie. Ann Dermatol Venereol. 1985;112:925-34.
2. Cisterna R. Características generales de *Pseudomonas* y otros agentes bacterianos afines. Poder patógeno de *P. aeruginosa*. Rev Clin Esp. 1998; 198:3-9.

3. Gobernado M. Antibióticos activos frente a *Pseudomonas aeruginosa* y su uso clínico. Rev Clin Esp. 1998;198:25-9.
4. Cao B, Wang H, Zhu Y, Chen M. Risk factors and clinical outcomes of nosocomial multi-drug resistant *Pseudomonas aeruginosa* infections. J Hosp Infect. 2004;57:112-8.
5. Giménez Arnau AM. *Pseudomonas aeruginosa:* Microbiología e infección cutánea primaria. Actas Dermosifiliogr. 2000;12:913-23.
6. Berger RS, Seifert MR. Whirlpool folliculitis: a review of its cause, treatment, and prevention. Cutis. 1990;45:97-8.
7. Jiménez J, Palomo A, Castañeda S, Castro A, Barat A. Foliculitis por *Pseudomonas*. Actas DermoSifiliogr. 1984;75:369-72.
8. Kitamura M, Kawai S, Horio T. *Pseudomonas aeruginosa:* a sporadic case from use of a contaminated sponge. Br Jof Dermatol. 1998. p. 159-360.
9. García Patos V, Castells A. Infecciones cutáneas por *Pseudomonas aeruginosa*. Piel. 1995;10:45-64.
10. Giménez Arnau AM. Infecciones cutáneas y subcutáneas por *Pseudomonas aeruginosa*. En: Drobnic L, editor. Infecciones en dermatología. Barcelona: Giménez Camarasa; 2003. p. 281-90.