



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2619 - Doctor, esto va a peor

L. Gómez Sánchez<sup>a</sup>, Y. Canellas Criado<sup>b</sup>, I. Arroyo Rico<sup>c</sup>, E. Téllez Suárez<sup>c</sup>, M.P. Villanueva Morán<sup>d</sup>, R. Rodríguez Rodríguez<sup>e</sup>, G. Izquierdo Enríquez<sup>f</sup>, D. Sánchez-Migallón Moreno<sup>g</sup>, F. Conejero Fernández-Galiano<sup>h</sup> y V.R. Oscullo Yepes<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monóvar. Madrid. <sup>b</sup>Facultativo Especialista de Área de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monóvar. Área del Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barajas. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gandhi. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 57 años con lesión en dorso de primer dedo de mano derecha, aspecto papular, base eritematosa y leve tumefacción. Se pauta antibioterapia. Tras una semana, presenta extensión de las lesiones, con distribución lineal, a dorso de mano y antebrazo, aspecto pápulo-nodular, violáceas, fluctuantes. El paciente comenta trauma previo con cactus. Ante la nueva sospecha de esporotricosis, se deriva a dermatología (biopsia) y se pauta Iatroconazol. 1 semana después se observa secreción de las lesiones, se recoge exudado. El paciente persiste sin mejoría y abcesificación de las lesiones, se drenan. El paciente comenta que posee un acuario que limpia el mismo.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: lesiones papu-nodulares, violáceas, distribución esporotricóide, tendencia a la abcesificación. Exudado: *Klebsella* y *Serratia*. Biopsia: marcada paniculitis crónica septal, tejido de granulación, neutrófilos. 5 BAAR/100 campos en la tinción con auramina. Gram, Ziehl-Neelsen, PAS y Grocott: negativos.

**Juicio clínico:** Micobacteriosis cutánea.

**Diagnóstico diferencial:** Celulitis o esporotricosis.

**Comentario final:** Las infecciones por *Micobacterium marinum* poseen un retraso en su diagnóstico (media de 32 días) o la falta del mismo, debido a su clínica inespecífica, biopsia no patognomónica y cultivo que requiere sospecha clínica (medio Lowenstein-Jensen a 25-35° durante 20-30 días). El 84% de los pacientes poseen acuarios y el 32% han presentado un trauma previo, lo que convierte a la anamnesis en una herramienta primordial a la hora de establecer un diagnóstico diferencial. Las infecciones por *Micobacterium* son de difícil diagnóstico y una buena anamnesis es fundamental.

## Bibliografía

1. Farr JA. Incubation Period and Sources of Exposure for Cutaneous *Mycobacterium marinum* Infection: Case Report and Review of the Literature. CID. 2000;31.
2. Jason Pui-yin Cheung BF, Samson Sai-yin W, Wing-yuk IP. Mycobacterium marinum infection of the hand and wrist. Journal of Orthopaedic Surgery. 2010;18:98-103.

3. Scarparo CP. Extrapulmonary Infections Associated with Nontuberculous Mycobacteria in Immunocompetent Persons. *Emerging Infectious Diseases*. 2009;15.
4. Takanori Asakura M, Ishii M, Kikuchi T, et al. Disseminated Mycobacterium marinum Infection With a Destructive Nasal Lesion Mimicking Extranodal NK/T Cell Lymphoma. *Medicine*. 2016;95.

*Palabras clave:* Micosis cutáneas. Infecciones dermatológicas.