



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3810 - UNA ÚLCERA CON SORPRESA

M. Pernía Suárez<sup>a</sup>, I. Sánchez García<sup>a</sup>, R. Martín Armas<sup>a</sup> y R. García Arencibia<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Gregorio. Las Palmas. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Gregorio. Las Palmas.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47 años, fumadora, AP de DM1 secundaria, complicaciones metadiabéticas, DLP, HTA, FA. Consulta por presentar úlcera en dedos y dorso de pie derecho que ha aumentado de tamaño tras traumatismo casual hace un mes. No dolor local. No clínica a otros niveles. No contacto con animales ni conductas de riesgo.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, eupneica, afebril. ACP: normal. Abdomen normal. NRL: pérdida de sensibilidad vibratoria y propioceptiva distal simétrica. Pulsos pedios presentes y simétricos. No signos de IVC. Lesión ulcerativa, dorso de pie derecho, serpiginosa con extensión interdigital, bordes blanquecinos bien definidos ligeramente sobreelevados. Fondo con tejido de granulación y esfacelos superficiales sin necrosis. Islotes de piel. Analítica: anemia normocítica normocrómica, fórmula leucocitaria normal, VSG 75, PCR 5, función hepática y renal normales. Exudado de herida y cultivo: positivo para *Enterococcus faecalis* multisensible. Con diagnóstico de úlcera sobreinfectada en pie diabético PEDIS 3, se instauro tratamiento con amoxicilina-clavulánico sin mejoría tras 14 días de ATB. Se realiza IC a UEI. Biopsia y cultivo de úlcera: granulomas con focos de necrosis caseosa central. Tinción BAAR dudosa. Cultivo positivo para *C. albicans*. Cultivo de micobacterias pendiente. Baciloscopia esputo negativa. Rx tórax: infiltrado en LID. TAC tórax: sin signos TBC pulmonar. Hemocultivos negativos. PCR de exudado: *M. tuberculosis* +. Mejoría clínica con posterior negativización de PCR tras tratamiento con RIF+INH+PYR 2 meses (+ levofloxacino 2 semanas y fluconazol 1 mes) seguido de RIF+INH 4 meses.

**Orientación diagnóstica:** Tuberculosis cutánea.

**Diagnóstico diferencial:** Úlcera vascular, pie diabético, infección profunda por *Nocardia*/*Actinomyces*, vasculitis.

**Comentario final:** La TBC continúa siendo una patología prevalente, en parte debido al aumento de pacientes inmunodeprimidos (DM, SIDA, corticoides), lo que lleva a un aumento de presentaciones menos frecuentes, como la TBC cutánea. En pacientes con inmunosupresión, pueden ser múltiples agentes causales, lo que dificulta el estudio. La inmunodepresión facilita la diseminación a piel y transmisión interpersonal. Es importante el estudio de contactos de los pacientes desde Atención Primaria.

### Bibliografía

1. Odom RB. Dermatología clínica. En: Andrews, ed. Enfermedades por micobacterias. Ediciones 2012; p. 420-1.

2. Fitzpatrick TB. Dermatología en medicina general. En: Oxemberg J, Patrone U. Tuberculosis, 7ª ed. Editorial Médica Panamericana S.A. 2015; p. 2188-92.

**Palabras clave:** Tuberculosis cutánea. Úlcera. Pie diabético.