

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesión supurativa y ulcerada de evolución tórpida en varón de 80 años

Mar Blanes Martínez e Isabel Belinchón Romero

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.

157

Varón de 80 años de edad, originario de Sierra Leona y residente en España en los últimos 12 años. El paciente negaba antecedentes patológicos de interés y no tomaba ninguna medicación. Acude a nuestra consulta por presentar en el área lumbosacra una lesión cutánea de una semana de evolución que le originaba discretas molestias a la palpación.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración física se apreciaba un área indurada a la palpación de aproximadamente 3 cm cuyo centro se hallaba erosionado, con tejido de granulación en su base y que drenaba material purulento a la presión (fig. 1). El estado general del paciente estaba conservado, y en ningún momento se objetivó fiebre.

EVOLUCIÓN Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Inicialmente se pautó tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral y solicitamos cultivo del material purulento que fue positivo para *Esche-*

richia coli. El paciente completó el tratamiento, con buena evolución y disminución de la tumefacción, aunque persistía el área erosionada así como la supuración. Un mes más tarde se hizo evidente que la lesión no curaba, por lo que se programó para realizar una biopsia-extirpación de la lesión con finalidad diagnóstica. Durante este procedimiento se observó que la lesión prácticamente había reepitelizado, pero en sus proximidades había aparecido un nódulo de consistencia elástica, de unos 3-4 cm de diámetro, que correspondía a un absceso. Se procedió al drenaje quirúrgico del mismo, con recogida de muestras para examen histológico y bacteriológico, tanto de la piel como del material purulento. En esta ocasión también se solicitaron cultivos para hongos y micobacterias.

El examen histopatológico demostró que el material remitido correspondía a la pared de un absceso, y las tinciones de Ziehl y PAS no detectaron la presencia de microorganismos. Los cultivos microbiológicos fueron nuevamente positivos para *E. coli* y negativos para hongos y micobacterias. Se inició otro curso de tratamiento antibiótico con ciprofloxacino oral y nuevamente la mejoría fue transitoria. Ante la persistencia del cuadro y los resultados del cultivo solicitamos una resonancia magnética para descartar patología de origen interno.

Correspondencia: Dra. M. Blanes Martínez.
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante.
Pintor Baeza, s/n. 03010. Alicante. España.
Correo electrónico: blanes_marmar@gva.es

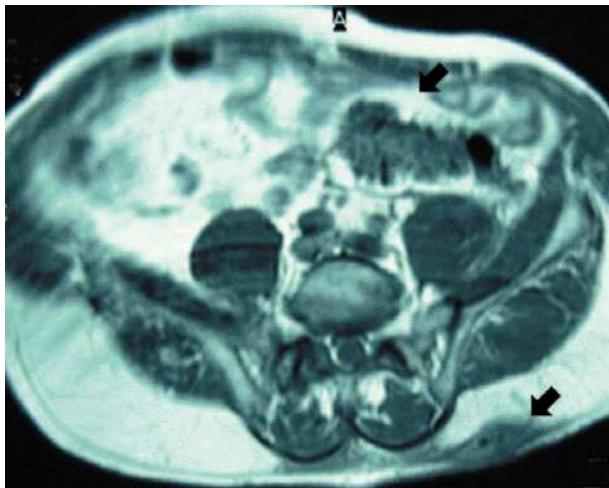


Figura 2. Las flechas señalan una imagen hipointensa en el tejido celular subcutáneo y el colon patológico, de paredes engrosadas, en este corte transversal de resonancia magnética.

DIAGNÓSTICO

Fístula colocutánea.

EVOLUCIÓN

La resonancia mostró la existencia de un nuevo absceso en tejido celular subcutáneo, el cual conectaba a través de un trayecto fistuloso con el colon; asimismo existía un engrosamiento de la pared del sigma (figs. 2 y 3).

El paciente fue remitido al servicio de digestivo para completar el estudio y tratamiento. Las pruebas realizadas demostraron la existencia de una diverticulitis como origen de la fístula. Tras suspender la antibioterapia el absceso se reprodujo, por lo que el paciente fue ingresado para ser intervenido quirúrgicamente.

158

COMENTARIO

Las fístulas gastrointestinales aparecen con mayor frecuencia como complicación de la cirugía abdominal (75-85% de los casos), aunque también pueden suceder espontáneamente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal¹. La diverticulitis del colon explica el 1-12% de los casos². De este último grupo sólo el 3% son fístulas colocutáneas³. Con independencia de la causa, la filtración de los fluidos intestinales inicia una cascada de eventos: infección localizada, formación de abscesos y, como resultado del foco séptico, la formación de una fístula⁴.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En este caso resulta particularmente infrecuente el origen de la fístula colocutánea espontánea en una diverticulitis colónica, así como la presentación atípica de evolución tórpida que obligó al diagnóstico diferencial fundamentalmente con las siguientes entidades:

Infección por micobacterias. La tuberculosis cutánea es poco frecuente en los países occidentales, pero en cualquiera de sus formas presenta áreas de inflamación granulomatosa que pueden ulcerarse o fistulizar y drenar material caseoso. La infección por micobacterias atípicas



Figura 3. En este corte sagital la flecha indica una imagen patológica entre el colon y el tejido celular subcutáneo.

puede cursar con formación de nódulos que igualmente pueden fistulizar. En ambos casos habría una respuesta irregular a los tratamientos antibióticos habituales^{4,5}.

Infección por hongos. Las micosis subcutáneas o micosis de implantación se producen cuando hongos del medio ambiente son introducidos en el tejido celular subcutáneo a través de un traumatismo penetrante. Son infrecuentes en nuestro entorno, y en este paciente no existía tal antecedente. Por otro lado, las micosis sistémicas afectan a tejidos profundos y tienden a la diseminación. La afectación de la piel de forma primaria o secundaria es poco frecuente⁶.

Infección por *Actinomyces israelí*. Esta infección cursa con formación de abscesos que tienden a fistulizar en la piel. La afectación cutánea puede ser primaria o secundaria. En el material drenado aparecen los característicos gránulos de azufre, que en ningún momento se observaron en nuestro paciente⁷.

Neoplasias. Los tumores cutáneos primarios como el carcinoma basocelular, el carcinoma espinocelular o el melanoma pueden cursar como úlceras de evolución tórpida. A menudo presentan bordes irregulares, crecimiento continuo y mala respuesta al tratamiento antibiótico habitual. También se puede considerar en este apartado la invasión de la piel por tumores de órganos internos por contigüidad o los tumores metastásicos.

Pioderma gangrenoso. Son características de esta enfermedad las úlceras de evolución tórpida con mala respuesta a los tratamientos habituales.

Linfomas/leucemias. Estas neoplasias pueden originar ocasionalmente ulceraciones en la piel. La leucemia que afecta a la piel con más frecuencia es la leucemia monocítica.

Úlceras por presión. El área lumbosacra es una localización típica para las úlceras por presión, pero, para su desarrollo, éstas requieren inmovilización y mal estado general, situaciones que no se encontraban presentes en nuestro paciente.

Cuerpos extraños. Esta posibilidad debe considerarse ocasionalmente como responsable de lesiones ulceradas que no se resuelven hasta la extracción del elemento causal.

Úlceras artefactas. Algunos pacientes obtienen beneficio de su condición de enfermos, por lo que manipulan las lesiones o incumplen los tratamientos. Este diagnóstico debe plantearse siempre como un diagnóstico de exclusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berry SM, Fischer JE. Classification and pathophysiology of enterocutaneous fistulas. *Surg Clin N Am* 1996;76:1009-18.
2. Falconi M, Pederzoli P. The relevance of gastrointestinal fistulae in practice. A review. *Gut* 2001;49:iv2-10.
3. Vasilevsky CA, Belliveau P, Trudel JL, Stein BL, Gordon JL. Fistulas complicating diverticulitis. *Int J Colorectal Dis* 1998;13:57-60.
4. Lantos G, Fischer BK, Contreras M. Tuberculous ulcer of the skin. *J Am Acad Dermatol* 1988;19:1067-72.
5. Salem JI, Gadelha AR, Maroja F, David HL. Non-cultivable mycobacteria in ulcers of the skin. *Acta Leprol* 1989;7:10-5.
6. Tomecki KJ, Steck WD, Hall GS, Dijkstra JW. Subcutaneous mycoses. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:785-90.
7. Warren NG. Actinomycosis, nocardiosis, and actinomycetoma. *Dermatol Clin* 1996;14:85-95.