



CARTA CLÍNICA

Ectima



Ecthyma

Mujer de 44 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina sódica 100, que consulta por presentar una lesión de 2 semanas de evolución, localizada en la espalda a nivel del área interescapular de 2×2 cm con fondo exudativo y aspecto fibrinoso y bordes eritematosos y sobreelevados que sangran al roce, no dolorosa y sin afectación generalizada (fig. 1). Se procede a recoger muestra de exudado para cultivo y se realiza consulta a través del Servicio de Teledermatología disponible en nuestra área que permite consultar con el dermatólogo vía Web.

Con diagnóstico de sospecha de ectima, se le pauta a nuestra paciente ácido fusídico como tratamiento local y cloxacilina 500 mg vía oral cada 6 h y se le cita a la semana para ver evolución y resultados del cultivo.

La consulta con Teledermatología nos aporta el ectima como primer diagnóstico, no descartándose la posibilidad de poder tratarse de un granuloma piogénico si la evolución no es favorable.

A la semana acude la paciente con la lesión en estado de resolución (fig. 2). El cultivo de la lesión resulta negativo.

El ectima es una piodermatitis ulcerativa causada habitualmente por *Streptococcus pyogenes*¹⁻³. Por lo general es



Figura 2 La misma lesión, en resolución después de una semana de tratamiento.

consecuencia de un impétigo no tratado que se extiende en profundidad¹⁻³, dando lugar a la formación de una úlcera profunda bien delimitada recubierta de costras necróticas adheridas. Se acompaña de linfangitis y linfadenitis regional. Las lesiones ectimatosas pueden originarse a partir de una piodermatitis primaria, dentro de una dermatosis preexistente, o en puntos en los que se ha producido un traumatismo previo³.

Aparece con más frecuencia en niños o pacientes inmunodeprimidos².

La localización más frecuente es en brazos y piernas, aunque hay descritas localizaciones en casi toda la superficie cutánea.

Curan dejando una cicatriz residual.

Las complicaciones del ectima son infrecuentes y se caracterizan por la extensión a otras áreas de la piel y el desarrollo de bacteriemia y glomerulonefritis secundarias³. Se presentan con mayor frecuencia en pacientes diabéticos e inmunocomprometidos².

El diagnóstico es clínico y se confirma con Gram y cultivo de frotis de la úlcera.

El diagnóstico diferencial tiene que establecerse sobre todo con el ectima gangrenoso producido por *Pseudomonas* (escara necrótica verdosa en el centro), con el granuloma piogénico y con el pioderma gangrenoso, entidad esta última de relevancia ya que se asocia a las enfermedades



Figura 1 Lesión en la espalda de bordes eritematosos y sobreelevados con fondo blanquecino y supurativa.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.09.008>

1138-3593/© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

inflamatorias intestinales o discrasias sanguíneas; es por ello que ante la presencia de una lesión ulcerosa cutánea de evolución rápida en un paciente que no mejora claramente con el tratamiento local, con cultivos negativos y sin respuesta al tratamiento antibiótico, se debe sospechar la posibilidad de un pioderma gangrenoso³.

El tratamiento combina antibioticoterapia sistémica y tópica⁴⁻⁷.

En el ámbito de la atención primaria, al médico de familia se le presentan casos que pese a ser poco frecuentes resultan muy interesantes. Y más si se trata de la dermatología, especialidad tan complicada por la similitud de las lesiones.

Especial interés tiene mencionar el aporte indiscutible que ha tenido la introducción del uso de las nuevas tecnologías, como el caso de la Teledermatología, en nuestra área, que evita desplazamientos al enfermo y fluidez bidireccional con el dermatólogo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Agradecimientos

Al Dr. Pablo Bautista Martínez, del Servicio de Dermatología del Hospital Santa Bárbara de Puertollano.

Bibliografía

1. Sadick. NS. Current aspects of bacterial infections of the skin. *Dermatol Clin.* 1997;15:341–9.
2. Pichichero ME. Group of betahemolytic streptococcal infections. *Pediatr Rev.* 1998;19:291–302.
3. Haro R, Toharo DH, Aguilar-Shea AL, Revelles JM, Requena L. Pioderma gangrenoso: revisión de cinco casos. *Semergen.* 2009;35:406–9.
4. Porras B, Costner M, Fredman-Kien AE, Cockerell CJ. Update on cutaneous manifestations of HIV infection. *Med Clin North Am.* 1998;82:1033–80.
5. Hewitt WD, Farra WE. Bacteremia and ecthyma caused by *Streptococcus pyogenes* in a patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Med Sci.* 1988;295:52–4.
6. George A, Rubin G. A systematic review and meta-analysis of treatment for impetigo. *Br J Gen Pract.* 2003;53:480–7.
7. Dagan R, Bar-David Y. Double blind study comparing erythromycin and mupirocin for treatment of impetigo in children: Implications of a high prevalence of erythromycin-resistant *Staphylococcus aureus* strains. *Antimicrob Agents Chemother.* 1992;36:287–90.

M.A. Babiano Fernández

Medicina de Familia y Comunitaria, EAP Argamasilla de Calatrava, Argamasilla de Calatrava, Ciudad Real, España
Correo electrónico: mababiano@sescam.jccm.es