



Caso clínico. Enfermedades infecciosas

Manejo del ectima gangrenoso por *Staphylococcus aureus*

Paula del Carmen Montes Araujo^a, M.^ª José Muñoz Vilches^b

^aMIR-Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

^bServicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Publicado en Internet:

31-marzo-2023

Paula del Carmen Montes Araujo:
paulamontes8@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El ectima gangrenoso es característico de una infección severa por *Pseudomonas aeruginosa* en personas inmunodeprimidas. Se han descrito otras etiologías en inmunocompetentes.

Presentamos dos casos por *Staphylococcus aureus* con diferente repercusión.

CASO 1

Varón de 22 meses con escabiosis persistente que consulta por fiebre alta de 24 horas y lesiones necróticas de predominio en cara y miembros inferiores (MMII).

Exploración: lesiones costrosas en comisura bucal izquierda y en pabellón auricular derecho. En glúteo, raíz de muslo derecho y dedos de los pies, lesión exudativa amplia muy eritematosa y varias costrosas en tercio inferior de ambos MMII, con halo eritematoso y exudativas (Fig. 1).

Análítica: destacan los leucocitos 15110, neutrófilos 8890; proteína C reactiva 56,4 mg/L.

Se ingresa para antibioterapia intravenosa con cefuroxima y clindamicina.

Evolución favorable, curva febril que remite al 4.º día. Estudio de extensión de bacteriemia por *S. aureus* sin hallazgos patológicos (Fig. 2).

Hemocultivo negativo; en cultivo de las lesiones se aísla *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (SAMR) y se cambia a ciprofloxacino intravenoso.

Ante mejoría clínica, analítica (PCR 20 mg/L), se decide alta a domicilio tras 10 días de tratamiento intravenoso.

CASO 2

Paciente de 7 años que consulta en urgencias por lesiones cutáneas de 3 semanas de evolución. Afebril.

Exploración: lesión inicial en cara posterior del tobillo izquierdo con costra necrótica y borde eritemato-violáceo, no exudativa. Lesión similar en nalga, rodilla y hueso poplíteo izquierdos de aparición más tardía. Analítica con hemograma normal, proteína C reactiva 0,3 mg/l.

Ingresa en planta para inicio de antibioterapia sistémica con cloxacilina. Evolución favorable tras 48 horas. Afebril.

Cultivo de la herida crece SAMR. Ante hemocultivo negativo y analítica anodina se pasó a antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico y ácido fusídico tópico. Se recomiendan lavados con clorhexidina e higiene de manos.

DISCUSIÓN

Ante lesiones compatibles con ectima gangrenoso estafilocócico en pacientes inmunocompetentes debemos plantearnos la patogenia de este.

Si existen signos de bacteriemia (fiebre alta, decaimiento, etc.), analítica con presencia de elevación de reactantes de fase aguda o un hemocultivo positivo, está indicado el ingreso completando el tratamiento antibiótico intravenoso, con realización de estudio de extensión de *S. aureus*.

Cómo citar este artículo: Montes Araujo PC, Muñoz Vilches MJ. Manejo del ectima gangrenoso por *Staphylococcus aureus*. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2023;(32):e95-e96.

Figura 1. Lesiones costrosas



Figura 2. Evolución favorable



Si no existen datos de bacteriemia, sino de infección por autoinoculación por contacto (ausencia de fiebre o datos analíticos indicativos de infección bacteriana grave ni hemocultivo positivo), se indica tratamiento oral y tópico antibiótico según sensibilidad de los cultivos, sin necesidad de estudio de extensión de *S. aureus*.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses en la redacción del presente artículo.

ABREVIATURAS

MMII: miembros inferiores • SAMR: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.