



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2619 - DOCTOR, ESTO VA A PEOR

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

^aMédico de Familia; ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monóvar. Madrid.

^bFacultativo Especialista de Área de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monóvar. Área del Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^gMédico de Familia. Centro de Salud Barajas. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid.

^hMédico 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: *KleibSELLA* 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 Lowestein-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.*