



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/976 - PENSÉ EN LO EXTRAVAGANTE, DI CON LO OBVIO

G. Molina Barriga^a, N. Sotelo Kesti^a, N. Arroyo Pardo^a, M. Sojo Elías^b, E. Gómez Gómez-Mascaraque^c y P. Montalvá García^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza Sur. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Acude a consulta mujer de 39 años, originaria de Marruecos que llegó a España hace 24 horas, con lesión abcesificada en muslo izquierdo de 7 días de evolución. Está con norfloxacino VO desde hace 48 horas (prescrito en Marruecos). Refiere además sensación distérmica y presenta lesiones de rascado alrededor de la lesión principal, abdomen y cara flexora de MMSS.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Afebril, hidratada. No petequias. Sin adenopatías cervicales, axilares o inguinales. Cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen: no se palpa hepatoesplenomegalia. RHA +. MMSS: lesiones maculoeritematosas diseminadas en cara flexora y extensora con lesiones de rascado. MMII: úlcera de 2 cm de diámetro con exudado fibrinoso, edema y eritema periférico con induración del TCSC y calor local. Lesiones de rascado periféricas a la lesión principal. Se prescribe, de forma empírica, amoxicilina/a. clavulánico y doxiciclina y se deriva a dermatología de forma preferente donde realizan: análisis de sangre: sin alteraciones. Cultivo de exudado de la lesión: *S. aureus* (sensible a amoxicilina/clavulánico) y *Enterobacter cloacae* (sensible a ciprofloxacino). 2 semanas después acude por la persistencia de prurito y excoiaciones en tronco y muslos, refiriendo casos similares en su núcleo familiar, sugestivo de escabiosis. Se indica permetrina y la clínica y las lesiones desaparecen a las 4 semanas.

Juicio clínico: Probable *Leishmania* cutánea vs úlcera infectada (ECTIMA).

Diagnóstico diferencial: Fiebre botonosa mediterránea, tularemia, carbunco.

Comentario final: Los antecedentes y la forma de la lesión sugirieron una probable *Leishmania*, sin embargo, las lesiones de rascado debido a la escabiosis, provocaron una vía de entrada al lesionar la piel y la infección bacteriana secundaria. La escabiosis es una infestación de la piel causada por el *Sarcoptes scabiei* que causa lesiones pruriginosas y pápulas eritematosas, el diagnóstico es por la exploración física y raspado de las lesiones. El ECTIMA es la forma ulcerativa del impétigo que es la infección superficial de la piel por estreptococos o estafilococos.

Bibliografía

1. Guía de Actuación en AP.4ª ed. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2011.

2. Porter RS, et al. Manual Merck, 19ª ed. Madrid: Panamericana; 2014. 603-15.
3. Baddour LM. Impétigo. (Sept 2016) disponible:
https://s0www.utdlab.com/contents/impetigo?source = related_link

Palabras clave: Leishmania tropical. Ectima. Escabiosis.