



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3810 - UNA ÚLCERA CON SORPRESA

M. Pernía Suárez^a, I. Sánchez García^a, R. Martín Armas^a y R. García Arencibia^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Gregorio. Las Palmas.

^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Gregorio. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años, fumadora, AP de DM1 secundaria, complicaciones metadiabéticas, DLP, HTA, FA. Consulta por presentar úlcera en dedos y dorso de pie derecho que ha aumentado de tamaño tras traumatismo casual hace un mes. No dolor local. No clínica a otros niveles. No contacto con animales ni conductas de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, eupneica, afebril. ACP: normal. Abdomen normal. NRL: pérdida de sensibilidad vibratoria y propioceptiva distal simétrica. Pulsos pedios presentes y simétricos. No signos de IVC. Lesión ulcerativa, dorso de pie derecho, serpiginosa con extensión interdigital, bordes blanquecinos bien definidos ligeramente sobreelevados. Fondo con tejido de granulación y esfacelos superficiales sin necrosis. Islotes de piel. Analítica: anemia normocítica normocrómica, fórmula leucocitaria normal, VSG 75, PCR 5, función hepática y renal normales. Exudado de herida y cultivo: positivo para *Enterococcus faecalis* multisensibile. Con diagnóstico de úlcera sobreinfectada en pie diabético PEDIS 3, se instaura tratamiento con amoxicilina-clavulánico sin mejoría tras 14 días de ATB. Se realiza IC a UEI. Biopsia y cultivo de úlcera: granulomas con focos de necrosis caseosa central. Tinción BAAR dudosa. Cultivo positivo para *C. albicans*. Cultivo de micobacterias pendiente. Baciloscopia esputo negativa. Rx tórax: infiltrado en LID. TAC tórax: sin signos TBC pulmonar. Hemocultivos negativos. PCR de exudado: M. tuberculosis +. Mejoría clínica con posterior negativización de PCR tras tratamiento con RIF+INH+PYR 2 meses (+ levofloxacino 2 semanas y fluconazol 1 mes) seguido de RIF+INH 4 meses.

Orientación diagnóstica: Tuberculosis cutánea.

Diagnóstico diferencial: Úlcera vascular, pie diabético, infección profunda por *Nocardia/Actinomyces*, vasculitis.

Comentario final: La TBC continúa siendo una patología prevalente, en parte debido al aumento de pacientes inmunodeprimidos (DM, SIDA, corticoides), lo que lleva a un aumento de presentaciones menos frecuentes, como la TBC cutánea. En pacientes con inmunosupresión, pueden ser múltiples agentes causales, lo que dificulta el estudio. La inmunodepresión facilita la diseminación a piel y transmisión interpersonal. Es importante el estudio de contactos de los pacientes desde Atención Primaria.

Bibliografía

1. Odom RB. Dermatología clínica. En: Andrews, ed. Enfermedades por micobacterias. Ediciones 2012; p. 420-1.
2. Fitzpatrick TB. Dermatología en medicina general. En: Oxemberg J, Patrone U. Tuberculosis, 7ª ed. Editorial Médica Panamericana S.A. 2015; p. 2188-92.

Palabras clave: Tuberculosis cutánea. Úlcera. Pie diabético.