

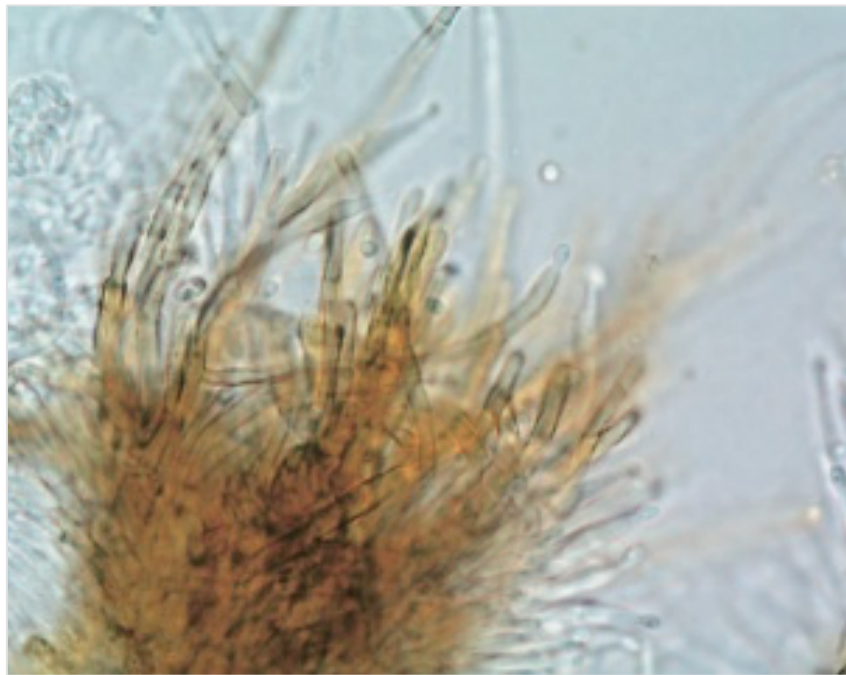
CELULITIS EN MIEMBRO INFERIOR CAUSADA POR PHIALEMONIUM SPP. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: García Moreno J, Hurtado Cerezo J, Cerezuela Jordán C, Rodrigo Pérez JL.

Hospital Universitario Doctor Peset

PÓSTER ELECTRÓNICO

Las celulitis por hongos son entidades poco frecuentes. Presentamos un caso de una celulitis en miembro inferior, causada por *Phialemonium Spp*, un hongo dematiáceo, del que no existen muchos casos publicados.



Es un patógeno oportunista con un nivel bajo de virulencia, cuya capacidad invasiva depende principalmente del estado inmunitario del huésped. Las infecciones causadas por estos hongos reciben el nombre de phaeohyphomycosis. Suelen causar infecciones localizadas en la piel y en los tejidos blandos tras inoculación traumática percutánea. En pacientes inmunocomprometidos, pueden causar infecciones diseminadas, llegando a comprometer la vida del paciente.

Presentación del Caso

Mujer de 48 años, sin antecedentes médicos de interés conocidos, remitida desde el Servicio de Dermatología por una infección local de inicio insidioso afectando a la cara lateral del tobillo, asociando dolor e incapacidad para la deambulaci3n y clínica sistémica.

Antecedentes de interés:

- 6 semanas antes: Se le había practicado una infiltraci3n con corticoides a nivel de la articulaci3n calc3neo-cuboidea del pie izquierdo.
- Había estado tomando varios antibióticos sin mejoría clínica.
- En el Servicio de Dermatología le habían practicado una biopsia y cultivos.

Exploraci3n física:

- Tobillo caliente y flogótico, con una lesi3n de un tamaño aproximado de 10x7 cm.

Pruebas diagn3sticas:

- **Analítica:** VSG 4 mm/1° h, PCR 11 mg/dl, leucocitos 8,4 x10e9/l, 68,7% neutrófilos. El resto de los valores del hemograma y bioquímica sanguínea estuvieron dentro de la normalidad. Serologías para virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B y C negativas.
- **Ecografía:** Colecci3n subcutánea heterogénea, rodeada de importante celulitis y sin afectaci3n intra-articular.
- **RM:** Importante edema cutáneo y de grasa subcutánea por celulitis, diferenciándose múltiples colecciones de pequeño tamaño localizadas a la altura del extremo distal del peroné, de entre 5 y 15 mm, compatibles con microabscesos de contenido purulento. Pequeña cantidad de líquido envolviendo a los tendones peroneos en su vaina sinovial que plantea tenosinovitis. Sin signos de artritis ni de osteomielitis.

- **Microbiología:** el cultivo de las muestras obtenidas por el servicio de Dermatología fue positivo para hongos – *Phialemonium spp.*



Fig. 1. Infecci3n local afectando a la cara lateral del tobillo izquierdo.
A. Epidermolisis circundante.
B. Nódulos y ulceraciones.

Tratamiento:

- 1.Desbridamiento quirúrgico: Hasta alcanzar la fascia del maléolo peroneo donde se apreciaba tejido sano.
- 2.Tratamiento antifúngico y antibacteriano sistémico (Dada la sospecha de una sobreinfecci3n bacteriana):
Voriconazol i.v. (Dosis: 240 mg/12h) + Linezolid (Dosis: 600 mg/12h. Alérgica a Vancomicina) + Meropenem i.v. (Dosis: 500 mg/8h).

Se le realizaron dos desbridamientos más en quirófano. Dada la buena evoluci3n de la paciente y el control de la infecci3n se decidió colocar un Dispositivo VAC (plata).



3. Tras 10 días de ingreso con tratamiento sistémico, la paciente fue remitida al servicio de Cirugía Plástica para realizar una cobertura cutánea del defecto.

4. Tras el ingreso se mantuvo una pauta de antibioterapia oral durante 4 semanas más con **Itraconazol 200mg/12 horas**, asociando la primera semana **Cefuroxima 500 mg/8h**.