



## I-125 - CARBUNCO CUTÁNEO, ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS

Á. Agea García, A. González Nieto, M. Pecero Hormigo, M. Correa Matos, L. López Lara, L. Gómez Salazar, Á. Domínguez Sánchez y J. Galán González

Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres (Cáceres).

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características clínicas, diagnósticas, microbiológicas y terapéuticas de los pacientes diagnosticados de carbunco cutáneo en el Hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres) entre el año 2017 y 2018.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico de Carbunco cutáneo en el servicio de Medicina Interna del Hospital San Pedro de Alcántara (Cáceres). Se analizaron la edad, sexo, factores de riesgo, clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución.

**Resultados:** La media de edad de los pacientes fue de 49,5 años con un ratio de 2:0 en hombres. Entre los principales factores de riesgo destaca la profesión relacionada con animales en el 100% de los pacientes: veterinario y ganadero de ovejas, diabetes mellitus con mal control metabólico (100%), uveítis anterior (50%) y la presencia de hábitos tóxicos (100% de los pacientes). Clínicamente, los pacientes presentaron una lesión cutánea de gran tamaño (aprox. 10 cm) de aspecto negruzco, localizado en el dorso de antebrazo y en región maleolar de pie. Lesiones malolientes, indoloras, con posterior ulceración y desarrollo de escara negra. A nivel perilesional, destacaba en el 100% de los pacientes la presencia de edema y eritema. Solo en el 50% de los pacientes se describió sintomatología acompañante: fiebre de hasta 38 °C, cefalea y mal estado general. En las pruebas de laboratorio, destacaba en el 100% de los pacientes la presencia de leucocitosis con neutrofilia con elevación de reactantes de fase aguda (PCR, VSG, fibrinógeno...). Inicialmente, en la planta de Medicina Interna se inició antibioterapia empírica con ciprofloxacino 400 mg iv/12 h (50% de los pacientes) y piperacilina-tazobactan asociado a linezolid (50%). En el 100% de los casos, se aisló en el exudado de la lesión ulcerada *Bacillus anthracis*, permitiendo la confirmación del diagnóstico de presunción.



**Figura 1.**



**Figura 2.**

*Discusión:* El ántrax, o carbunco, es una enfermedad infecciosa grave causada por una bacteria gram-positiva y baciliforme, conocida como *Bacillus anthracis*. Según la puerta de entrada de dicho patógeno encontramos cuatro entidades infecciosas diferentes, a saber: cutáneo, pulmonar, gastrointestinal y por inyección parenteral directa (hematógena). Independientemente de la puerta de entrada, la ausencia o demora de tratamiento puede conducir a una diseminación de la infección. En el caso de ántrax por inhalación, ésta se produce en todo los casos. En cuanto a la afectación dermatológica, el ántrax cutáneo es la forma más común de infección y a su vez la menos peligrosa, producida por introducción subcutánea de esporas de *Bacillus anthracis*, normalmente como resultado del contacto con animales. La lesión típica se caracteriza como pápula pequeña indolora, a

menudo pruriginosa, con rápida evolución a vesícula central, seguida de erosión y posterior úlcera necrótica con escara deprimida negra, pudiendo estar acompañado de edema de tejidos circundantes y linfadenopatía regional y linfangitis. El tratamiento antibiótico empírico consiste en ciprofloxacino 400 mg iv/12h o 500 mg vo/12h, o doxiciclina 100 mg vo o iv/12horas.

*Conclusiones:* Debido a las implicaciones para la salud pública y la rápida progresión de la enfermedad, ante la sospecha clínica o de laboratorio de posible infección por *Bacillus anthracis*, debe realizarse pruebas rápidas de diagnóstico (tinción gram, cultivo y reacción de cadena de polimerasa (PCR)), notificación inmediata al departamento de salud e inicio temprano de tratamiento antibiótico.