



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2133 - SOSPECHA DE CARBUNCO CUTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Guillén Ibáñez<sup>a</sup>, I. Sanz Pérez<sup>b</sup>, M. Lagarón Cabello<sup>c</sup> y M. Martínez Hernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cintruénigo. Navarra. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tudela Este. Navarra.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 52 años sin antecedentes médicos de interés, alérgico a la penicilina, profesional del ganado ovino. No refiere corte previo ni contacto con animales infectados. Sí manipulación directa con el ganado.

**Exploración y pruebas complementarias:** Lesión eritematosa localizada en mano derecha con pústula subyacente y escara negruzca central. Edema de mano. No adenopatías regionales. Analítica: leucocitos, VSG y PCR normales. Cultivo de exudado pendiente.

**Orientación diagnóstica:** Carbunco cutáneo.

**Diagnóstico diferencial:** Infecciones cutáneas por estafilococos, estreptococos, rickettsias, tularemia, peste y herpes simple necrótico.

**Comentario final:** El carbunco es una infección bacteriana aguda causada por *Bacillus anthracis* que se observa con frecuencia en herbívoros. La infección en humanos se produce al penetrar las esporas del bacilo en el organismo al tener contacto con animales infectados o con sus productos contaminados, a través de picaduras de insectos, inhalación o ingestión. En el hombre la forma más frecuente es el carbunco cutáneo (95% de los casos) y se localiza principalmente en zonas descubiertas de la piel. Sospechar en historia de contacto con animales herbívoros. El diagnóstico se confirma por tinción de Gram o por cultivo. En el 10 al 20% de los enfermos no tratados aparece bacteriemia acompañada de fiebre alta y muerte rápida. Sólo 1% de los no tratados la desarrollan. Tratamiento de 7 a 10 días. La penicilina G intravenosa es de elección: 4 millones UI/4-6h. En alérgicos a penicilina: ciprofloxacino 400 mg/8-12 h iv o doxiciclina 200 mg iv y luego 100 mg/8-12h son alternativas satisfactorias. En nuestro caso el paciente recibió tratamiento con levofloxacino 400/24 h oral ante la alta sospecha de los médicos de familia y contrastado con dermatología.

### Bibliografía

1. Kaya A, Tasyaran MA, Erol S, et al. Anthrax in adult and children: a review of 132 cases in Turkey. *Eur. J Clin Microb Infect Dis.* 2002;21:258-61.
2. Laforce FM: *Bacillus anthracis* (Anthrax). In: Mandell GL, et al, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 3<sup>rd</sup> ed, New York, Churchill Livingstone, 1990. p. 1593.
3. Holmes RK. Difteria, otras infecciones por *Corinebacterias* y Carbunco. En: Isselbacher KJ, Braunwald E, et al, eds. *Harrison Principios Medicina Interna*. Vol 1, 13<sup>a</sup> ed. Mexico: Mc Graw-Hill;

1994, p. 733-5.

**Palabras clave:** Bacillus anthracis. Carbunco. Penicilina.