

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

M. Guillén Ibáñez^a, I. Sanz Pérez^b, M. Lagarón Cabello^c y M. Martínez Hernández^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Cintruénigo. Navarra. ^dMédico 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* (Anthraz). In: Mandell GL, et al, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 3rd 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^a ed. Mexico: Mc Graw-Hill;

1994. p. 733-5.

Palabras clave: Bacillus anthracis. Carbunco. Penicilina.