

Carbunco por estafilococo. Presentación de un caso

BEATRIZ YÁNEZ

Médico residente de 1er año de dermatología, IDCP-HBD, Santo Domingo, República Dominicana.

DIVA MALECK

Médico residente de 2do año de dermatología, IDCP-HBD, Santo Domingo, República Dominicana.

IVETTE DE SANCTIS

Médico residente de 2do año de dermatología, IDCP-HBD, Santo Domingo, República Dominicana.

MARIEL ISA

Médico residente de 3er año de dermatología, IDCP-HBD, Santo Domingo, República Dominicana.

ALICIA URIBE

Médico residente de 3er año de dermatología, IDCP-HBD, Santo Domingo, República Dominicana.

FABRINA FELIZ

Médico dermatólogo, IDCP-HBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia: beayanez@hotmail.com

Resumen. El Carbunco Estafilocócico (Dermoepidermitis Estafilocócica) es una infección cutánea profunda producida por el Estafilococo aureus, que afecta principalmente áreas de fricción, oclusión y perspiración donde la piel es más gruesa e inelástica tales como la espalda, nuca, hombros y muslos. Es más frecuente en varones de edad avanzada, diabéticos o que tienen otra enfermedad o causa de inmunosupresión subyacente o en portadores nasales de *S. aureus*. Entre las complicaciones de esta patología se encuentran absceso cerebral, endocarditis, osteomielitis, sepsis y diseminación a distancia, por lo que el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son de vital importancia. Se presenta en este artículo el caso de un masculino de 67 años diagnosticado y tratado en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" de República Dominicana. **Palabras clave:** *Dermoepidermitis Estafilocócica, Carbunco Estafilocócico, Estafilococo aureus.*

Staphylococcal carbuncle. Case report

Abstract. Staphylococcal Carbuncle or Staphylococcal Dermoepidermitis is a deep skin infection caused by *Staphylococcus aureus*, which especially affects areas of friction, occlusion, and perspiration –where the skin is thicker and inelastic– as the back, neck, shoulders and thighs. It is more common in older men, diabetic or people with another disease or underlying cause of immunosuppression or nasal carriers of *S. aureus*. Complications of this pathology include brain abscess, endocarditis, osteomyelitis, sepsis and distant spread, so early diagnosis and prompt treatment is vital. Is presented in this article the case of a 67-year male diagnosed and treated at Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Dr. Huberto Bogaert Diaz at the Dominican Republic. **Key words:** *Staphylococcal Dermoepidermitis, Staphylococcal Carbuncle, Staphylococcus aureus.*

INTRODUCCIÓN

El Carbunco ó Dermoepidermitis Estafilocócica es una piodermia producida por el Estafilococo aureus.¹

Son agrupaciones de forúnculos profundos interconectados entre sí formando abscesos con diferentes orificios que drenan pus. Se localizan principalmente en espalda, muslos y nuca donde la piel es inelástica y espesa.^{2,3}

Es más frecuente en varones de edad avanzada, diabéticos⁴ o con otra enfermedad subyacente, así como en portadores nasales de *S. aureus*, obesidad, pacientes con mala higiene o algún estado de inmunosupresión.⁵

Su diagnóstico y tratamiento oportuno es importante para evitar futuras complicaciones.

En ocasiones puede haber bacteriemia con focos metastásicos secundarios (endocarditis, osteomielitis, entre otros).⁶

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 67 años de edad, procedente y residente en Santo Domingo, quien acude por dermatosis que afecta región occipital de 2 semanas de evolución, dolorosa. Como antecedentes personales patológicos menciona el Carcinoma de Próstata y Accidente Cerebro Vascular hace 2 años.

El examen físico muestra una placa extensa de bordes bien limitados, superficie alopecica, eritematosa, con

costras necróticas, exulceraciones de fondo y secreción purulenta. *Fotos 1 y 2.*



Fig. 1. Se observa una placa extensa de bordes bien limitados, superficie alopécica, eritematosa, con costras necróticas, exulceraciones de fondo y secreción purulenta.



Fig. 2. Se observa una placa extensa de bordes bien limitados, superficie alopécica, eritematosa, con costras necróticas, exulceraciones de fondo y secreción purulenta.

Se realizaron pruebas de laboratorio reportando en el hemograma leucocitosis de $26,600/\text{mm}^3$ a expensas de neutrófilos 83%. Cultivo bacteriológico: *Estafilococo aureus*.

El estudio histopatológico mostró vasodilatación más infiltrado perivascular intersticial de linfocitos y neutrófilos correspondiendo a procesos inflamatorios previos. *Fotos 3-4.*

Se realizaron chequeos de control periódico hasta los 6 meses luego de finalizado el tratamiento, evidenciándose excelente respuesta, con involución completa del cuadro y sin recidivas. *Foto 5.*

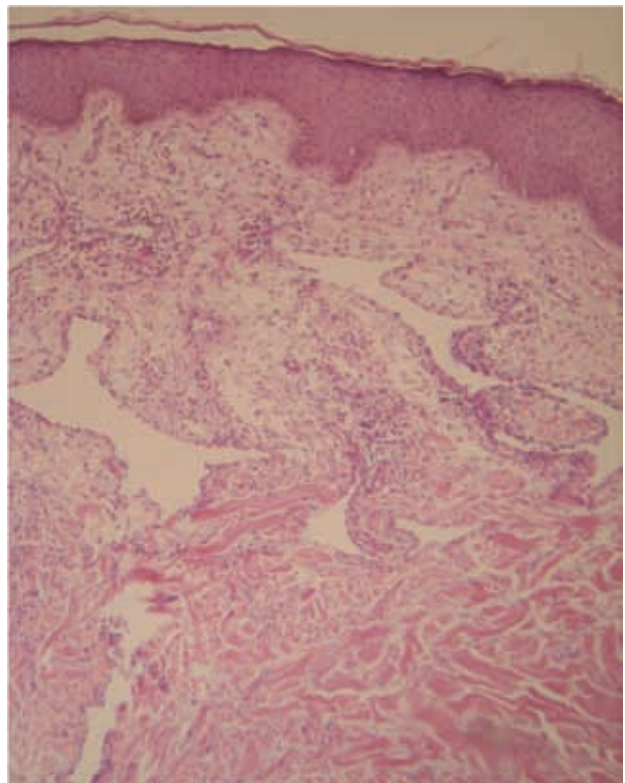


Fig. 3. HE 10x. Vasodilatación más infiltrado perivascular intersticial de linfocitos y neutrófilos correspondiendo a procesos inflamatorios previos.

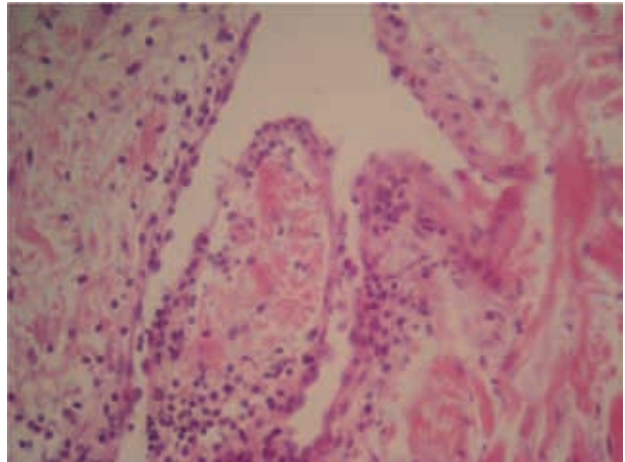


Fig. 4. HE 40x. Vasodilatación más infiltrado perivascular intersticial de linfocitos y neutrófilos correspondiendo a procesos inflamatorios previos.



Fig. 5. Foto control 2 meses post tratamiento.

DISCUSIÓN

El *S. aureus* o Estafilococo dorado es miembro de la familia de los micrococcos, es Gram-positivo, se dispone en racimos o grupos y el cultivo adquiere una coloración blanquecina-dorada que le confiere su nombre. El *S. aureus* tiene un gran potencial patogénico debido a la gran cantidad de toxinas y enzimas que es capaz de producir.

El Carbunco Estafilocócico es una infección cutánea profunda que se localiza en áreas de fricción, oclusión y perspiración. Por ser una entidad contagiosa se puede diseminar a otras áreas del cuerpo o a otras personas. Existen factores asociados como la Diabetes Mellitus, dermatitis, obesidad, discrasias sanguíneas, tratamiento con inmunosupresores y estados de inmunosupresión que predisponen a dicha patología.⁷

El diagnóstico es clínico pero debe realizarse siempre tinción de Gram y cultivo de la lesión aunque no debe posponerse el tratamiento hasta disponer de la confirmación bacteriológica.⁸

El hemograma presenta generalmente leucocitosis con desviación izquierda. El Gram de la lesión tomada podría revelar la presencia de cocos Gram-positivos en racimos (*S. aureus* coagulasa positivo).⁹

Histológicamente, se observa un infiltrado denso de polimorfonucleares en el tejido subcutáneo, múltiples abscesos separados por trabéculas de tejido conectivo se infiltran en el dermis y pasan a lo largo de los bordes de los folículos pilosos, alcanzando la superficie a través de aberturas de la epidermis socavada.¹⁰

El diagnóstico diferencial incluye acné quístico, hidradenitis supurativa, quiste epidérmico de inclusión roto y entre las complicaciones se destaca el absceso cerebral, endocarditis, osteomielitis, sepsis y diseminación a distancia.

El tratamiento se basa en una adecuada higiene personal y desinfección de ropas, toallas y artículos que están en contacto con el área infectada a fin de evitar la diseminación de la infección. Incluye medidas locales como aplicación de calor húmedo para ayudar a localizar la lesión y el drenaje espontáneo. Así mismo una adecuada antibioterapia sistémica con Cefalexina, Dicloxacilina, Cefadroxilo como primera elección por al menos una semana y las aplicaciones tópicas de Mupirocina 2%, Bacitracina y Gentamicina en ungüento.⁹ Cuando las lesiones son muy extensas, dolorosas y fluctuantes está indicada la incisión y el drenaje quirúrgico.

CONCLUSIÓN

Es de suma importancia la evaluación de los pacientes a fin de descartar patologías de base que puedan predisponer a dicha patología. En este caso, en la actualidad el paciente no cursa con ningún estado de inmunosupresión que pueda haber desencadenado y empeorado la patología.

El diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado es esencial para evitar futuras complicaciones y recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trent, JT. Common bacterial skin infections. *Ostomy wound manage.* 2001 Aug; 7 (8): 30-4.
2. Arrese, JE. Anthrax and Carbuncle. *Rev Med Liege.* 2001 Oct; 56 (10): 685-8.
3. Noble, W. Skin bacteriology and the role of *Staphylococcus aureus* in infection. *Br J Dermatology.* 1998; 139: 9-12.
4. Sreedevi C, Car N, Pavlic-Renar, I. Dermatologic lesions in Diabetes Mellitus. *Diabetologia Croatica* 2002; 31-3.
5. Bologna J, Jorizzo J, Rapini R. *Dermatology.* 2nd Edition. Spain, Mosby Elsevier 2008.
6. MN Swartz. Infecciones de piel y partes blandas. En: G. Mandell, JE Bennett, R Dolin. *Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica.* Editorial Médica Panamericana, BA. 5ta. Edición. 2002.
7. Lewis R. Soft tissue infections. *World J Sug.* 1998; 22: 146-51.
8. Sellarés Casas E, Moraga Llop FA. Infecciones cutáneas bacterianas. *Protocolos de Dermatología, Asociación Española de Pediatría.* 2006. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/uno/infeccionescutaneas.pdf>
9. Herrera V. Actualización en el manejo de antibióticos en las infecciones superficiales de piel y partes blandas. *Acta Médica Peruana,* 2006; 23 (01): 32-34.
10. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, et al. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 7th Edition. Mc Graw Hill, New York 2008.