



Ántrax gigante Giant anthrax

Ana Isele Polo-Soto^{1,2} , Igor Almanza-Pérez^{3,2} 

¹Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López". Puerto Padre. ²Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Las Tunas. ³Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas. Cuba.

Recibido: 18 de octubre de 2020

Aprobado: 15 de diciembre de 2020

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de 57 años de edad, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, que acude a cuerpo de guardia de cirugía del Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López" del municipio Puerto Padre, Las Tunas. El paciente refiere que cinco días atrás se había rascado una lesión que tenía en la espalda y a partir de ese momento notó aumento de volumen, dolor, ardor, rubor, fiebre y malestar general. Al examen físico se constata aumento de volumen en zona con 20 cm de diámetro, con múltiples orificios pustulosos, endurecidos los bordes y fluctuante en el centro. Se decide ingreso y complementarios de urgencia. A las 12 horas se lleva al quirófano y se realiza incisión crucial de la lesión, desbridamiento, se levantan los colgajos y se dejan compresas de gasas con crema antibiótica. A los diez días de la cirugía se realiza cierre de la pared. Se da seguimiento en consulta y a los tres meses se da alta definitiva, con total recuperación y sin tener que aplicar injertos.

Palabras clave: ÁNTRAX; FORÚNCULOS CUTÁNEOS; STAPHYLOCOCCUS AUREUS; ENFERMEDADES DE LA PIEL.

Descriptor: ÁNTRAX; STAPHYLOCOCCUS AUREUS; ENFERMEDADES DE LA PIEL; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS.

INTRODUCCIÓN

El ántrax se manifiesta por un conjunto de forúnculos cercanos o adyacentes al tejido lesionado, consecuencia de una infección aguda provocada por gérmenes como los estafilococos y estreptococos, los cuales al estar unidos aumentan la virulencia, trayendo como consecuencia una infección mixta que afecta todas las capas de la piel, el tejido celular subcutáneo, hasta aponeurosis. Tiene un alto índice de prevalencia en las personas de edad avanzada y con enfermedades asociadas, como la diabetes mellitus y pacientes nefríticos, entre otros. Estos con frecuencia se encuentran inmunodeprimidos, lo que los hace proclives a serias complicaciones, que

SUMMARY

We present the case of a 57-year-old male patient with a past medical history of hypertension and type 2 diabetes mellitus, who presented to the surgical emergency department of the "Guillermo Domínguez López" General Teaching Hospital of the municipality of Puerto Padre, Las Tunas. The patient stated that five days before he had scratched a lesion in the back and from then on he noticed a volume growth, pain, burning, flush, fever and general malaise. On physical examination a volume growth in the region with a diameter of 20 cm was revealed, with multiple pustular orifices with hardened borders and a fluctuating center. The patient was admitted and emergency investigations were ordered. After 12 hours the patient was operated on with a crucial incision of the lesion, debridement and lining lifting. Gauze compresses with antibiotic cream were left. After ten days of surgery the wall was closed. Follow-up was appointed and at three months the patient was definitely discharged, with a total recovery and without the need to apply grafts.

Keywords: ANTHRAX; SKIN FORUNCLES; STAPHYLOCOCCUS AUREUS; SKIN DISEASES.

Descriptors: ANTHRAX; STAPHYLOCOCCUS AUREUS; SKIN DISEASES; SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE.

pueden llegar a tomar una forma gangrenosa, abarcar mas y adoptar una forma gigante, con peligro incluso para la vida. Esta situación extrema raras veces se observa en la actualidad, pero está latente el peligro, al ser un absceso en profundidad que puede perforar la aponeurosis e invadir planos muchos más profundos, provocar una septicemia y poner en peligro la vida del paciente. ^(1,2)

Es consenso en la literatura que el ántrax por forúnculos en la piel afecta con mayor frecuencia a hombres que a mujeres, debido a que por lo general los hombres se exponen a sufrir excoriaciones de la piel facilitando la infección de los tegumentos. ⁽¹⁻³⁾



El diagnóstico es eminentemente clínico, al observar un aumento de volumen de múltiples folículos pilosos infestados en una zona determinada con signos flogísticos, como forma de avispero o panadizo. Las bacterias más frecuentes de la enfermedad son estafilococos y estreptococos. La lesión negruzca o necrótica es consecuencia de la gran virulencia de las bacterias; al llegar a la aponeurosis esta sirve de barrera y la sepsis de la profundidad sale a la periferia. ⁽⁴⁾

Por sus características, la enfermedad no debe ofrecer error diagnóstico, la lesión es típica con varios forúnculos circunscritos en una zona determinada, predominando con mayor frecuencia en las partes de roce o fricción, como son la espalda, la nuca o región posterior del cuello. ^(3,4)

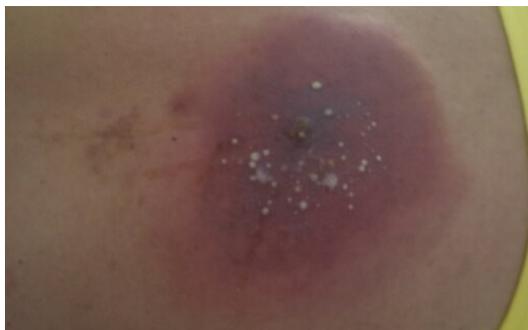
Por lo general, esta es una afección de carácter grave, con una respuesta favorable al tratamiento médico quirúrgico. Algunos autores refieren que el tratamiento es eminentemente quirúrgico, para lo cual han planteado diferentes técnicas, siendo la más aceptada la incisión crucial. ⁽⁵⁾

En el servicio de cirugía del Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López" del municipio Puerto Padre, Las Tunas, fue atendido un caso de ántrax que, por sus dimensiones y respuesta al tratamiento, consideramos útil mostrar a la comunidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 57 años de edad, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial (HTA) compensada, para la cual lleva tratamiento regular con enalapril, 1 tableta cada ocho horas e hidroclorotiazida, 1 tableta diaria vía oral, y Diabetes mellitus tipo II, para la cual lleva tratamiento regular con glibenclamida, 2 tabletas antes de desayuno, almuerzo y comida, que acude a cuerpo de guardia de cirugía del Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López" del municipio Puerto Padre, Las Tunas. El paciente refiere que se había rascado una lesión que tenía en la espalda, como una bolita de grasa, y notó que a partir de ese momento comenzó con el aumento de volumen, con dolor, ardor, rubor, fiebre, malestar general y al quinto día de evolución decidió acudir al cuerpo de guardia de cirugía.

IMAGEN 1. Imagen del ántrax a la llegada a cuerpo de guardia



Al examen físico se constató aumento de volumen enrojecido de más menos 20 cm de diámetro, con múltiples orificios pustulosos endurecidos los bordes y fluctuante en el centro (**imagen 1**).

Se decide ingreso y complementarios de urgencia, realizándose los siguientes:

Hemograma completo: leucocitosis, leucocitos: 17×10^9 g/L; polimorfos nucleares: 0,90 %; leucocitos: 0,10 %; eosinófilos: 000 %; monocitos: 000 %.

Glucemia con cifra en 24 mmol/L.

Coagulograma completo: tiempo de coagulación: 8'; retracción del coagulo: retráctil; conteo de plaquetas: 240×10^9 /L.

Radiografía de tórax (Rx) sin alteraciones pleuropulmonares evidentes.

Electrocardiograma (EKG): se observa una arritmia sinusal e hipertrofia ventricular izquierda.

Se realiza tratamiento farmacológico con insulina simple: 40 unidades diarias, más el tratamiento de base que toma el paciente, que en este caso era glibenclamida, 2 tabletas antes de desayuno, almuerzo y comida, para controlar las cifras de glucemia. Además de hidratación con solución salina al 0,9 % y antibióticos endovenosos, ceftriaxona 2 bulbos, endovenoso lento cada 12 horas. Se decide llevar al quirófano al cabo de las 12 horas y realizar incisión crucial de la lesión (**imagen 2**), con anestesia local con lidocaína: 1 bulbo, 4 bulbos de bupicaína y sedación endovenosa con propofol. Se desbrida todo el tejido de fascelo, se levantan los colgajos y se dejan compresas de gasas con crema antibiótica de gentamicina.

IMAGEN 2. Incisión crucial y drenaje, a las doce horas de estar en el hospital



Se realizaron curas diarias durante los primeros siete días, luego se fueron espaciando cada dos días. Al cabo de diez días de ingresado en sala, se le realiza cierre de la pared (**imagen 3**). Se da de alta a los siete días posteriores al cierre de la pared, con seguimiento en consulta cada 15 días y tratamiento médico con antibiótico vía oral (amoxicilina, 1 capsula vía oral cada ocho horas por diez días y metronidazol en tabletas, 1 cada ocho horas por igual tiempo). Se da alta definitiva a los tres meses (**imagen 4**), teniendo una evolución favorable, con total recuperación, sin tener que aplicar injertos.

IMAGEN 3. Curas y evolución hasta cierre de la pared**a. Cura a las 48 horas de la cirugía****b. Cura a los 7 días, ya con tejido de granulación y bordes limpios de tejido necrótico y fascelo****c. Cierre de la pared****IMAGEN 4. Seguimiento en consulta externa y alta médica****a. Consulta a los 15 días****b. Consulta a los 30 días****c. Consulta a los 3 meses y alta****DISCUSIÓN**

El ántrax es una enfermedad provocada por gérmenes patógenos muy invasivos, que invaden las capas de la piel hasta llegar a la aponeurosis y que van desde la profundidad a la superficie de los folículos pilosos, provocando unas ulceraciones negras en la piel de carácter grave, pero de escasa mortalidad.⁽¹⁻⁴⁾ En este caso en específico, se observa como la patogenicidad de las bacterias lesionó todas las capas de la piel y la aponeurosis.

En Cuba, el ántrax que se observa con mayor frecuencia es en la piel y los gérmenes que se han aislado son los estafilococos y estreptococos. En este caso en especial no se pudo tomar la muestra del contenido purulento, porque no se encontraban los medios necesarios para la toma de la misma. Por lo que se cubrió al paciente con tratamiento antibiótico de amplio espectro vía endovenosa, utilizando la ceftriaxona, cefalosporina de tercera generación, 2 bulbos ev cada 12 hrs por 10 días y la gentamicina en crema vía tópica, en la zona de la lesión. Luego el

paciente continuó tratamiento antibiótico vía oral con amoxicilina: 1 cápsula cada 8/h por 10 días y curas de la zona con solución salina, agua yodada y la aplicación de crema antibiótica tópica.

Se describen diferentes vías de abordajes de la lesión, como son: la resección en bloque, las incisiones en paralela, entre otras. ⁽⁵⁾ En este paciente, por haber acudido demasiado tarde y dejar que la lesión tomara gran dimensión, se decidió realizar una incisión crucial amplia, con desbridamiento de la lesión por debajo de los colgajos, hasta retirar todo el tejido necrosado y los esfacelos; esta incisión da gran ventaja para los pacientes, porque así evitamos el defecto de la pared, la rápida recuperación y cicatrización de la zona lesionada, evitando realizar injerto, que en ocasiones pueden provocar rechazos. ⁽⁶⁾

La evolución y duración del ántrax dependen del tipo y localización de la lesión, lo que define la conducta, evolución y pronóstico. Es muy importante el diagnóstico adecuado, el tratamiento con antibiótico y la cirugía, muchos autores refieren que el tratamiento es eminentemente quirúrgico. ⁽⁷⁾ El ántrax por forúnculos en la piel responde al tratamiento adecuado y seden los síntomas sin provocar daños mayores, rara vez es mortal. Sin embargo, es común en el ser humano por lesiones de piel. ^(8,9)

En este caso, el tratamiento quirúrgico fue fundamental y la evolución fue favorable, tuvo un periodo de recuperación de larga duración, pero muy positivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Monsel G, Pourcher V, Caumes E. Infección cutánea bacteriana. EMC-Tratado de Medicina [revista en internet]. 2018 [citado 14 de diciembre 2020]; 22(2): 1-7. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(18\)89312-6](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(18)89312-6).
2. Torres Puente SB, Quintero Salcedo S, Despaigne Despaigne M. Cura local con apiterapia en una paciente con ántrax. MEDISAN [revista en internet]. 2016 [citado 14 de diciembre 2020]; 20(9). Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/831>.
3. Bustamante Odriozola J, Pérez-Martín A, San Miguel Martín N. Ántrax o forunculosis por *Staphylococcus aureus*: abordajes de las infecciones de partes blandas desde atención primaria. Med. Gen. Fam. [revista en internet]. 2019 [citado 14 de diciembre 2020]; 8(4): 181-183. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2019.046>.
4. Machet L, Martin L, Vaillant L. Infecciones bacterianas cutáneas superficiales foliculares y no foliculares. EMC-Dermatología [revista en internet]. 2018 [citado 14 de diciembre 2020]; 52(4): 1-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1761-2896\(18\)41447-1](https://doi.org/10.1016/S1761-2896(18)41447-1).
5. Rodríguez-Vega A, Sánchez-Medina MT, Lima-Sánchez J, García-Duque O, Fernández-Palacios J. Uso del colgajo vertical miocutáneo extendido de trapecio en reconstrucción de cuello. Cir Cir [revista en internet]. 2013 [citado 14 de diciembre 2020]; 81(6): 522-526. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2013/cc136j.pdf>.
6. Nodarse Hernández CR, Campo Abad R. *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina como causa de infección de piel y partes blandas. Revista Cubana de Medicina Militar [revista en internet]. 2013 [citado 28 de enero 2020]; 42(1): 116-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
7. Peral D, Suarez-Guzmán FJ. Causas de mortalidad por enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo en Jerez de los Caballeros (Badajoz-España) en el siglo XIX. Rev. Argent. Dermatol. [revista en internet]. 2015 [citado 28 de enero 2020]; 96(1): 13-21. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/132827065.pdf>.
8. Goel AK. Anthrax: a disease of biowarfare and public health importance. World J Clin Cases [revista en internet]. 2015 [citado 14 de diciembre 2020]; 3(1): 20-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295216/>.
9. del Tanago GG, Hernández RV, González MR, Polar EO, Panadero Carlavilla FJ. Infecciones bacterianas de la piel. Panorama actual del medicamento [revista en internet]. 2017 [citado 14 de diciembre 2020]; 41(406): 723-728. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2017/9/11/118714.pdf>.

Contribución de los autores

Ana Isel Polo-Soto |  <https://orcid.org/0000-0001-6403-8399>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; visualización; redacción borrador original; redacción, revisión y edición.

Igor Almanza-Pérez |  <https://orcid.org/0000-0002-9230-855X>. Participó en: investigación; visualización; redacción, revisión y edición.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.

