

Ántrax multifocal: una complicación inusual del tratamiento de dermatosis por IgA lineal

Multifocal antrax (carbuncle): an unusual complication of the treatment of linear IgA dermatosis

Cristina Irene Vera¹, Olga Lucía Forero², Daniela Hansman², Viviana Leiro², Esteban Maronna³

Resumen

Ántrax es la infección de la porción profunda de varios folículos pilosos contiguos causada habitualmente por *Staphylococcus aureus*. La forma de presentación habitual es una placa única inflamatoria sembrada de abscesos. Se describe un paciente que presenta ántrax multifocal, como complicación de la terapéutica esteroide instaurada para su dermatosis por IgA lineal (Dermatol Argent 2009;15(5):358-361).

Palabras clave: dermatosis IgA lineal; ántrax.

Abstract

Carbuncle is the infection of the deepest portion of several contiguous hair follicles, usually caused by *Staphylococcus aureus*. Presentation is usually an isolated inflammatory plaque with an aggregate of boils. We describe a patient who presented multifocal carbuncles as a complication of steroid therapy used for his linear IgA dermatosis (Dermatol Argent 2009;15(5):358-361).

Key words: IgA dermatosis, antrax (carbuncle).

Caso clínico

Varón de 42 años, obeso (IMC = 31), que concurrió al servicio por presentar tres placas inflamatorias sembradas de abscesos que drenaban material purulento por múltiples orificios, localizadas en región sacra (**Foto 1**), supraescapular izquierda (**Foto 2**) y antebrazo.

Antecedentes de la enfermedad actual: dermatosis por IgA lineal (**Foto 3**), que se diagnosticó mediante histopatología e inmunofluorescencia directa. Diabetes esteroidea con mal control metabólico como complicación de la terapéutica instaurada para su enfermedad ampollar.

Se realizaron los siguientes **análisis de laboratorio** y estudio por imágenes:

1. VSG 104 mm/1a hora, glucemia 304 mg/dl, leucocitosis (19.700 cel/mm³) con neutrofilia. Resto de la química sanguínea s/p.
2. Cultivo de partes blandas: *Staphylococcus aureus* meticilino sensible.
3. Hemocultivos para gérmenes comunes: negativos.
4. Ecografía de partes blandas: colecciones líquidas particuladas con escaso aire superficial y engrosamiento de la piel.

Diagnóstico: ántrax multifocal.

Tratamiento. Se inició tratamiento con cefalotina 1 g/6 horas IV y drenaje quirúrgico. El control metabólico se logró con metformina y glibenclamida.

Fecha de recepción: 16/7/08 | **Fecha de aprobación:** 25/8/08

1. Médica del Curso Superior de Dermatología de la UBA.
 2. Médica dermatóloga.
 3. Médico dermatopatólogo.
- Hospital de Infecciosas "F. J. Muñiz". CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia

Cristina Irene Vera: Tucumán 1711 P 8° D, CABA, Rep. Argentina
irenevera@gmail.com

Comentarios

El ántrax es una piodermitis aneural aguda causada habitualmente por *S. aureus*, que compromete varios folículos pilosos contiguos y en profundidad, formando una red compleja de abscesos interconectados. Su frecuencia es menor que otras piodermitis. Singh y cols., luego de una revisión de 176 piodermias, lo colocan en el séptimo lugar de frecuencia luego del ectima; las primeras son la folliculitis y la impetiginización de los eccemas.¹ Se observa con mayor frecuencia en hombres de edad mediana.

Como factores predisponentes se enuncian: malnutrición (estados carenciales y obesidad), diabetes, e inmunosupresión,² todos ellos encontrados en el paciente.

Se presenta como una placa eritematosa, sembrada de abscesos que manan material purulento por múltiples bocas. El drenaje ocurre aproximadamente a los 7-10 días de evolución a través de múltiples orificios, conformando el “signo de la espumadera”. Al esfacelarse da a lugar a una úlcera crateriforme, de fondo grisáceo, que cura lentamente y cuya cicatriz viciosa puede sugerir el diagnóstico retrospectivo. Habitualmente se encuentra una única lesión localizada en muslo, nuca o nalgas.

El paciente presentó tres placas, en regiones supraescapular, lumbosacra y antebrazo. Planteamos que la multifocalidad de las lesiones guarda relación con la concurrencia de varios factores predisponentes en un mismo individuo. La obesidad con distribución abdominal de grasa en las regiones epiploicas y mesentérica se correlaciona con resistencia a la insulina.³ Ésta podría haber estado compensada en el paciente, por un estado hiperinsulínico que lo mantenía con cifras de euglucemia. Una vez instaurado el tratamiento esteroideo para su enfermedad ampollar, el hiperinsulinismo no fue suficiente para compensar los defectos que se producen en estos pacientes a nivel del posreceptor de acción de la insulina en los órganos blanco, de lo cual resultó una diabetes manifiesta. Está bien documentado que el mal manejo metabólico predispone a estos pacientes a sufrir un mayor porcentaje de infecciones.^{4,5}

Planteamos, además, si la enfermedad ampollar *per se* podría ser un factor predisponente. Este interrogante surge a partir de la observación clínica de otro paciente internado en el hospital por ántrax (no diabético) al que se le diagnosticó como hallazgo, durante la internación, pénfigo superficial, hasta entonces inadvertido por el paciente, quien no había reci-



Foto 1. Placa de ántrax constituida, con múltiples bocas de fistulas que drenan material purulento.



Foto 2. Placa de ántrax en hombro izquierdo en estadio más temprano, representada por placa celulítica sobre la que se observan “pústulas”; son las fistulas por las que la secreción se abre paso hacia el exterior.

bido aún tratamiento con esteroides ni presentaba otros factores predisponentes para esta piodermia. Grandy y cols.¹⁰ observaron que el sobrenadante de cultivo de queratinocitos (SCQ) de pacientes con pénfigo vulgar (PV) y penfigoide ampollar (PA) inhibe la proliferación de monocitos y altera el normal funcionamiento de la cascada de interleuquinas, evento no observado con el SCQ del grupo control (individuos sanos) que por el contrario estimularon la competencia celular. Este grupo postula en base a sus hallazgos que los queratinocitos de pacientes con PV y PA en fase aguda producirían factores putativos solubles que podrían ser el origen de la inmunodeficiencia en estas enfermedades ampollares. El trabajo no hace referencia a dermatosis por IgA lineal, aunque es interesante extrapolar los resultados de este trabajo con nuestra observación clínica. Más estudios serán necesarios para obtener datos concluyentes.



Foto 3. Dermatitis por IgA lineal: ampollas de contenido seroso, que adoptan un patrón en roseta.

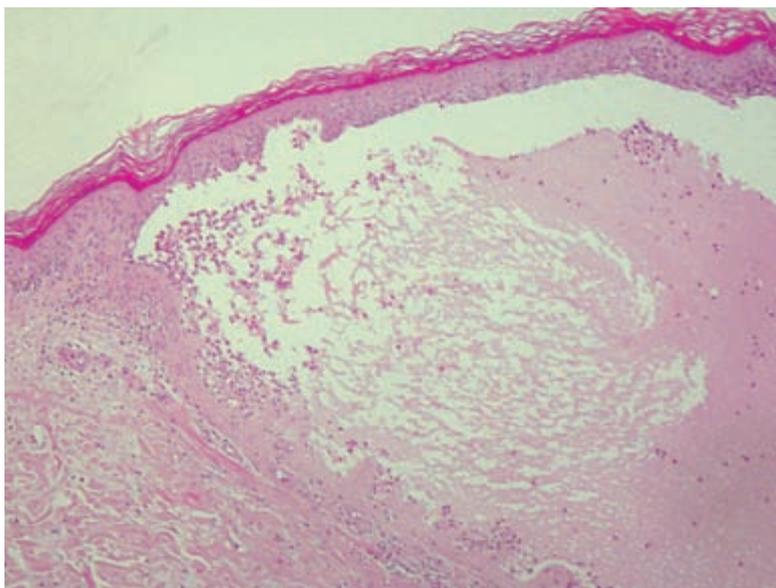


Foto 4. Ampolla subepidérmica que contiene eosinófilos y neutrófilos.

La diseminación bacteriana y su impacto en otros órganos, causante de abscesos cerebrales, endocarditis y osteomielitis, son complicaciones que pueden aparecer como resultado de maniobras intempestivas,² las cuales fueron descartadas en el paciente. La septicemia es la situación más frecuente previa a la muerte de los pacientes con pénfigo y algunas de ellas se deben a *S. aureus*.⁶

Si bien en sujetos sanos el aislamiento del agente suele ser difícil y no arroja resultados positivos, no ocurre lo mismo en pacientes diabéticos, enfermedad con inmunocompromiso o inflamación persistente, en quienes los hemocultivos o cultivos por aspiración del área comprometida pueden ser útiles.⁷ En el paciente, los primeros fueron negativos y el cultivo de partes blandas aisló al agente etiológico, lo que permitió ajustar la medicación de acuerdo con la sensibilidad del antibiograma. La práctica de cultivos, aislamientos del germen y antibiogramas es de gran utilidad debido al crecimiento del número de *S. aureus* multirresistente (SAMR) tanto intrahospitalarios como de la comunidad⁸.

Para el ántrax producido por *S. aureus* sensible a meticilina, las cefalosporinas de primera generación como la cefalotina siguen siendo efectivas, además del drenaje de las lesiones fluctuantes, cuidando que la incisión no sea más profunda que la pseudocápsula que se ha formado en el sitio de infección.⁷

Cabe destacar la existente dificultad lingüística, que puede llevar a confusión cuando el tema es abordado por personas no médicas relacionadas con los medios de comunicación o colegas no dermatólogos y que complica notablemente la búsqueda bibliográfica. Esto se debe a que en la literatura anglosajona se conoce esta piodermia con el nombre de *carbuncle*, cuya traducción literal al español sería carbunco, término con el que tanto la escuela europea como los hispanoparlantes usan para denominar a la infección cutánea provocada por el *B. anthracis*, a la cual ellos a su vez denominan *anthrax*. La similitud ortográfica y fonética con ántrax conlleva a errores en la traducción. Se trata de un ejemplo objetivo de lo que F. A. Navarro denomina "palabras traidoras".⁹

En español, esta ambigüedad es mayor debido a que el carbunco cutáneo también se denomina pústula maligna o ántrax maligno, y que cada vez más publicaciones médicas y no médicas usan el término ántrax para describir la infección por *B. anthracis*, incluso organismos de salud como la Organización Panamericana de la Salud, oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Referencias

1. Singh G, Bhattacharya K. Bacteriology of piodermas and antibiograms of pathogens. *Indian J Dermatol* 1989;34:25-31.
2. Lee PK. Piodermis: *S. aureus*, esptreptococos y otras bacterias grampositivas. En: Fitzpatrick T, et al. *Dermatología en Medicina General*, 6ª Edición. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 2005:2085.
3. Karam JH. Diabetes mellitus e hipoglucemia. En: TierneyLM, Mc Phee SJ, Papadakis MA. *Diagnóstico clínico y tratamiento*, 36ª Edición. Editorial El manual moderno, México DF, 2001:1149.
4. Barnea M, Madar Z, Froy O. Glucose and insulin are needed for optimal defensin expression in human cell lines. *Biochem Biophys Res Commun* 2008;367:452-456.
5. Gupta S, Koirala J, Khardori R, Khardori N. Infections in diabetes mellitus and hyperglycemia. *Infect Dis Clin North A* 2007;21:617-638.
6. Kanwar AJ, Dhar S. Factors responsible for death in patients with pemphigus. *J Dermatol* 1994;21:655-659.
7. Stulberg DL, Penrod MA, Blatny RA. Common bacterial skin infections. *Am Family Physician* 2002;66:119-124.
8. Cohen PR. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin infections: a review of epidemiology, clinical features, management, and prevention. *Int J Dermatol* 2007;46:1-11. Erratum in: *Int J Dermatol* 2007;46:230.
9. Navarro FA, Hernández F. Palabras de traducción engañosa en el inglés médico. *Med Clin (Barc)* 1992;99:575-580.
10. Grando SA, Glukhenky BT, Drannik GN, Kostromin AP, et al. Pemphigus and pemphigoid epidermocytes interfere with interleukin cascade reactions. *J Clin Lab Immunol* 1990;32:137-141.

Estimados/as colegas:

Estamos aunando esfuerzos para indexar *Dermatología Argentina* en Medline. Uno de los puntos que se evalúan es el factor de impacto de la publicación, que está directamente relacionado con la citación del material publicado en diferentes revistas científicas. Tomando como referencia una estrategia diseñada por nuestros colegas españoles, les sugerimos que cuando remitan artículos para publicación a revistas dermatológicas internacionales, traten de incluir citas de *Dermatología Argentina*. Es muy probable que encuentren algún trabajo reciente de autores argentinos al respecto en *Dermatología Argentina* que les sirva como referencia. Recuerden, además, que desde el punto de vista de la evaluación sólo serán válidos los artículos de los últimos años. Pueden emplear la página web www.dermatolarg.org.ar para buscarlos. Muchas gracias.



Penfigoide ampollar. Tratamiento tópico.

Veintitrés centros dermatológicos de Francia participaron en el estudio de 312 pacientes con penfigoide ampollar, con tratamiento tópico exclusivo con corticoides superpotentes (propionato de clobetasol). Se ensayaron dos regímenes: el estándar (40 g/día con descenso durante 12 meses) y el mediano (10/30 g/día con descenso durante 4 meses). El mediano mostró mayor beneficio siendo tan efectivo como el standard. Las recaídas se produjeron, 4 meses después de la suspensión, por lo que se aconseja aplicaciones semanales.

Joly P, et al.
J Invest Dermatol 2009;129:1681-1687.

AW

Apolipoproteínas en psoriasis.

El polimorfismo del gen alelo e2 de la apolipoproteína E ha sido asociado con diversas patologías neurológicas, cardiológicas y oftalmológicas. En psoriasis modifica la proliferación de linfocitos T activados y protege contra algunas infecciones. En 140 pacientes con psoriasis vs. 155 controles, el gen demostró mayor frecuencia, en particular en hombres, así como en el comienzo tardío de psoriasis vulgar.

Karpouzis A, et al.
Arch Dermatol Res 2009;301:405-410.

AW