

Úlcera cutánea tropical: un diagnóstico inusual

Descripción del caso clínico:

Varón de 21 años procedente de Senegal sin antecedentes personales de interés que llega a la isla de Tenerife el 23 de junio de 2023 tras travesía marítima en patera. Es atendido en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba tras ser trasladado a centro de acogida. Consulta a través del Servicio de Urgencias por úlcera dolorosa de un mes de evolución asociada a sensación febril en zona posterior de muslo derecho. Niega traumatismo en la zona ni picaduras, sin síntomas sistémicos.

En la exploración física se observa una úlcera de 5 x 4 cm dolorosa y asimétrica, con bordes sobreelevados y centro eritematoso localizada en zona posterior de muslo derecho (Figura 1. A) asociada a algunas lesiones satélite. Sin lesiones mucosas asociadas.



Figura 1. A. Úlcera dolorosa de 5 cm x 4 cm en cara posterior de muslo derecho de un mes de evolución B. Úlcera tras 1 mes de tratamiento antibiótico C. Resolución de la úlcera con formación de queloide tras 2 meses de tratamiento antibiótico.

Juicio clínico o posibilidades diagnósticas:

Se realizó un juicio clínico de úlcera tropical y se plantearon los siguientes diagnósticos diferenciales: pioderma gangrenoso, leishmaniasis cutánea local, pian, úlcera de Buruli, chancroide o úlcera tropical fadegénica. Se realizó analítica sanguínea con hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda, biopsia con punch de 5 mm, se recogió exudado y biopsia para cultivo de bacterias y hongos, *Leishmaniasis spp.* y micobacterias. El estudio anatomopatológico describía la presencia de una úlcera crónica inespecífica, de probable origen infeccioso con estudio inmunohistoquímico para CD1a negativo (descartando infección por *Leishmania spp.*) No se identificaron microorganismos fúngicos con PAS, la técnica de Ziehl-Neelsen fue negativa, así como la inmunohistoquímica para *Treponema pallidum*.

El cultivo de la muestra de piel fue positivo para ***Corynebacterium diphtheriae* no productor de toxina** identificado mediante espectrometría de masas MALDI-TOF, sensible a penicilina y macrólidos tras antibiograma. La analítica sanguínea no mostraba leucocitosis ni reactantes de fase aguda elevados. Se llevó a cabo el diagnóstico de **difteria cutánea**, iniciándose tratamiento con claritomicina 500 mg cada 12 horas y amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 2 meses con resolución completa de la úlcera (Figura 1. B y C). Se desconocía el calendario vacunal derivándose a Medicina Preventiva para actualización del mismo.

Discusión y trascendencia clínica:

La difteria es una infección bacteriana causada por *Corynebacterium diphtheriae* y *C. ulcerans*, que son bacilos grampositivos no encapsulados (Figura 2)¹. Por lo general, afecta al sistema respiratorio y, ocasionalmente, puede afectar la piel. La infección por *C. diphtheriae* se puede prevenir mediante la vacunación y es muy rara en países con programas de inmunización, presentándose principalmente en regiones tropicales y subtropicales. La infección por *C. ulcerans* no se previene con la vacunación y es un patógeno zoonótico emergente².

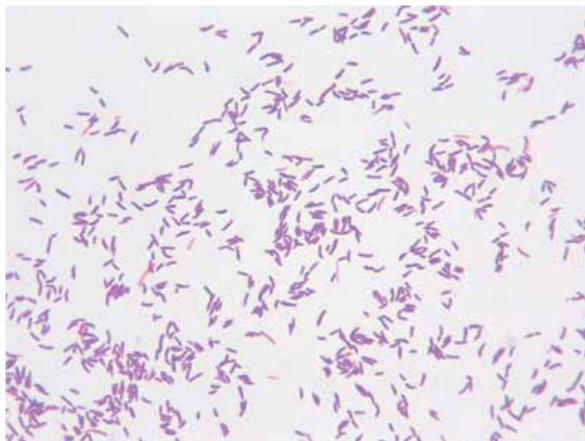


Figura 2. Tinción de Gram de *Corynebacterium*. Se observa la disposición en grupos que se asemejan a letras chinas¹.

La difteria cutánea suele manifestarse como una vesícula o pústula que rápidamente se rompe para formar una úlcera superficial bien definida con un borde sobreelevado. Las úlceras pueden ser únicas o múltiples y pueden medir desde varios milímetros a centímetros de diámetro. Las manos, los pies y las miembros inferiores son los lugares más comúnmente afectados. La úlcera es inicialmente dolorosa, pero con el tiempo se vuelve asintomática. A medida que la úlcera se profundiza, se forma una membrana marrón-grisácea o pseudomembrana adherente en la base, de características similares a la membrana grisácea que se observa en la faringe en la afectación respiratoria. Una lesión localizada en la piel a menudo precede a la infección, por ejemplo, una picadura de insecto².

A diferencia de la difteria respiratoria, donde la respuesta inmunitaria es lenta y puede no proporcionar inmunidad posterior, la difteria cutánea generalmente resulta en una rápida respuesta de anticuerpos. Esto significa que las personas con infección en la piel rara vez desarrollan difteria faríngea al mismo tiempo. Se ha implicado tanto a las cepas toxigénicas como a las no toxigénicas en las infecciones cutáneas producidas por *C. diphtheriae*. La toxicidad sistémica debido a la difteria cutánea causada por cepas toxigénicas de la bacteria es rara, ocurriendo solo en el 1-2% de los casos^{2,3}.

El diagnóstico de la difteria cutánea se basa en la sospecha clínica de úlcera cutánea si existe un contexto epidemiológico plausible. La confirmación requiere la identificación del microorganismo causante en muestras tisulares o su detección mediante PCR³. La cicatrización de la herida suele producirse tras seis a doce semanas, aunque puede extenderse hasta un año².

En regiones como España, la difteria cutánea es rara. Sin embargo, los profesionales de la salud deben considerarla en el diagnóstico diferencial de pacientes con úlceras con márgenes elevados y antecedentes recientes de viaje a áreas tropicales^{2,3}. Una vez diagnosticada, se inicia tratamiento con antibióticos sistémicos, como eritromicina oral o penicilina G intramuscular. Los casos no son contagiosos después de 48 horas de tratamiento con antibióticos adecuados. Es crucial la monitorización de complicaciones tóxicas en las cepas productoras de toxinas, especialmente miocarditis y polineuritis, debiendo realizarse electrocardiograma y examen neurológico, según el caso^{2,3}.

Referencias:

1. Wilson IE, et al. Cutaneous Diphtheria. N Engl J Med. 2018;378:e17
2. Sears A, McLean M, Hingston D, Eddie B, Short P, Jones M. Cases of cutaneous diphtheria in New Zealand: implications for surveillance and management. N Z Med J. 2012;125(1350):64-71.
3. Alberto C, Osdoit S, Villani AP, et al. Cutaneous ulcers revealing diphtheria: A re-emerging disease imported from Indian Ocean countries? Ann Dermatol Venereol 2021; 148:34-9