

M. Labay Matías, F. Valle Sánchez,  
C. de Miguel Pardo, M.T. Valero Adán,  
J. Martín-Calama Valero

*An Esp Pediatr* 1998;48:666-667.

*Sr. Director:*

El carbunco o ántrax maligno es muy infrecuente en la actualidad<sup>(1-6)</sup>. Su nombre proviene de la palabra latina «carbunculus» por el color negro de la pústula que es su lesión fundamental en la piel. En la literatura médica anglosajona se denomina con el nombre genérico de «anthrax» que procede del griego «anthrakos», carbón<sup>(6)</sup>.

El carbunco está producido por el *Bacillus anthracis* que es un bacilo grande, grampositivo y formador de esporas. Aunque es patógeno para el hombre, la enfermedad afecta fundamentalmente a los animales domésticos y salvajes, sobre todo a cabras, ovejas, vacas y caballos<sup>(1-6)</sup>. Estos se infectan por la ingestión de pastos o piensos contaminados, mientras que los omnívoros y carnívoros lo pueden hacer a través de la carne infectada.

Los animales mueren tras una septicemia, excretando antes gran cantidad de bacilos en todas sus secreciones, contaminando el suelo, la vegetación y su propia piel. A continuación los gérmenes esporulan, pudiendo ser ingeridos por otros animales o penetrar a través de heridas superficiales. El carbunco humano suele adquirirse directamente de los animales enfermos, por fómites, tras la ingestión de carne contaminada deficientemente cocinada o por inhalación de esporas al manipular pieles de animales<sup>(1-6)</sup>. Excepcionalmente, la picadura de insectos puede ser causa de la enfermedad<sup>(7)</sup>.

Por su rareza en España, referimos a continuación un caso de carbunco cutáneo en un niño.

Caso clínico. Niño de 7 años de edad con residencia habitual en una localidad rural. El padre posee rebaño lanar. Acude a urgencias del hospital por presentar lesión negruzca, exudativa, en la mano derecha desde hace seis días, que va en aumento. Le aprecian, además, discreta tumefacción del antebrazo correspondiente. Niegan la presencia de garrapata en la zona afectada.

La exploración no mostró hallazgos relevantes, salvo lesión circular, con bordes sobreelevados de coloración negruzca, situada en la eminencia tenar de la mano derecha, de 1,5 cm de diámetro, con la piel parcialmente desprendida y exudado de aspecto seroso (Fig. 1). En la zona palmar se evidenció una pe-

## Carbunco cutáneo en un niño



**Figura 1.** Carbunco cutáneo: aspecto de la lesión, al octavo día de su inicio.

queña herida producida por caída casual tres días antes del ingreso. En el antebrazo derecho se apreció cordón rojizo, no doloroso, de un milímetro de diámetro y 15 centímetros de largo. No se palpaban adenopatías, no existía dolor a la presión en la lesión y no se registró fiebre.

El hemograma practicado mostró leucocitosis ( $18,3 \times 10^9/L$ ), neutrofilia (66,8%) y VSG de 16 mm; LDH 742 UI/L; CPK, glucosa, urea y creatinina normales. La radiología torácica fue normal. En el cultivo de exudado faríngeo y nasal no se identificaron gérmenes. En el cultivo de la herida se aislaron *Streptococcus viridians* y *Bacillus anthracis*.

Se trató inicialmente con amoxicilina-clavulánico i.v. a 100 mg/kg/día. Al recibir los resultados del cultivo se sustituyó por penicilina a dosis de 50 mg/kg/día. La evolución resultó favorable tras doce días de tratamiento. Al mes la lesión había desaparecido.

Existen cuatro formas clínicas de presentación en esta enfermedad: cutánea, pulmonar, gastrointestinal y meníngea<sup>(2-4,6)</sup>. La más habitual es la primera de ellas. El carbunco cutáneo se localiza preferentemente en cara, cuello y extremidades superiores<sup>(1)</sup>. El período de incubación oscila entre dos y siete días, desarrollándose a continuación una pápula que se convierte rápidamente en vesícula. La lesión no suele ser dolorosa, como en nuestro caso, ya que la infiltración de células inflamatorias afecta a las fibras nerviosas dérmicas degenerándolas y provocando ausencia de dolor. La pústula maligna, propia del carbunco cutáneo, se caracteriza por la formación de vesículas, con trombosis vascular local, necrosis hísti-

Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel «Obispo Polanco». Teruel.  
Correspondencia: Miguel Labay Matías. Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel «Obispo Polanco». Avenida Ruiz Jarabo, s/n. 44002 Teruel.

ca y hemorragia. A esto se debe el color negro-azulado de la lesión<sup>(6)</sup>.

Excepcionalmente pueden afectarse los ganglios regionales, signo premonitorio de la fase septicémica. Hasta el 20% de los carbuncos cutáneos no tratados cursan de esta forma, siendo mortales<sup>(1,3,4,6)</sup>. Recientemente se han descrito complicaciones secundarias en el curso del carbunco cutáneo, como la afectación de la arteria temporal<sup>(7)</sup> y la alteración de la función inmunitaria de los neutrófilos<sup>(8)</sup>.

El diagnóstico diferencial incluye la infección por rickettsias y la picadura de algún tipo de arañas<sup>(4)</sup>.

El tratamiento preconizado en el carbunco cutáneo es la penicilina, a dosis de hasta 250.000 UI/kg/día, en función de la gravedad. Ciprofloxacino, doxiciclina y macrólidos constituyen alternativas válidas<sup>(1-3)</sup>.

Es de resaltar la escasez de publicaciones sobre el tema, salvo las procedentes de países asiáticos y africanos.

## Bibliografía

1 Mallon E, Mckee PH. Extraordinary case report: cutaneous Anthrax.

*Am J Dermatopathol* 1997; **19**:79-82.

- 2 Paulet R, Caussin C, Coudray JM, Selcer D, Rohan Chabot P. Forme viscerale de charbon humain importee d'Afrique. *Presse Med* 1994; **23**:477-478.
- 3 Taylor JP, Dimmitt DC, Ezzell JW, Wittford H. Indigenous human cutaneous anthrax in Texas. *South Med J* 1993; **86**:1-4.
- 4 De Lalla F, Ezzell JW, Pellizzer G, Parenti E, Vaglia A, Marranconi F. Familial outbreak of agricultural anthrax in an area of northern Italy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1992; **11**:839-842.
- 5 Bradaric N, Punda Polic V. Cutaneous anthrax due to penicillin-resistant *Bacillus anthracis* transmitted by an insect bite. *Lancet* 1992; **340**:306-307.
- 6 Benjamin DR, Anthrax. En: Wedgwood RJ, Davis SD, Ray CG, Kelley VC, eds. *Infections in children*. New York: Harper-Row 1980; 464-466.
- 7 Doganay M, Aygen B, Inan M, Kandemir O, Turnbull P. Temporal artery inflammation as a complication of anthrax. *J Infect* 1994; **28**:311-314.
- 8 Alexeyev OA, Mozorov VG, Suzdaltseva TV, Mishukov AS, Steinberg LA. Impaired neutrophil function in the cutaneous form of anthrax. *Infection* 1994; **22**:281-282.

M.A. Diego Núñez,  
A. González Menéndez

*An Esp Pediatr* 1998;48:667-668.

*Sr. Director:*

La perforación y el tatuaje corporales se están extendiendo progresivamente entre los adolescentes españoles de ambos sexos, con especial rapidez en la década actual, debido a su difusión entre cantantes y miembros de grupos musicales, modelos, actores, deportistas, etc.; así como en los medios de comunicación, tanto en la publicidad como en las series televisivas. La moda de la perforación, conocida por el término inglés *piercing*, no está, sin embargo, exenta de complicaciones y riesgos potencialmente muy peligrosos que los pediatras debemos conocer para su correcto tratamiento y para asesorar a los padres y adolescentes<sup>(1)</sup>.

La perforación o anillado corporal suele aplicarse en zonas descubiertas (pabellones auriculares, alas de la nariz, cola de las cejas, labio inferior) y en el ombligo, siendo infrecuentes otras

## Perforación corporal: ¿Una moda inofensiva?

localizaciones (lengua, pezones, genitales). Dentro del pabellón auricular conviene distinguir la perforación de los tejidos blandos (especialmente el lóbulo) de la que afecta al tejido cartilaginoso (del hélix habitualmente)<sup>(2,3)</sup>.

Las complicaciones derivadas de la perforación pueden obedecer al empleo de técnicas incorrectas o sin una rigurosa asepsia, a la elección de una zona inapropiada o por la que discurren nervios o vasos sanguíneos, al uso de materiales inadecuados tanto por sus características físicas, como por su composición metálica, o a la falta de cuidados de la zona perforada, entre otras.

Las complicaciones infecciosas revisten especial gravedad, sobre todo las generales: SIDA, hepatitis B y no A no B<sup>(4)</sup>, sepsis<sup>(5)</sup>, shock tóxico<sup>(6)</sup>, glomerulonefritis postestreptocócica<sup>(7)</sup>, endocarditis infecciosa<sup>(8)</sup>, tétanos, etc. Las infecciones locales difieren según el lugar de la perforación, ya que, en el pabellón auricular, las que afectan al lóbulo suelen estar producidas por estafilococos y estreptococos, mientras que las que incluyen cartilago conllevan con más frecuencia infección por *Pseudomonas*

Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia. Centro de Salud La Puebla. Palencia  
Correspondencia: Miguel Angel Diego Núñez. Plaza Onésimo Redondo 3, Esc. 1ª, 3º B. 34.001 Palencia