



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Úlcera dolorosa en paciente de raza negra

Painful Ulcer in a Black Man

Historia clínica

Varón afroamericano de 58 años, natural de Senegal, actualmente residente en Tenerife, sin antecedentes personales ni familiares de interés. El paciente había manipulado una herida con un palo de madera en su última visita a Senegal hacía un mes.

Exploración física

Pápula con exudado blanquecino-sanguinolento de 1 × 2 cm de diámetro, dolorosa, localizada en la rodilla derecha. En muslo izquierdo, presentaba una úlcera de 7 × 5 cm de diámetro, con borde indurado y una zona central con tejido de granulación (fig. 1). Afebril, normotenso, pulsos periféricos conservados. Buen estado general salvo escala visual analógica (EVA) de 7/10.



Figura 1

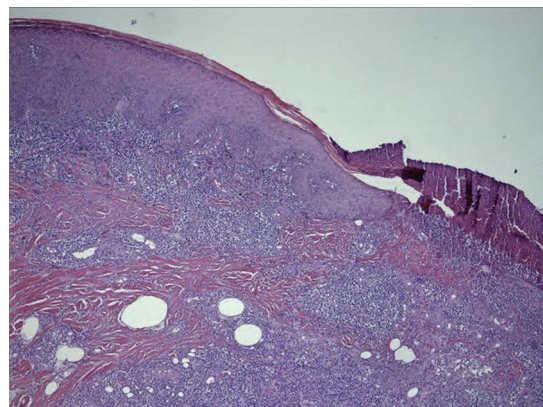


Figura 2 Hematoxilina-eosina, de 10 aumentos (×10).

Pruebas complementarias

Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Cultivo bacteriano del exudado purulento y de la biopsia cutánea del centro de la úlcera, positivo para *Staphylococcus aureus*. Cultivos para micobacterias, hongos y la PCR para *Leishmania*, negativos. Serologías para sífilis, VIH, VHC y VHB, negativas. Mantoux positivo (11 mm). Quantiferon® negativo y radiografía de tórax dentro de la normalidad.

Histopatología

En el estudio histológico de una biopsia del borde de la úlcera se apreciaba una reacción granulomatosa y tejido de granulación con fenómenos abscesificantes (fig. 2). El estudio con tinción PAS y Ziehl-Neelsen de la muestra cutánea, no detectó agentes biológicos.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Úlcera fagedénica tropical.

Evolución y tratamiento

El paciente inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/78 h durante 14 días y curas diarias con ácido fusídico. A las 3 semanas, las lesiones habían disminuido un 50% su tamaño y a los 3 meses, solo se apreciaba lesión cicatricial.

Comentario

La úlcera tropical o fagedénica tropical es una lesión cutánea causada por una infección bacteriana sinérgica. La mayoría de los casos descritos han sido asociados a *Fusobacterium* spp, *Staphylococcus aureus* y espiroquetas, entre otras. La infección suele contraerse por un traumatismo o contacto con aguas estancadas en países endémicos como Guinea Ecuatorial y Senegal¹. Clásicamente se ha considerado la malnutrición como un importante factor de riesgo, pero estudios recientes parecen mostrar que no existe relación entre los niveles de nutrición y el desarrollo de úlceras tropicales².

La úlcera tropical es una infección bacteriana anaerobia sinérgica que, en su evolución, puede colonizarse por microorganismos aerobios como *Staphylococcus aureus*³. En muchos de los casos es difícil aislar el microorganismo causante^{1,4-6}. La infección no confiere inmunidad, por lo que las recurrencias son posibles. La patogenia es desconocida, hoy se acepta que la úlcera tropical es secundaria a la inoculación de microorganismos mediante un traumatismo o por el contacto con aguas estancadas^{3,4}. Es un diagnóstico clínico de exclusión³. Los antibióticos sistémicos son curativos, el más empleado es la penicilina, y en caso de alergia, el metronidazol^{1-4,6}. Si la úlcera tropical no es adecuadamente tratada, es posible el desarrollo de una úlcera crónica y de procesos oncológicos como carcinomas epidermoides². Dado

el incremento en la inmigración y la visita turística a países endémicos, es importante incluir la úlcera tropical entre el diagnóstico diferencial de úlceras de etiología infecciosa ya que puede estar infradiagnosticada por su desconocimiento. Según la literatura especializada revisada, es el tercer caso en Europa hasta la fecha^{4,6}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Adriaans B, Hay R, Drasar B, Robinson D. The infectious aetiology of tropical ulcer a study of the role of anaerobic bacteria. *Br J Dermatol.* 1987;116:31-7.
2. Robinson DC, Hay RJ. Tropical ulcer in Zambia. *Trans R Soc Med Hyg.* 1985;80:132-7.
3. Hay RJ, Adriaans BM. Bacterial infections. En: Burus T, Breatnach S, Cox N, Griffiths C, editores. *Rook's Textbook of Dermatology.* 8th edition Oxford: Blackwell publishing Ltd; 2010, pp 30. 61-30.62.
4. Mateu A, Ferrando F. Úlcera en la pierna de un niño de Guinea Ecuatorial. *Piel.* 2003;18:42-4.
5. Welsh O, Schmid-Grendelmeier P, Stingl P, Hafner J, Leppard B, Mahé A. Tropical dermatology: Part II. *J Am Acad Dermatol.* 2002;46:748-63.
6. Robinson DC, Adriaans B, Hay RJ, Yesudian P. The epidemiology and clinical features of tropical ulcer. *Int J Dermatol.* 1988;26:49-53.

I. Latour-Álvarez*, M. Arteaga-Henriquez
y A. de Andrés-del Rosario

Departamento de Dermatología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irenelatouralvarez@gmail.com

(I. Latour-Álvarez).