

CIRUGÍA GENERAL

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: FORUNCULOSIS

Juan Carlos Sánchez Gaitán*

SUMMARY

Furunculosis it's a pathology produced by S.aureus that affects hair follicle in dermis that leads to abscess. Patient's endogen and exogen facts must be evaluated at time of treatment. Initial treatment consists drainage lesion and adjunctive antibiotics. Recurrent presentation is a difficult and a challenging process.

INTRODUCCIÓN

La forunculosis es una nodulación inflamatoria que involucra al folículo piloso con un pequeño absceso que se extiende a través

de las capas de la dermis y es causada por la bacteria gram positivo coagulosa positivo Sthaphilococcus Aureus (SA), y su variante metiloresistente (MRSA).⁽⁶⁾ La estafilocoxemia fue descrita primeramente por Alexander Ogson en 1880 asociándolo en abscesos cutáneos y síndrome de piel escaldada.⁽⁹⁾ La Forunculosis recurrente es generalmente definida como 4 o mas episodios en un año.⁽³⁾ Su tratamiento inicial en su forma simple se puede tratar con calor húmedo a nivel local y drenaje del absceso^(4,12), sin embargo puede a llegar a ser dificultoso su

tratamiento cuando es recurrente.⁽⁵⁾

ETOLOGÍA

El SA en un comensal presente en la piel y en mucosas, y el ser humano es un reservorio predominante. El 20 % de la población lo tiene de manera crónica y 60 % de manera intermitente. (1) Con el MRSA se ha visto que a nivel genético, la alteración del cromosoma bacteriano puede verse relacionado con la presencia del gen Panton-Valentine Leucocidin (PVL) que es capaz de producir una toxina

* Médico General
Área de Salud San Francisco – San Antonio. Coopesana

formadora de poro causando la lisis celular de neutrofilos, monocitos, macrófagos, y activando la producción de tejido necrótico. ^(1, 7, 8) Mannose-binding lectin (MBL) es una proteína de fase aguda responsable de activar el mecanismo de la lectina en el sistema inmune innato. Un nivel reducido de MBL se ha relacionado con defectos en la opsonización. Una investigación mostro que ciertos miembros de una familia en particular que padecía forunculosis de manera recurrente, los genotipos MLB diferían de aquellos miembros que no lo había presentado. ⁽¹¹⁾

FACTORES DE RIESGO

Aproximadamente el 30% de adultos sanos ha sido colonizado por *S.aureus* en algún momento de su vida y el principal sitio de colonización son las narinas nasales aunque también se puede encontrar a faringe, tracto gastrointestinal y en región perineal en menor frecuencia. Por otro lado, la infección de origen endógeno es más frecuente que de origen exógeno. ⁽¹⁰⁾ El principal factor de riesgo para forunculitis es el contacto directo con individuos infectados, familiares cercanos y personal de salud. ⁽¹⁾ Existen poblaciones con mayor riesgo de MRSA en que las condiciones de higiene son bajas como prisioneros, drogadictos,

atletas, aborígenes australianos y nativos americanos. ⁽⁹⁾

Características individuales pueden predisponer a la recurrencia como la colonización nasal de SA, historia familiar, anemia por deficiencia de hierro, hospitalización previa, pobre higiene personal, diabéticos y uso de antibióticos previos. ^(6,1)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El forúnculo comienza como un nódulo foliculo concentrico duro, rojizo y sensible en la piel pilosa, que aumenta de tamaño, se vuelve doloroso y fluctuante después de varios días (se forma un absceso). Más tarde se rompe, con secreción de pus y sustancia necrótica. Luego de días a semanas el dolor cede y el enrojecimiento y edema disminuyen. ⁽¹²⁾

DIAGNÓSTICO

La evaluación inicial de los pacientes afectados requiere de un cultivo bacteriano del forúnculo para confirmar el organismo causal. La técnica estándar es tomar la muestra del centro o si la herida es grande es tomar la muestra desde las orillas hasta el centro. La biopsia local para cultivo es otra opción, pero es raramente necesaria. ⁽¹¹⁾ En la forunculosis extensiva se puede encontrar en el leucograma

leucocitosis. ⁽¹²⁾

TRATAMIENTO

El manejo en su forma simple se basa en el drenaje por medio de una incisión simple en aquellos casos en que el absceso en menor de 5 cm. En aquellos casos en que es mayor de 5 cm, hay fiebre o celulitis asociada, se debe indicar antibióticos sistémicos. La terapia se vuelve más complicada cuando los pacientes tienen forunculosis recurrente y múltiple. ⁽¹⁾ Para esto se ha propuesto una triada terapéutica que consiste en: uso de antibióticos, descolonización y descontaminación. ^(2, 12) Entre los antibióticos, el de primera línea es la clindamicina ^(7,11) y de de segunda línea TMP-SX y doxiclina, los cuales debe ser tomados por lo menos por una semana. ^(1,12) La descontaminación esta dirigida en el ambiente del paciente donde se recomienda el lavado de manos y cuerpo con jabón de clorexhidina al 4%, control de casos de forunculosis intrafamiliar, lavado de ropa personal y de cama, contaminada. En la descolonización consiste en la erradicación del *S.aureus*. ⁽¹¹⁾ Se ha propuesto el uso de la combinación de desinfección de la piel por medio clorexhidina por 21 días, antibiótico local nasal como la crema de mupirocina por 5 días, y clindamicina oral 1800 – 2400 mg por 21 días con

resultados de un 87% de remisión a los 9 meses. ⁽³⁾ Además también existe la termoterapia por medio de hipertermia local inducida utilizando compresas calientes que promueven la maduración, drenaje y resolución de furúnculos simples. ⁽²⁾

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Entre las patologías de diagnostico diferencial tenemos: acné quístico, kerion, hidradenitis supurativa, ruptura de quiste epidérmico de inclusión, miliasis furuncular, absceso dental apical y osteomielitis. ⁽¹²⁾

RESUMEN

La forunculosis es una patología producida por *S.aureus* que afecta el lecho piloso de la dermis desencadenando un absceso. Factores exógenos y endógenos del paciente debe de ser valorados en el momento de su abordaje. El manejo inicial se basa en el drenaje de la lesión, concomitante con el uso de antibióticos sistémicos y puede llegar a ser

desafiante su tratamiento cuando la presentación es recurrente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atanaskova Natasha, Tomecki Kenneth J. Innovative Management of Recurrent Furunculosis. *Dermatol Clin* 28 (2010) 479 – 487.
2. Badwell Doherty Christy. Et al. Thermotherapy in dermatologic infections. *Journal of the American Academy of Dermatology*. Vol 62, Issue 6. 2010 Jun; 62(6):909-27.
3. Davido D. Et al. Recurrent furunculosis: Efficacy of the CMC regimen – skin disinfection (chlorhexidine), local nasal antibiotic (mupirocin) and systematic antibiotic (clindamycin). *Scandinavian Journal Of Infectious Disease (Scand J Infect Dis)* 2013 jul 15.
4. Elson Dirk M. How to Handle a CA-MRSA Outbreak. *Dermatologic Clinics* Vol 27 Issue 1.2009 Jan;27(1):43-8.
5. Engelhard EA. Et al. Treatment of recurrent furunculosis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2013 Vol 157 (5), pp A5548.
6. Hady El Gilanny Abdel. *Dermatology Online Journal* Volume 15 Number 1 January 2009.
7. Massiuk Helena. Et al. Association of Recurrent Furunculosis with Panton – Valentine –Leucocidin and Genetic Background of *Staphylococcus aureus*. *Journal of Clinic Microbiology*. Vol 48. N° 5. May 2010. Pags 1527 – 1535.
8. Pérez E. – Roth, Et al. Familial Furunculosis Associated with Community –Acquired Leukocidin-Positive Meticilin –Susceptible *Sthaphilococcus aureus*. *J.Clin Microbiology* Vol 48 N° 1 pags 329-332.
9. Shinefield Henry R, Ruff Naomi L. *Staphylococcal Infections: A Historical Perspective*. *Infectious Disease Clinics of North America*. Vol 23, Issue 1 (March 2009)1-15.
10. Simor Andrew E. Daneman Nick. *Staphylococcus aureus Decolonization as a Prevention Strategy*. *Infect Dis N Am* 23 (2009) 133-151.
11. Van Dijk H Kars M. Association of furunculosis and familial deficiency of mannose-binding lectin *European Journal of Clinical Investigation* [2005, 35(8):531-534].
12. Wolff, et al. *Dermatología en Medicina General* 7. Edición 2010, Editorial Medica Panamericana. Tomo 3. Pags 1698 – 1701.