

# ROUND MICROBIOLOGÍA SD. DE ÚLCERA TROPICAL

Res. Dr. Ezequiel García  
Posgr. Dra. María Elena Calgaro  
Asist. Dra. Lucía Araujo  
Asist. Dr. Steven Tapia  
Prof. Agda. Dra. Zaida Arteta

# CASO CLÍNICO

SM, 38 años. Procedente de Cuba, en Montevideo hace 4 meses.

Emigra inicialmente hacia Surinam en forma aérea, trabaja 9 meses como buzo, contacto con agua oceánica, dulce, vegetación marina y selvática.

Desde Surinam viaja por vía terrestre hasta frontera Uruguay- Brasil.

Consulta por lesión ulcerativa a nivel de pantorrilla derecha de 3 meses de evolución. 5 meses atrás, durante estancia en Surinam, presentó lesión nodular de 2 cm de diámetro. En la evolución aumenta de tamaño. No asocia otras lesiones ni adenomegalias satélite.

Lesión ulcerativa 4 cm, bordes elevados eritematosos, indurados, no dolorosa, escozor al roce en bordes



**Rx de pierna derecha:** sin compromiso óseo.

**Serologías:** VIH, sífilis, VHB, VHC negativas.

# CASO CLÍNICO

## **Planteo diagnóstico:**

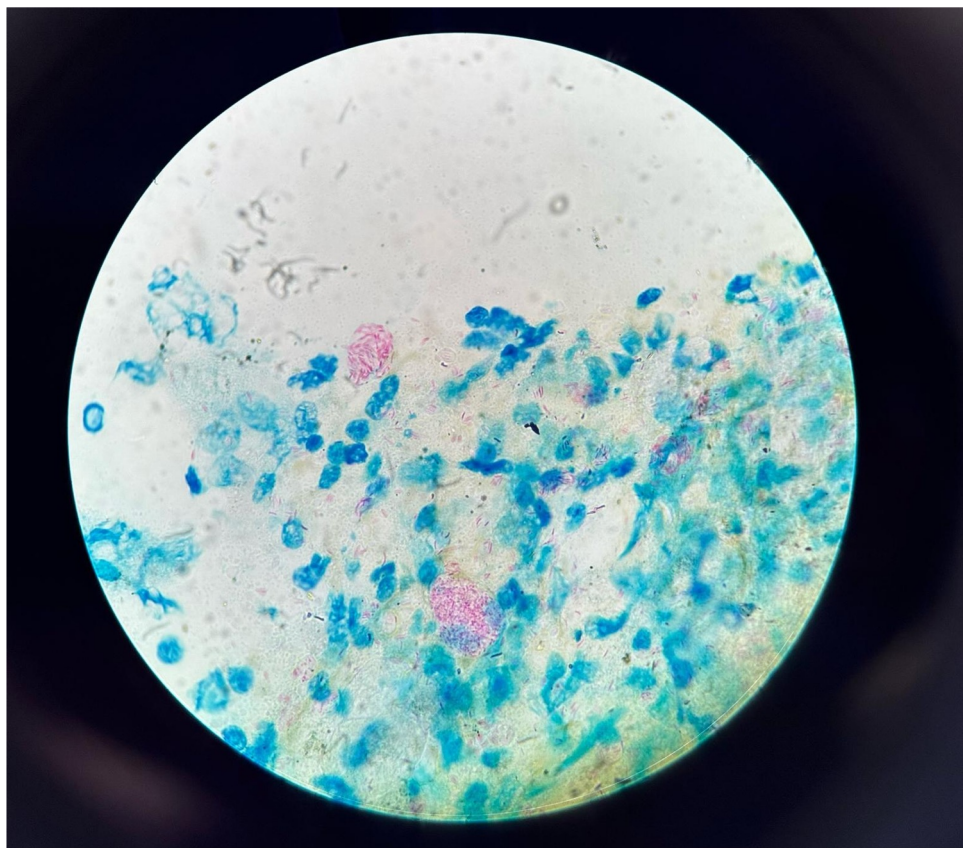
Sd. de úlcera tropical/ Sd. ulcerativo crónico. Como primeros planteos etiológicos: Leishmaniasis cutánea vs Micobacteriosis por bacterias no tuberculosas (Úlcera de Buruli), más alejado Nocardiosis.

## **MICROBIOLOGÍA DE BIOPSIA:**

**Se toman muestras de biopsia por equipo de dermatología, Dra. Vola y se envían muestras para estudios microbiológicos, bacteriología Dra. Gadea, CHLA, micología Dr. Carbría, parasitología Dra. Basmadjian (PCR leishmania):**

- Baciloscopias: positivas
- Bacteriológico: Directo se observan elementos sanguíneos, no se observan bacterias. Cultivo sin desarrollo
- Micológico: Directo no se observan estructuras fúngicas. Cultivos sin desarrollo
- Parasitológico: Giemsa no se observan estructuras parasitarias

# CASO CLÍNICO



**ZN : ++, se observan 1 a 10 BAAR por campo de 50 observados**

# CASO CLÍNICO

Dado hallazgos microbiológicos al directo se confirma una Úlcera de Buruli, probablemente causada por *Mycobacterium ulcerans*. Comienza tratamiento empírico con Rifampicina 900mg/día + Moxifloxacina 400 mg día, se planifiaca por 8 semanas. Buena evolución clínica inicial con tratamiento instaurado.



Dos semanas luego de comenzado el tratamiento

# APRENDIZAJES

- Ante un paciente con una úlcera única, de evolución subaguda-crónica, indolora, en miembros, proveniente de una zona tropical, debemos sospechar Sd. de úlcera tropical.
- Debemos tener en cuenta y prestar atención a los antecedentes epidemiológicos del paciente para una correcta orientación etiológica, ya que existe gran variedad de etiologías infecciosas.
- Es importante comunicarse con los profesionales de laboratorio informando cuál es nuestra sospecha diagnóstica para así obtener resultados certeros y concluyentes.
- La confirmación diagnóstica de *M. ulcerans* con cultivo es muy poco probable, por lo que un ZN con un elevado número de bacilos extracelulares AAR que forman microcolonias nos debe alcanzar para comenzar el tratamiento antibiótico empírico.
- El tratamiento de elección ante una Úlcera de Buruli es Rifampicina asociado a Claritromicina o una fluoroquinolona (esta última asociación demostró mayor tasa de curación).



# Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas, 2024.