

Difteria

La difteria es una enfermedad infecciosa producida por una bacteria que puede afectar a las vías respiratorias, a la piel o puede no producir ningún síntoma (en este caso se trata de portadores sanos de la enfermedad). Su característica principal es la formación de falsas membranas (pseudomembranas) en la garganta (faringe), como consecuencia de una sustancia tóxica (toxina) producida por la bacteria.

En los países desarrollados la difteria está prácticamente erradicada debido a la vacunación. Sin embargo, la enfermedad persiste en los países en vías de desarrollo en donde los sistemas de vacunación son deficientes.



¿Cuáles son sus causas?

La bacteria responsable de la difteria se llama *Corynebacterium diphtheriae*.

¿Cómo se contagia?

La difteria se puede adquirir:

- **Por contagio directo**, a partir de las gotitas respiratorias que eliminan al toser o al estornudar las personas infectadas o los portadores sin síntomas.
- **Por contagio indirecto**. A través de objetos contaminados. Es una vía de transmisión infrecuente.

Las lesiones cutáneas también son una fuente de infección, sobre todo en los climas tropicales.

La difteria puede producirse en cualquier época del año con un aumento de la incidencia en los meses más fríos.

¿Qué síntomas produce?

El tiempo que transcurre desde que se tiene el contacto con la bacteria hasta que aparece la difteria (periodo de incubación) es de 2 a 5 días. El grado de afectación depende del estado de inmunidad, es decir de las defensas de la persona contagiada. Las personas vacunadas también pueden padecer la enfermedad aunque de forma más leve.

Las formas de presentación más frecuentes de la difteria son:

- **Difteria respiratoria.** La mayor parte de los pacientes con difteria respiratoria comienzan con dolor de garganta, fiebre menor de 38 °C, malestar general, dificultad al tragar, pérdida de apetito y ronquera si se afecta la laringe. La faringe aparece enrojecida y a los 2 ó 3 días pueden aparecer placas grisáceas y blanquecinas que van aumentando de tamaño para formar falsas membranas (pseudomembranas) duras, de color gris, que se adhieren sobre todo a faringe, amígdalas, laringe y/o nariz. Si se extienden pueden afectar también a la tráquea. La afectación de la nariz puede ser leve o moderada y puede producir sangrado con las secreciones nasales. A diferencia de las “placas” que se forman en las amígdalas o en la faringe como consecuencia de otras infecciones, las falsas membranas de la difteria están fuertemente adheridas a estas zonas y al intentar quitarlas se puede producir sangrado. En los casos graves se observan ganglios (adenopatías) e inflamación de la parte delantera del cuello, lo que puede producir el aspecto de “cuello de toro”. La inflamación del cuello y la dificultad respiratoria son signos de mal pronóstico.
- **Difteria cutánea.** Generalmente se debe a una infección de una lesión previa de la piel (herida, eczema, o psoriasis) por *Corynebacterium diphtheriae*. En el trópico es más frecuente que la difteria respiratoria. El paciente suele acudir al médico por presentar úlceras con una base grisácea que no terminan de cicatrizar, sobre todo en las extremidades. Las lesiones no suelen exceder los 5 cm.

¿Cuáles son sus complicaciones?

Las complicaciones más frecuentes de la difteria se deben a:

- Aumento de la extensión de las falsas membranas, lo que produce una obstrucción de las vías aéreas. Los niños son especialmente susceptibles debido al pequeño tamaño de sus vías aéreas. Esta obstrucción puede producir dificultad respiratoria grave.
- Diseminación de la toxina diftérica a través de la sangre.
 - Inflamación del corazón (miocarditis), es la complicación más frecuente y es proporcional a la gravedad de la enfermedad local. Es un signo de mal pronóstico.
 - Afectación del sistema nervioso. Sucede en el 5 % de los pacientes, sobre todo en los casos graves de difteria. Puede producir parálisis de alguna zona de la garganta (del paladar blando o de la faringe), parálisis de los nervios craneales (afectando a la

- movilidad de los ojos, de la cara o parálisis de la laringe) o parálisis de otros nervios del cuerpo.
- Afectación del riñón.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de la difteria se basa en la sintomatología y requiere el cultivo de la bacteria en muestras tomadas de la faringe o de la nariz por medio de un bastoncillo de algodón. El diagnóstico puede llevar varios días, lo que tarda en crecer la bacteria en el cultivo.

¿Cuál es su pronóstico?

La recuperación de la difteria es lenta. La muerte se produce fundamentalmente en personas no vacunadas. Los factores de riesgo para desarrollar una difteria grave son:

- Difteria con “cuello de toro”.
- Miocarditis con afectación del ritmo cardiaco.
- Edad superior a 60 años o inferior a 6 meses.
- Alcoholismo.
- Presencia de membranas de gran tamaño.
- Afectación de laringe, tráquea y/ o bronquios.
- Que el tiempo transcurrido entre el comienzo de la enfermedad y la administración de la antitoxina sea demasiado largo.

La difteria cutánea tiene una tasa pequeña de mortalidad y es raro que se asocie a complicaciones como la miocarditis o neuropatía periférica.

¿Cuál es su tratamiento?

Los pacientes con difteria respiratoria deben ser hospitalizados para controlar la respuesta al tratamiento y vigilar las posibles complicaciones. El tratamiento consiste en:

- **Administración de antitoxina diftérica.** Se administra para neutralizar la toxina producida por la bacteria. Su administración temprana es prioritaria en el manejo de la enfermedad respiratoria; disminuye tanto su extensión como el riesgo de desarrollar complicaciones y la mortalidad. Debe ser administrada en cuanto se obtengan muestras para cultivar, sin esperar a los resultados del laboratorio.
- **Tratamiento antibiótico.** Los antibióticos se utilizan para disminuir el contagio, para eliminar al *Corynebacterium diphtheriae* y para evitar la formación continuada de toxina diftérica. La difteria cutánea requiere tratamiento antibiótico, si bien es también primordial tratar la enfermedad cutánea inicial. Los portadores de *Corynebacterium diphtheriae* deben recibir tratamiento antibiótico ya que la vacunación no previene el estado de portador.

¿Puede prevenirse?

La vacunación ha reducido de forma muy importante la incidencia de difteria en los países desarrollados.

La vacuna ayuda a que el organismo produzca defensas contra la toxina diftérica. Se administra combinada con la del tétanos y la de la tos ferina. El Calendario Vacunal Español recomienda vacunar a los 2, 4, 6 y 15-18 meses, con dosis de recuerdo a los 4-6 años y a los 11-14 años (6 dosis en total).

La vacuna puede combinarse con:

- DTPa: Difteria, tétanos y tos ferina.
- Tdpa: Difteria, tétanos y tos ferina presentadas con menor dosis para difteria y tos ferina. Se utiliza como dosis de recuerdo.
- Td: Tétanos y difteria. Se utiliza como dosis de recuerdo.

La protección que se adquiere con la vacuna de la difteria no dura toda la vida, solo 10 años. Por eso algunos organismos internacionales recomiendan administrar una dosis de recuerdo cada 10 años tras completar la vacunación habitual.

Todos los contactos próximos de un paciente con difteria (incluso aquellos con resultados de laboratorio negativos) deben comenzar con tratamiento antibiótico en cuanto se les tomen las muestras para el análisis del laboratorio.

Los contactos que desconozcan si están o no vacunados deben recibir una dosis vacunal de recuerdo (Tdap).

Los portadores de *Corynebacterium diphteriae* deben recibir tratamiento antibiótico y ser vacunados