

Los conceptos y recomendaciones establecidos en esta guía pretenden orientar la atención de los pacientes, sin embargo, todo usuario deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden surgir cambios.

La piel es una barrera para la infección, pero esto se puede romper a través de glándulas, folículos, heridas, picaduras de insectos y afecciones cutáneas comunes como eczema.

La mayoría de las infecciones en piel son de origen bacteriano, pero también pueden ser de origen viral, micótico y parasitarias. Por lo general son infecciones leves, como el impétigo o la foliculitis. A veces, son infecciones con capacidad invasora local y repercusión sistémica, pudiendo poner en peligro la vida del paciente (fascitis necrotizante).

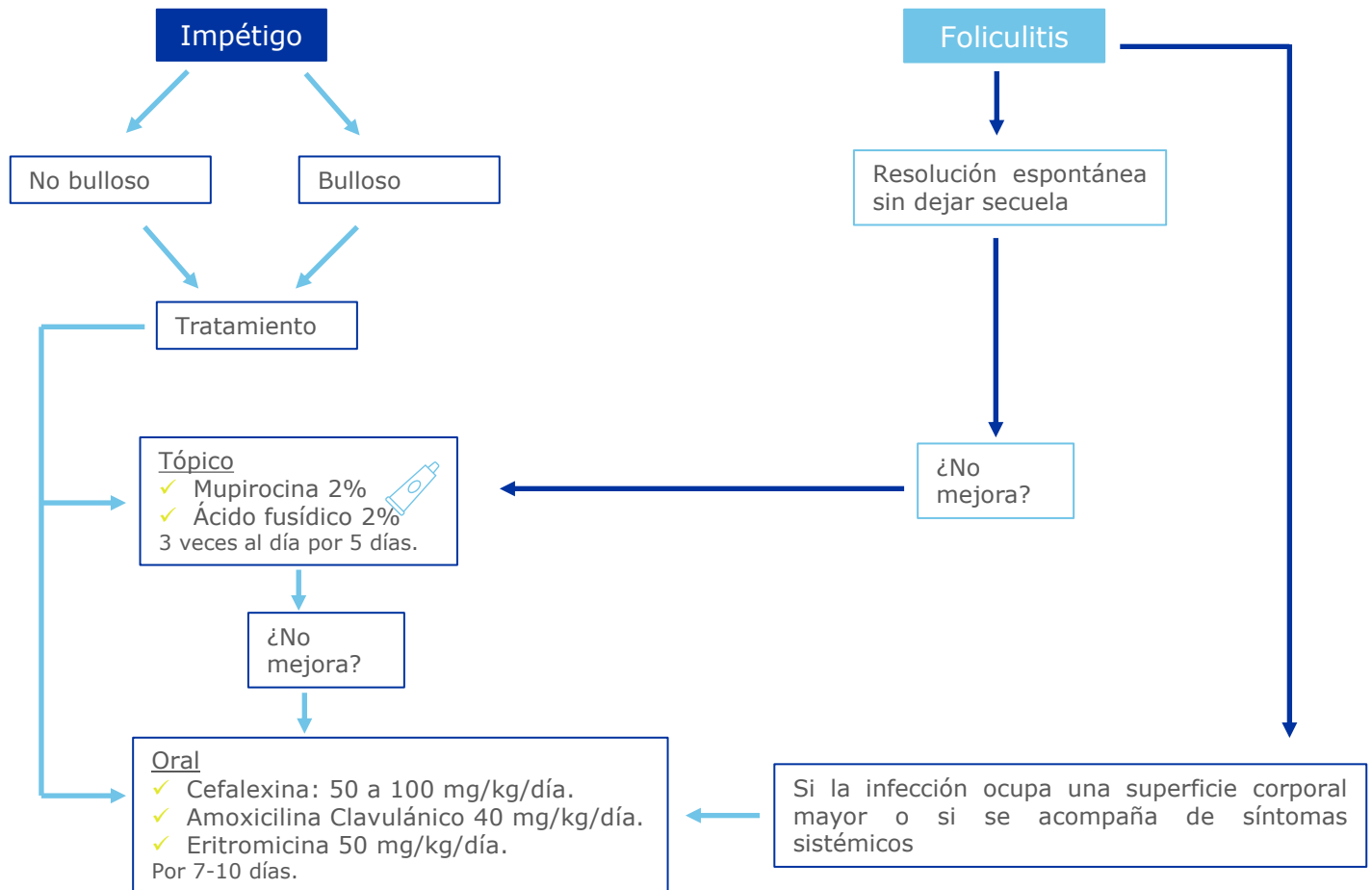
Los principales factores de riesgo son el deterioro de la integridad de la piel, la falta de higiene, el hacinamiento, la humedad y las inmunodeficiencias.

## Impétigo

- Lesiones vesiculares purulentas que comprometen la epidermis sin dejar cicatriz.
- Es la infección de la piel más frecuente en niños y presenta un pico de mayor incidencia entre los 2 y los 5 años.
- Es más frecuente en climas tropicales o subtropicales y en climas cálidos durante los meses de verano.
- Afecta principalmente los niveles sociales más pobres, en condiciones de hacinamiento y saneamiento insuficiente.
- La transmisión es por contacto directo y se puede auto-inocular.
- **Etiología:**
  - **Bullosos:** causado por *E. aureus* solo o en combinación con el SBHGA y se lo relaciona ocasionalmente con estreptococos del grupo C y G
  - **No bullosos:** siempre es causado por el *E. aureus*
- **Características:** las lesiones son, por lo general, bien delimitadas, pero pueden ser múltiples. Afecta en su mayoría superficies expuestas, como miembros y cara (de localización preferentemente periorificial alrededor de las narinas y la boca), nunca está comprometida la mucosa oral.
- **Diagnóstico:** clínico y, en general, no requiere de estudios microbiológicos. Se recomienda el cultivo de las lesiones en aquellos casos de falla al tratamiento, recurrencia o infecciones en huéspedes inmunodeprimidos.
- **Diagnósticos diferenciales:** dermatitis atópica, candidiasis, dermatofitosis, lupus eritematoso discoide, herpes simple, picadura de insecto, pénfigo foliáceo, escabiosis y varicela.
- **Complicaciones:** son raras y en general relacionadas con el impétigo no bulloso, Puede ocurrir propagación local y sistémica y producir celulitis, adenitis, linfadenitis y menos frecuentemente neumonía, artritis, osteomielitis y sepsis.

## Foliculitis

- Infección superficial de folículo piloso que se manifiesta por discretas pápulas o pústulas con base eritematosa.
- Como factores predisponentes tenemos la depilación, humedad, obesidad, dermatosis subyacente, alteraciones de la inmunidad, diabetes.
- El principal agente etiológico es el *E. aureus*, aunque en ocasiones los bacilos gram negativos también pueden ocasionar foliculitis.
- **Diagnóstico:** clínico.
- **Diagnósticos diferenciales:** foliculitis por injuria física o química, foliculitis eosinofílica, picaduras de insectos, escabiosis, pseudofoliculitis de la barba e infecciones por especies de *Malassezia*.
- **Complicaciones:** son poco frecuentes (celulitis, adenitis).



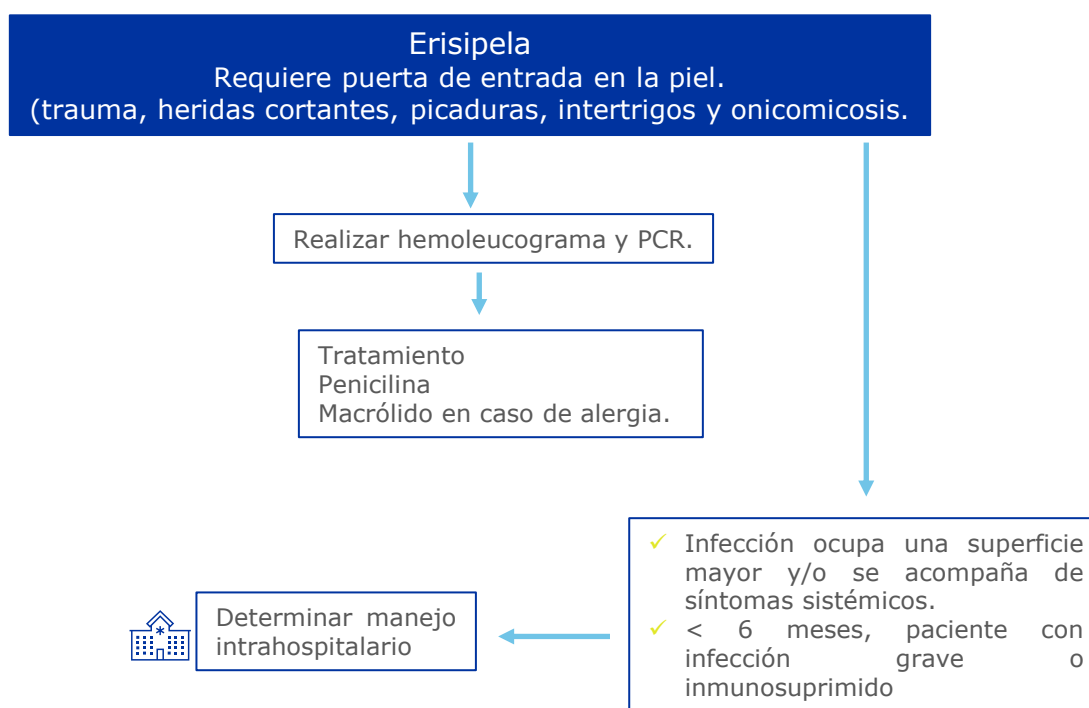
**Impétigo recurrente:** 2 o más episodios en 6 meses. Higiene con jabones comunes o antisépticos y el saneamiento del medioambiente. Aislamiento de in SAMR.co, se aconseja descolonización nasal con cremas antibióticas.



**Formas recurrentes de foliculitis:** buscar estado de portador de A. aureus a través de hisopado nasal, axilar o inguinal – cultivo positivo, descolonización del paciente y contactos.

## Erisipela

- Infección aguda de la piel, no necrosante, que afecta la dermis superficial, con marcado compromiso de los vasos linfáticos subyacentes y, en algunos casos, rápidamente progresiva.
- Es infección esporádica sin carácter epidémico, que se presenta con una distribución bimodal en cuanto a la edad; es más frecuente en niños pequeños y sobre todo en mayores de 60 años.
- La puerta de entrada más frecuente para el ingreso del microorganismo y la diseminación local posterior es la disrupción de la piel a partir de traumatismos, como heridas cortantes, picaduras, intertrigos y onicomicosis. En neonatos la puerta de entrada puede ser el cordón umbilical y diseminarse a la pared abdominal. Otros factores predisponentes son la obesidad, la diabetes, el edema secundario a obstrucción linfática.
- **Etiología:**
  - Estreptococo beta hemolitico del grupo A (SBHGA) es el patógeno predominante, aunque también puede ser producida por estreptococos de los grupos C y G, y en menor frecuencia por estreptococos del grupo B o E. aureus.
  - Los bacilos gram negativos (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter calcoaceticus*, *Haemophilus influenzae*, enterobacteriáceas), en forma aislada o asociados a otros agentes, también pueden ocasionar esta infección.
- **Diagnóstico:** fundamentalmente clínico. La leucocitosis, eritrosedimentación acelerada y proteína C reactiva elevada son hallazgos frecuentes que acompañan al cuadro infeccioso. La realización de una punción - aspiración para cultivo o de una biopsia cutánea suele indicarse en situaciones especiales, tales como pacientes inmunodeficientes, lesiones relacionadas con inmersión en aguas y mordeduras animales.
- **Diagnósticos diferenciales:** dermatitis de contacto, quemaduras, urticaria, celulitis, paniculitis, linfangitis troncular y fascitis necrotizante.
- **Complicaciones:** son raras e incluyen sepsis, síndrome de shock tóxico, endocarditis y meningitis.

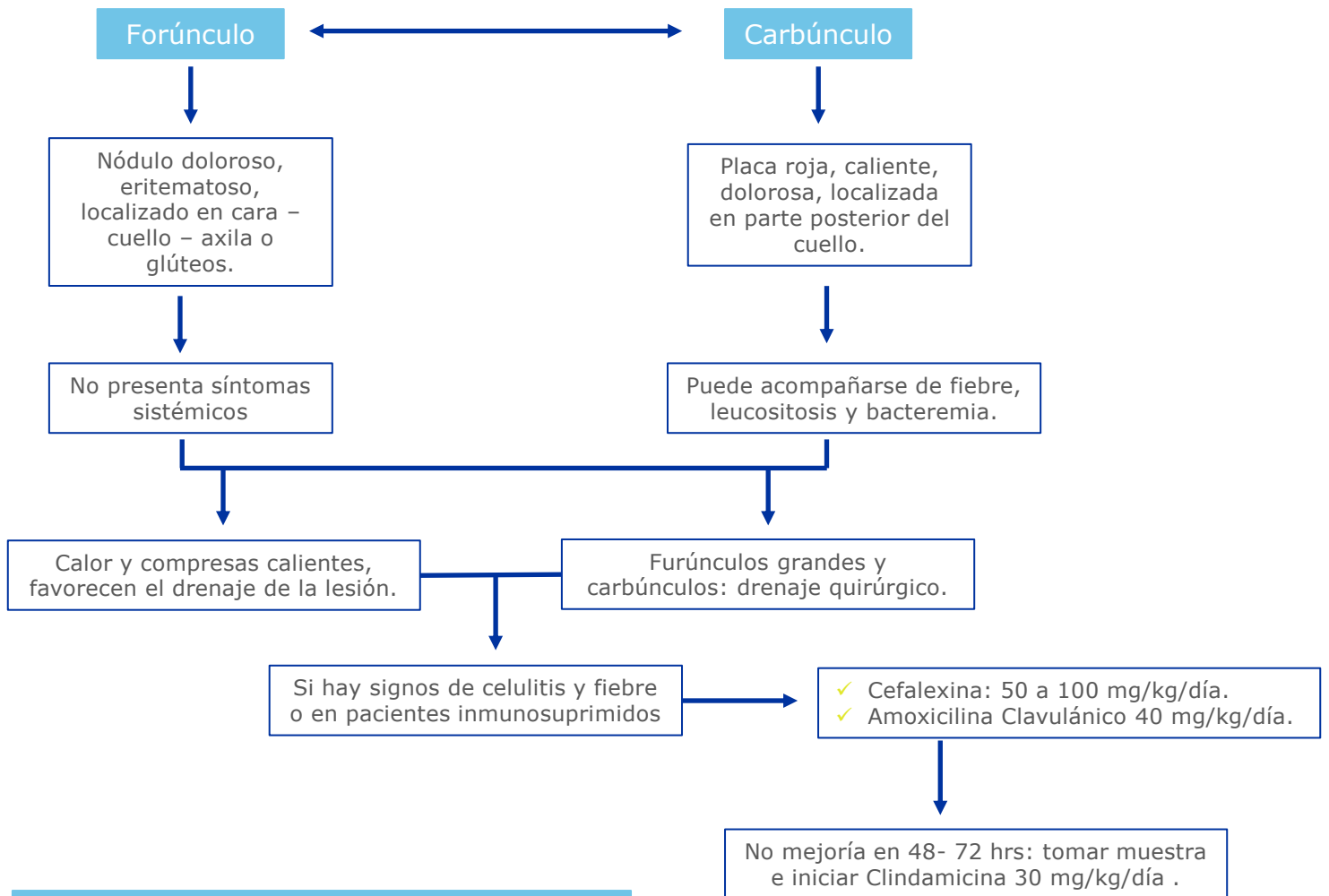


La profilaxis antibiótica con PNC deberá ser considerada únicamente para aquellos pacientes con un alto número de recurrencias que, aun controlando los factores de riesgo, continúen presentando episodios. El tiempo de profilaxis oscila entre 3 y 6 meses.



# Forúnculo o Carbúnculo

- Infección del folículo piloso que se extiende a la profundidad de la dermis.
- Como factores predisponentes tenemos obesidad, diabetes, inmunosupresión, hiperhidrosis y dermatitis preexistentes.
- **Etiología:** El principal agente etiológico es el E. aureus.
- **Diagnóstico:** clínico.
- **Diagnósticos diferenciales:** foliculitis, acné quístico, hidrosadenitis y quiste epidérmico sobreinfectado. Se recomienda realizar estudios bacteriológicos en la forunculosis recurrente.
- **Complicaciones:** celulitis, adenitis, linfadenitis y bacteriemia.

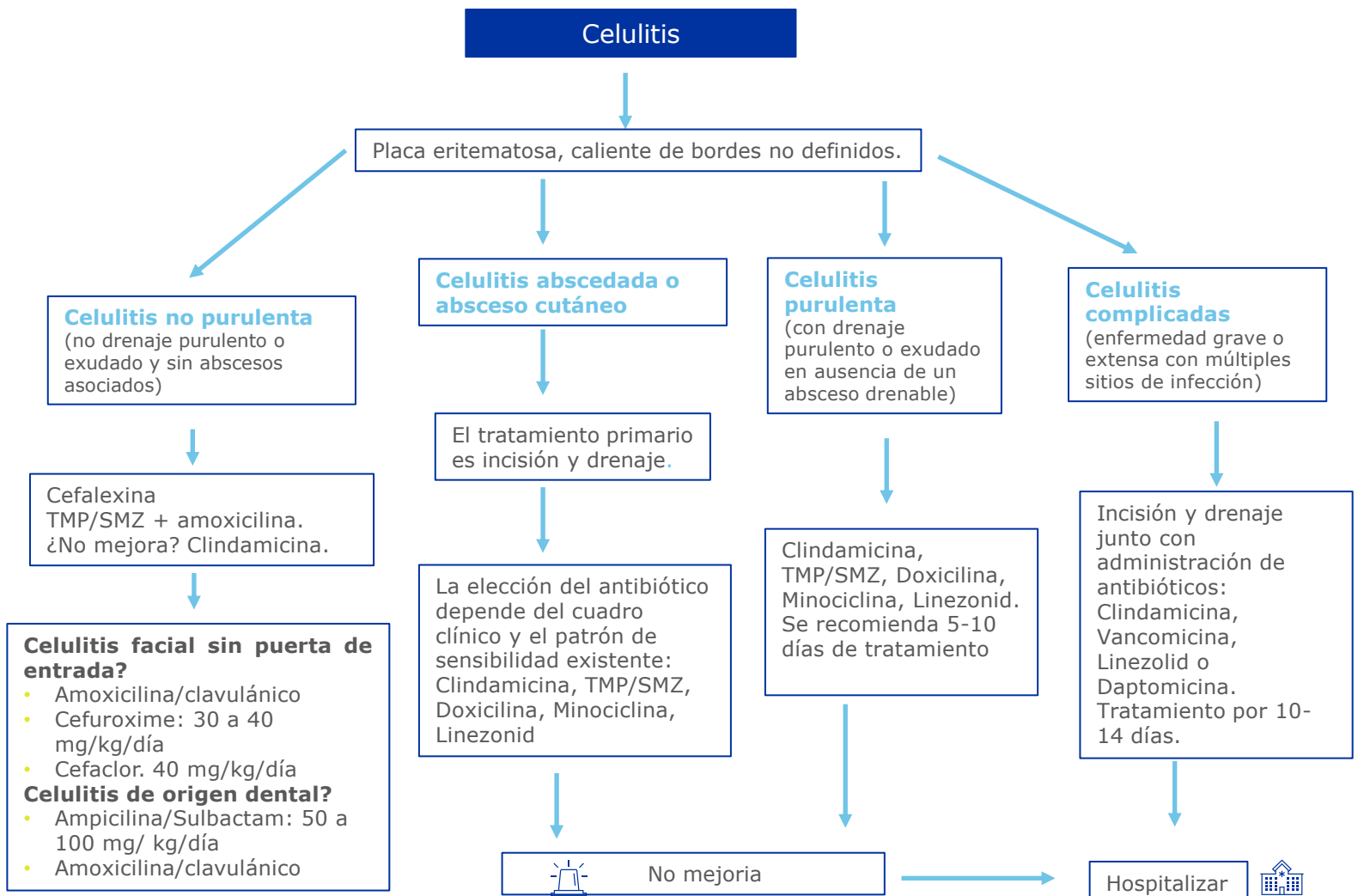


La prevención incluye medidas de higiene general, tales como aseo corporal diario, lavado frecuente de manos, cepillado y cuidado de las uñas. Además, se deben evitar los traumatismos locales y el uso de desodorantes. En las formas recurrentes se sugiere seguir medidas de protección y profilaxis específica.



# Celulitis

- Infección aguda y progresiva de la piel que involucra la dermis y los tejidos subcutáneos.
- Como factores predisponentes están principalmente, traumatismos y heridas, que muchas veces pasan desapercibidas, infecciones preexistentes en piel (impétigo, forúnculo), picaduras, mordeduras, quemaduras, caries y varicela.
- **Etiología:**
  - Causada por el *E. aureus* y en menor proporción por SBHGA. En la actualidad, el SAMR - co es el agente causal de más del 50% de las celulitis.
  - Otros agentes que también pueden producir celulitis son *Etreptococcus agalactiae* (SBHGB) y bacilos gram negativos en recién nacidos, y enterobacterias, micobacterias y hongos en huéspedes inmunocomprometidos. *E. pneumoniae* y HiB han sido los responsables de celulitis de cara. Los anaerobios han sido asociados a la celulitis de la boca. La localización puede proporcionar una orientación etiológica: en la región periauricular y la planta del pie con heridas punzantes es más frecuente *Pseudomonas aeruginosa* y en mordeduras es habitual *P. multocida*.
- **Diagnóstico:**
  - Está basado en la historia clínica y el examen físico. Actualmente, ante el aumento del número de casos por SAMR - co, se sugiere realizar una punción - aspiración de la lesión para obtener material para cultivo al momento del ingreso del paciente.
  - ⚠ Realizar hemocultivos en: < 6 meses, pacientes con compromiso del estado general, inmunocomprometidos y celulitis periorbitaria sin puerta de entrada cutánea.
  - La ecografía puede ser útil para diferenciar la celulitis de los abscesos aún no fluctuantes.
  - En el caso de la celulitis orbitaria, se recomienda confirmar el diagnóstico mediante una prueba de imagen (tomografía computarizada), en la cual se defina la profundidad de la afectación
- **Diagnósticos diferenciales:** foliculitis, acné quístico, hidrosadenitis y quiste epidérmico sobreinfectado. Se recomienda realizar estudios bacteriológicos en la forunculosis recurrente.
- **Complicaciones:** bacteriemia, neumonía, supuración pleuro-pulmonar, artritis, osteomielitis y, aproximadamente en un 5% de los casos, con choque séptico. Los SAMR-co son vinculados más frecuentemente con infecciones más graves, como neumonía necrotizante y tromboflebitis.



## ¿Cuándo hospitalizar un paciente con infección bacteriana en piel y tejidos blandos?

- ✓ No mejoría a pesar de la terapia antimicrobiana ambulatoria adecuada (más de 72 horas).
- ✓ No tolerancia a los antibióticos orales.
- ✓ Que presentan infecciones graves o complicadas, inmunodeprimidos, o que necesitan intervención quirúrgica bajo anestesia.
- ✓ Que presentes signos o síntomas de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) como temperatura  $> 38^{\circ}\text{C}$  o  $< 36^{\circ}\text{C}$ , taquipnea o taquicardia para la edad, o recuento de glóbulos blancos  $> 12000/\text{mL}$  o  $< 400$  células/mL.
  - Usar antibióticos de amplio espectro con eficacia comprobada contra organismos gram positivos, gram negativos y anaerobios hasta que estén disponibles las sensibilidades específicas de patógenos.
  - Los antibióticos intravenosos deben continuarse hasta que mejore el cuadro clínico, el paciente pueda tolerar la ingesta oral y se complete el drenaje o el desbridamiento.
  - La duración recomendada de la terapia con antibióticos para pacientes hospitalizados es de 7 a 14 días.



## Referencias

1. Skin & Soft Tissue Infections: It's More Than Just MRSA. Matthew J. Hadfield, BS, OMS IV, Sriharsha V. Kota, BS, OMS III, Steven M. Siragusa BA, OMS-IV & Raena M. Pettitt, DO Liberty University College of Osteopathic Medicine, Lynchburg, VA Osteopathic Family Physician | Volume 11, No. 1 | January/February, 2019
2. Skin and Soft Tissue Infections KALYANAKRISHNAN RAMAKRISHNAN, MD; ROBERT C. SALINAS, MD; and NELSON IVAN AGUDELO HIGUITA, MD University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma Am Fam Physician. 2015;92(6):474-483. <http://www.aafp.org/afp/2015/0915/p474-s1.html>.
3. Skin and soft tissue infections. Microbiol Spectrum 4(4): Moffarah AS, Al Mohajer M, Hurwitz BL, Armstrong DG. 2016. DMIH2-0014-2015. doi: 10.1128/microbiolspec.DMIH2-0014-2015.
4. Acute Hand Infections. Caitlyn M. Rerucha, MD, Carl R. Darnall Army Medical Center, Fort Hood, Texas John T. Ewing, DO, Naval Medical Center Camp Lejeune, Camp Lejeune, North Carolina Kathryn E. Oppenlander, MD, Carl R. Darnall Army Medical Center, Fort Hood, Texas Wesley Charles Cowan, MD, U.S. Marine Corps School of Infantry-East, Camp Geiger, North Carolina. <https://www.aafp.org/afp/2019/0215/p228-s1.html>. (Am Fam Physician. 2019;99(4):228-236).
5. Bacterial skin and soft tissue infections. Vichitra Sukumaran Advanced trainee - Infectious Diseases Canberra Hospital Sanjaya Senanayake Senior specialist - Associate professor of medicine - Australian National University Medical School Aust Prescr 2016; 39:159-63 <http://dx.doi.org/10.18773/austprescr.2016.058>.
6. Enfermedades bacterianas de la piel. A.J. Conejo-Fernández\*, F.A. Moraga-Llop\*\* \*Hospital Regional Universitario Materno-Infantil, Málaga; Hospital Vithas Xanit Internacional, Benalmádena, Málaga. \*\*Pediatra, Societat catalana de Pediatria, Barcelona - Pediatr Integral 2016; XX (3): 179 - 188