

SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRÍA

INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS

GUIAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

CLÍNICA Y TRATAMIENTO EN PEDIATRÍA

Las pautas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas son revisadas periódicamente de acuerdo a variaciones en la etiología, presentación clínica y epidemiología. La circulación de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad ha determinado la necesidad de actualizar las guías de diagnóstico y tratamiento de las infecciones en las que esta bacteria puede estar involucrada. El objetivo de esta revisión es difundir las guías que se consideran más adecuadas para realizar el tratamiento, racionalizando la utilización de los recursos, utilizando medicamentos accesibles a la mayoría de la población y tratando de controlar el aumento de la resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos actualmente disponibles.

1.- IMPÉTIGO

Definición

Piodermitis superficial causada por la inoculación directa de gérmenes sobre abrasiones cutáneas o piel comprometida por lesiones de enfermedades previas; caracterizada por ampollas o vesículas frágiles, de contenido seropurulento y rodeadas de un halo eritematoso; de aparición y progresión rápida. Se propaga por contigüidad o por autoinoculación.

Factores predisponentes

Clima húmedo, hacinamiento, malos hábitos higiénicos, picaduras, traumatismos, rinitis, dermatosis previas (varicela, herpes, escabiosis, eccemas), diabetes y SIDA. Esta afección es más común en el verano y principios de otoño.

Formas clínicas

Impétigo costroso e impétigo ampollar (ampollas grandes claras o purulentas, que asientan sobre una base eritematosa, tienden a curar en el centro y extenderse en la periferia).

Agentes etiológicos

El *Streptococcus pyogenes* (β -hemolítico grupo A), es el más frecuentemente asociado a la forma costrosa.

El *Staphylococcus aureus* se asocia con mayor frecuencia al impétigo vesiculoso o bulloso.

El impétigo mixto (se encuentran los dos gérmenes) es difícil de distinguir clínicamente de las formas anteriores.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico. El estudio bacteriológico no es necesario antes de iniciar el tratamiento en las formas no complicadas en pacientes inmunocompetentes. Está indicado en: Falla del tratamiento cuando éste fue bien conducido, recién nacidos e inmunodeprimidos. Estudio bacteriológico de lesiones de piel: Punción de vesículas o pústulas, o levantando la costra.

Criterios de internación

- Recién nacidos.
 - Inmunocomprometidos.
 - Formas generalizadas severas o persistentes.
 - Mal medio socioeconómico, cuando es imposible cumplir el tratamiento en domicilio.
- Ingresan a sala con medidas de aislamiento de contacto.

Tratamiento:

A - Impétigo no generalizado

- Lavado y descostrado de lesiones.
- Mupirocina local 2 veces por día, durante 5 días. Alternativas: Ácido fuscídico, Bacitracina 3 a 4 veces al día.

B - Impétigo generalizado (lesiones extensas)

- Lavado y descostrado de lesiones.
- Cefalosporina de 1ª generación oral o Amoxicilina-ácido clavulánico o Sulbactam oral.
- Si por razones sociales requiere internación, se mantiene el mismo tratamiento de la forma ambulatoria.
- Si se interna por lesiones muy extensas, se inicia tratamiento intravenoso con Clindamicina. Se evalúa a las 48 horas el mantenimiento de la misma. Alternativa: Cefradina i/v.
- ? Recién nacido o inmunocomprometido. Se inicia tratamiento intravenoso con Clindamicina, según evolución se continúa con Clindamicina o Cefradina según el germen y la susceptibilidad (si no se dispone de Clindamicina suspensión, o si el *S. aureus* es meticilino resistente, se utilizará Trimetoprim-sulfametoxazol).
- En casos de impétigo asociado o complicado con celulitis, abscesos, linfadenitis, ver pauta correspondiente.

C - Impétigo bulloso (etiología estafilocócica)

- Lesiones aisladas, pequeñas, en niños con buen estado general: Se realizará tratamiento local con Mupirocina.
 - Lesiones diseminadas, en niños con buen estado general, mayores de 6 meses, que no requieren internación: Se iniciará tratamiento con Trimetoprim-sulfa v/o, con control clínico en las siguientes 24-48 horas.
 - Lesiones generalizadas, en recién nacidos o lactantes menores de 6 meses, con presencia de fiebre, decaimiento: se interna en sala con medidas de aislamiento de contacto. Se iniciará tratamiento con Clindamicina i/v, y se evaluará su mantenimiento al obtener el estudio bacteriológico.
- En todos los casos, se deberá evitar el rascado. Alta con antibióticos vía oral (Cefradina, Clindamicina o Amoxicilina más inhibidor de betalactamasas, según germen y susceptibilidad) hasta completar 5 a 7 días de tratamiento.

2.- INFECCIÓN DE TEJIDO SUBCUTÁNEO: ABSCESOS, FORÚNCULOS

Definición

Inflamación aguda, invasiva, localizada y supurada del tejido celular subcutáneo o del folículo piloso.

Etiología

Staphylococcus aureus. Se debe tener en cuenta que alrededor del 40% de las cepas de *S. aureus* aislado en el último año en el Hospital de Niños del Centro Hospitalario Pereira Rossell son meticilino-resistentes, pero sensibles a Gentamicina, Trimetoprim-sulfametoxazol y Clindamicina.

Criterios de internación

- Menores de un año, según el número de lesiones y el tamaño.
 - Abscesos extensos acompañados de signos y síntomas generales.
 - Medio socioeconómico muy deficitario.
- Ingresan a sala con medidas de aislamiento de contacto.

Tratamiento

Medidas generales

Medidas antitérmicas (derivados pirazolónicos, paracetamol o ibuprofeno).

Tratamiento quirúrgico

Drenaje quirúrgico amplio de los abscesos. En los forúnculos pequeños puede ser suficiente favorecer el drenaje espontáneo o con maniobras sencillas, si existe costra levantarla y/o puncionar con aguja. Es imprescindible para la curación del paciente. El tratamiento antibiótico no lo sustituye nunca. Toma para estudio bacteriológico en el momento del drenaje.

Tratamiento antibiótico

–Si no requieren internación, luego del drenaje: Trimetoprim-sulfa v/o (8-12mg/Kg/día del componente Trimetoprim, en 2 dosis diarias, 7 a 10 días).

–Para pacientes que requieren internación sólo para realizar el drenaje quirúrgico, Trimetoprim-sulfa vía oral.

– Los pacientes con fiebre elevada (>39°C axilar) o menores de 1 año requieren tratamiento intravenoso. Se inicia Clindamicina i/v. Alternativa ceftriaxona más clindamicina o Trimetoprim-sulfa i/v (10mg/Kg/día del componente TMP cada 12 horas).

En caso de enfermedad severa, compromiso del estado general, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), sepsis o inmunodeprimidos: Vancomicina i/v 40mg/Kg/día cada 6 horas + Ceftriaxona i/v. Alternativa clindamicina + ceftriaxona. Se valora en las siguientes 48 horas el mantenimiento del tratamiento, se adecua a los resultados microbiológicos.

En todos los casos se evalúa el tratamiento inicial una vez que se obtenga el resultado del estudio microbiológico. Si el germen es *Staphylococcus aureus* sensible a la Oxacilina, se continúa el tratamiento con Cefradina i/v o v/o.

Duración del tratamiento: 7 a 10 días, de acuerdo con la evolución individual.

3.- CELULITIS

Definición

Inflamación aguda, invasiva, localizada del dermis y tejido celular subcutáneo.

Agentes etiológicos

Streptococcus pyogenes (grupo A) y *Staphylococcus aureus* son los más frecuentes.

Haemophilus influenzae tipo b, en pacientes menores de 5 años no vacunados.

Pasteurella multocida, *Eikenella corrodens* (mordeduras de animales o humana).

Streptococcus agalactiae (grupo B) frecuente en recién nacidos.

Streptococcus pneumoniae es poco frecuente.

CELULITIS ORBITARIA – PERIORBITARIA: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. pyogenes*, *S. aureus*,

Bacteroides spp, *Prevotella spp*, *Fusobacterium spp*, *Veillonella spp* o cocos anaerobios.

Criterios de internación

- Menores de un año según la extensión.
- Celulitis de cara.
- Celulitis orbitaria y periorbitaria.
- Celulitis extensa acompañada de signos y síntomas generales.
- Medio socioeconómico muy deficitario.

Ingresan a sala con medidas de aislamiento de contacto.

Paraclínica. (Sólo en pacientes internados)

- Hemograma, reactantes de fase aguda (VES o PCR).
- Búsqueda del agente etiológico: Estudio bacteriológico por aspiración con aguja del borde de la lesión o en zonas de fluctuación, punción de la lesión si hay fluctuación, hemocultivo.
- En las celulitis orbitarias, cuando se sospecha etmoiditis: TAC de macizo facial con enfoque de órbita.
- Consulta con ORL, oftalmólogo, odontólogo, según localización.

TRATAMIENTO

Medidas generales

- Medidas antitérmicas (derivados pirazolónicos, ibuprofeno o paracetamol).
- En celulitis de miembros: Miembro comprometido en alto.
- Celulitis de cara: Semisentado.

Tratamiento quirúrgico

Si aparecen signos de fluctuación, drenaje quirúrgico amplio. Ante la duda, explorar siempre para evaluar el estado del tejido celular subcutáneo (sangra o no sangra) y del músculo.

Tratamiento antibiótico

a) Tratamiento ambulatorio

– Celulitis leves (sin compromiso del estado general), con puerta de entrada cutánea, se tratan en forma ambulatoria, con antibióticos orales: Cefalosporinas (Cefradina, Cefalexina, Cefadroxilo); Amoxicilina-ácido clavulánico o Amoxicilina-sulbactam. El paciente debe ser revalorado a las 24-48 horas de iniciado el tratamiento. Si la evolución no es la esperada, se sospecha o se confirma infección por *S. aureus* meticilino-resistente, se rota el tratamiento a Trimetoprim-sulfa o Clindamicina v/o.

– Celulitis de origen dentario: Amoxicilina-ácido clavulánico o Ampicilina/Amoxicilina-sulbactam v/o.

b) Pacientes internados, según localización

– **Celulitis orbitaria o periorbitaria:** Cefuroxime, 100-150mg/Kg/día en 3 dosis i/v. Alternativa: Cefuroxime + Clindamicina 20-40mg/Kg/día 3 dosis i/v. Paciente grave (séptico): Ceftriaxona más Vancomicina.

– **Celulitis a punto de partida dentario:** Penicilina cristalina, 200.000U/Kg/día en 4 dosis diarias i/v o Ampicilina-sulbactam o Clindamicina i/v.

– Celulitis de origen cutáneo:

1) No grave: Clindamicina i/v. Alternativa Cefradina 150-200mg/Kg/día en 4 dosis i/v + Gentamicina.

2) Grave, con compromiso del estado general y 2 ó más de los siguientes criterios:

- Extensión del área eritematosa más de 8cm de diámetro.
- Fiebre >39°C axilar o hipotermia.
- Leucocitosis >15.000/mm³ o leucopenia <5.000/mm³.
- Desviación a izquierda (bandas >10%).

Tratamiento: Ceftriaxona i/v + Vancomicina i/v. Alternativa Ceftriaxona + Clindamicina. En 48 horas, adecuar antibióticos de acuerdo a evolución clínica y resultado del estudio microbiológico.

Duración del tratamiento: 10 días como mínimo.

Criterios de alta

Desaparición de los síntomas generales y mejoría de la lesión. Con antibiótico vía oral (Cefradina, Cefuroxime, Trimetoprim-sulfametoxazol, Clindamicina, Amoxicilina-ácido clavulánico, según etiología, origen y disponibilidad).