

# Avanzando en enfermedades infecciosas

## ENFERMEDADES BACTERIANAS CUTÁNEAS

Josefa Ares Alvarez  
Pediatra AP  
Centro de salud de Bueu. Pontevedra  
Grupo de Patología Infecciosa AEPap



# Declaración de potenciales conflictos de intereses

*Josefa Ares Alvarez*

No tengo potenciales conflictos de intereses

Grupo de Patología Infecciosa AEPap



# Enfermedades infecciosas cutáneas superficiales

- ✓ Son procesos muy frecuentes
- ✓ Principal barrera frente a agentes externos
- ✓ Factores del huésped
- ✓ Factores ambientales
- ✓ Factores del agente infeccioso
- ✓ Mecanismo y forma de presentación:
  - ✓ Primaria: *S aureus* y *S pyogenes*
  - ✓ Secundaria
  - ✓ Mediada por toxinas
- ✓ Localización



# Enfermedades infecciosas cutáneas superficiales

- Epidermis: **IMPETIGO**
- Epidermis y dermis: **ECTIMA**
- Folículo piloso superficial: **FOLICULITIS**
- Folículo pilos profundo: **FORÚNCULO, ÁNTRAX**
- Glándulas apocrinas: **HIDROSADENITIS**
- Dermis y tejido celular subcutáneo: **ERISIPELA**
- Absceso superficial en dedo: **PARONIQUIA**

# Enfermedades infecciosas cutáneas profundas

- Dermis, tejido celular subcutáneo: **CELULITIS**
- Fascia profunda: **FASCITIS NECROSANTE**
- Vasos linfáticos: **LINFANGITIS**



Mecanismo	Localización	Bacterias
Solución de continuidad	Herida traumática Herida quirúrgica Mordedura Picadura Traumatismo Eccemas Varicela	<i>S aureus meticilin resistente</i> <i>S aureus meticilin sensible</i> <i>S pyogenes</i>
Hematógena Proximidad		<i>S pneumoniae</i> <i>H influenzae</i> <i>S aureus</i> <i>S pyogenes</i>
Producción de toxinas	Toxina 1 SST Exfolitoxinas A,B Lecocidina Panton Valentine Exotoxina pirogénica SSA cepas SpeA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-SST estafilocócico</li> <li>-SSSS</li> <li>-Abscesos, lesiones necrosantes</li> <li>-Escarlatina</li> <li>-SST estreptocócico</li> </ul> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>



# ¿Qué elementos son importantes en la valoración de una lesión cutánea?

- ✓ Establecer causa y gravedad de la infección
- ✓ Debe de tener en cuenta los patrones de resistencia a antibióticos locales y específicos del patógeno
- ✓ Valoración clínica: presentación, localización, extensión, edad
- ✓ Microorganismos más frecuentes
- ✓ Lugar de la infección
- ✓ Flora saprofita local
- ✓ Mecanismo y vías de entrada
- ✓ Signos clínicos locales o a distancia



# Aspectos de la historia clínica a tener en cuenta

- Factores de riesgo de infección por SARM-AC
  - Prevalencias crecientes en EEUU , América del Sur y otros países de Asia y Este de Europa
  - En España por el momento:
    - 9-13% y
    - Predominio en población no autóctona
  - Transmisibilidad: brotes
  - La mayoría de los aislados son productores de la proteína Leucocidina de Pantón Valentine (LPV):
    - Destruye integridad de leucocitos
    - Necrosis tisular
    - Factor de virulencia implicado en infecciones de mayor gravedad
      - Piel y tejidos blandos
      - Neumonía necrosante
      - Infecciones de huesos y articulaciones

15<sup>o</sup> curso  
actualización

Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr (Barc) 2016;84:121.e1-121.e10; Tesis Doctoral. Marta Barrios López. Madrid 2012; Enferm Infecc Microbiol Clin 2010 Suppl Esp Congreso , Clin Microbiol Infect 2010; 16: 74–77; Enferm Infecc Microbiol Clin 2006;24:31-5

**SARM-AC:** cepas de *S. aureus* con concentración mínima inhibitoria (CMI) para oxacilina > 4 mg/dl. Son resistentes a todos los  $\beta$ -lactámicos (excepto ceftobiprole).

- 8,8% -13%: Riesgo bajo por el momento
- Clon con el gen MecA (resistencia a betalactámicos): VIGILANCIA Y EVITAR
- No se recomienda modificar el tratamiento empírico salvo: especial gravedad, recurrencia o antecedente epidemiológico
- Está apareciendo R a: clindamicina, eritromicina, quinolonas, tetraciclinas y mupirocina
- Estreptogramina macrolido-lincosamina (MLSB): resistencia a macrólidos y de forma inducida a clindamicina.
- **SARM-AH:** Resistencia a múltiples Ab: macrólidos y lincosamidas

Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr (Barc) 2016;84:121.e1-121.e10; Tesis Doctoral. Marta Barrios López. Madrid 2012; Enferm Infecc Microbiol Clin 2010 Suppl Esp Congreso , Clin Microbiol Infect 2010; 16: 74-77; Enferm Infecc Microbiol Clin 2006;24:31-5

15° curso  
actualización  
pediatría  
AEPap 2018



# Aspectos de la historia clínica a tener en cuenta

## Edad

- <3 meses: *S agalactiae*
- Adolescente: *Corynebacterium* (eritrasma, queratolisis puntacta)

## Enfermedades subyacentes

- Foliculitis de las piscinas (*P aeruginosa*)
- Ectima gangrenoso (*P aeruginosa*)

## Exposición y mordedura de animales

- Arañazo de gato (*Bartonella Henselae*)
- Mordedura de perro (*Pasteurella multocida*)

## Mordeduras humanas

- Polimicrobiana
- Anaerobios
- *Eikenella corrodens*



# Aspectos de la historia clínica a tener en cuenta

## Historia de viajes

- SARM-AC

## Actividades de ocio

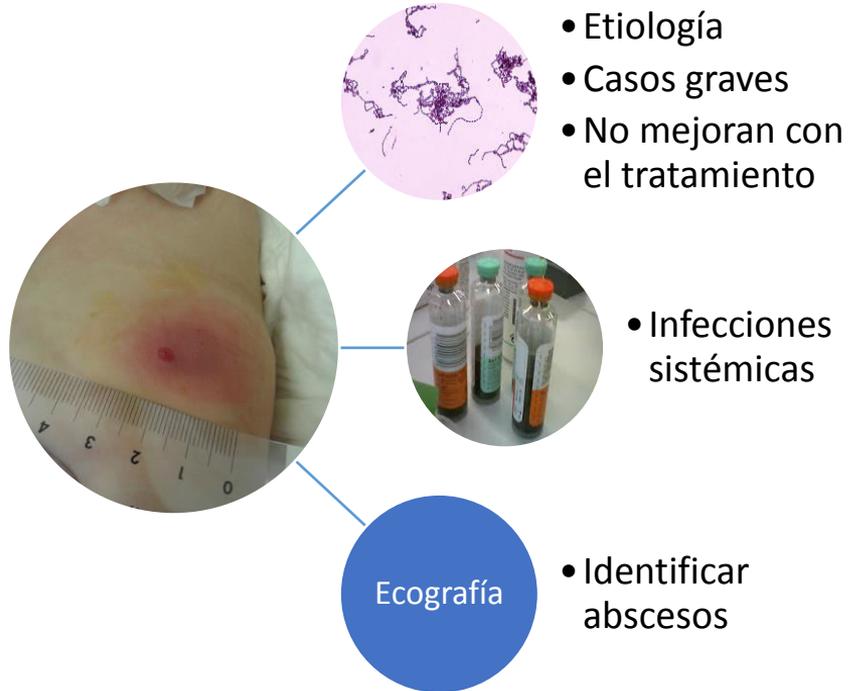
- *Pseudomonas*
- *Aeromonas* (agua dulce)
- *Mycobacterium marinum*, *Vibrio vulnificus* (agua marina)

## Traumatismos

- Polimicrobina
- Bacterias ubicuas en la naturaleza



# Exploraciones complementarias



## Gram:

- ✓ Cocos gram+ racimos
- ✓ Cocos gram +cadenas

**Cultivo:** sensibilidad antimicrobiana



## Cual es el diagnóstico

1. Micosis
2. Herpes simple
3. Quemadura
4. Impétigo ampollosa
5. Impétigo no ampollosa



<http://www.dermapixel.com/2012/08/una-herida-que-se-complica.html>  
Dermapixel

## Cual será el tratamiento indicado

1. Tratamiento tópico
2. Limpieza y antisépticos
3. Antibióticos orales
4. 1 y 2
5. Todos

Lesión: Impétigo	Tratamiento
Leves no complicados Pocas lesiones	Tópico 5 días <sup>IDSA</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mupirocina</li> <li>✓ Ácido fusídico (incremento de resistencias<sup>Uptodate</sup>)</li> <li>✓ Retapamulina</li> </ul>
Extenso Afectación sistémica Brotos	Oral (agente activo para <i>S aureus</i> ) SASM <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cefadroxilo</li> <li>✓ Cloxacilina</li> <li>✓ Cefuroxima</li> <li>✓ Amoxicilina-Ácido clavulánico</li> </ul>
Otras consideraciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Limpieza de las lesiones</li> <li>✓ Lavado de manos, cubrir si exudativas</li> </ul>



Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. CID 2014;59 (15 July); UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [actualizado 27 oct 2017; Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP An Pediatr (Barc) 2016;84:121.e1-121.e10





## Cual es el diagnóstico

1. Impétigo no ampolloso
2. Herpes simple
3. Quemadura
4. Celulitis
5. Ectima

## Cual será el tratamiento indicado

1. Tratamiento tópico
2. Limpieza y antisépticos
3. Antibióticos orales
4. 1 y 2
5. Todos



Lesión: Ectima	Tratamiento
<p>Más profunda (ulcerativa):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Epidermis</li> <li>✓ Dermis</li> </ul>	
<p>Gérmenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>S aureus</i></li> <li>✓ <i>S pyogenes</i></li> </ul>	<p>Oral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cefadroxilo</li> <li>✓ Cloxacilina</li> <li>✓ Cefuroxima</li> <li>✓ Amoxicilina-Ácido clavulánico</li> </ul>
<p>Ectima gangrenoso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Pseudomonas aeruginosa</i></li> <li>✓ Origen hematógeno</li> <li>✓ Inmunodeprimidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cultivos</li> <li>✓ Ab antipseudomonas</li> </ul>

Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. CID 2014;59 (15 July)

Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP An Pediatr (Barc) 2016;84:121.e1-121.e10





Lesión nodular roja caliente y fluctuante en lactante de 10 meses: ¿Qué gérmenes encontraremos?

1. *S pneumoniae*
2. *S pyogenes*
3. Enterobacterias
4. *S aureus*

Cual será el tratamiento indicado

1. Incisión y drenaje
2. Calor húmedo
3. Antibióticos orales
4. Antibióticos tópicos

## Antibióticos adyuvantes en abscesos cutáneos

- ✓ Mano o periné
- ✓ Recurrentes o múltiples
- ✓ Menor de 12 meses
- ✓  $\geq 5$  cm en  $\geq 9$  años
- ✓  $\geq 4$  cm en 12 meses-8 años
- ✓ Signos sistémicos
- ✓ Enfermedades subyacentes.

## Tratamiento antibiótico si baja prevalencia de SARM-AC

cefadroxilo  
cefuroxima  
cloxacilina  
amoxicilina-clavulánico

Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr (Barc). 2016; 84:121.e1---121.e10

Community-associated Staphylococcus aureus infections in children, Expert Review of Anti-infective Therapy, 2010; 8: 541-554, DOI: 10.1586/eri.10.34





Si les decimos que esta lesión es una erisipela 2ª: en que gérmenes tenemos que pensar:

1. *S pyogenes*
2. *S aureus*
3. *P aeruginosa*
4. 1 y 2

Cual será el tratamiento indicado

1. Penicilina 5 días
2. Amoxicilina 10 días
3. Antibióticos tópicos
4. Tratamiento parenteral
5. 1 y 2

Lesión: Erisipela	Dermis y parte superior de la hipodermis incluyendo vasos linfáticos.
Clínica	<p>Gran reacción inflamatoria</p> <p>Placa eritematosa, brillante, crecimiento centrífugo</p> <p>Bien delimitada y bordes algo sobrelevados</p> <p>Dolor y calor local, linfadenitis regional</p> <p>Cara y extremidades inferiores</p> <p>Factores desencadenantes (abrasiones, úlceras, infecciones fúngicas)</p>
Gérmenes	<p><i>S pyogenes</i></p> <p>Menos frecuente: <i>S aureus</i></p>
Tratamiento	<p>Penicilina o amoxicilinan oral 5 días<sup>DSA</sup></p> <p>Casos leves, estrecha vigilancia</p> <p>Pueden requerir hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 5 cm</li> <li>➤ afectación del estado general</li> <li>➤ Lactantes</li> <li>➤ inmunodeprimidos</li> </ul>





<http://www.dermapixel.com/2014/02/una-pierna-hinchada.html> Dermapixel

Placa tumefacta, eritematosa, caliente, dolorosa no bien delimitada. 1<sup>er</sup> caso adulto de 60 años, 2<sup>o</sup> caso niño de 10 años. Afebriles y con BEG

1. Absceso
2. Ectima
3. Erisipela
4. Celulitis



Cual será el tratamiento indicado

1. Penicilina 5 días
2. Amoxicilina 10 días
3. Antibióticos tópicos
4. Tratamiento parenteral
5. 1 y 2

¿Se podría dar antibiótico oral?

15<sup>o</sup> curso  
actualización  
pediatría  
AEPap 2018

fPS  
Fundación Pediatría y Salud



AEPap 2018

Localización	Dermis y tejido celular subcutáneo.
Gérmenes	<i>S aureus</i> y <i>S pyogenes</i> Menos frecuentes: <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>S agalactiae</i> y bacilos gram negativos en neonatos</li><li>- Enterobacterias en inmunodeprimidos</li><li>- Región preauricular y heridas punzantes: <i>P aeruginosa</i></li><li>- Facial sin antecedente traumático: <i>S Pneumoniae</i>, <i>H influenzae</i></li><li>- Celulitis preseptal: <i>S aureus</i>, <i>pyogenes</i>, <i>S pneumoniae</i> y <i>Haemophilus</i></li></ul>
Tratamiento	Antibiótico siempre: <i>S aureus</i> y <i>S pyogenes</i> Casos leves, estrecha vigilancia: cloxacilina, cefadroxilo, cefuroxima, clindamicina, amoxicilina clavulánico oral En general tratamiento parenteral

# Otras infecciones bacterianas superficiales

<u>Dermatitis perianal bacteriana</u>	<i>S pyogenes</i> TDR +	Penicilina o amoxicilina oral 10 días
<u>Dactilitis distal ampollosa</u>	<i>S pyogenes</i> < <i>S aureus</i>	Incisión y drenaje si no se han roto las ampollas Penicilina o amoxicilina 10 días Mala evolución: amoxi-clav, clindamicina, cefalosporinas
<u>Foliculitis</u> <u>Forúnculo</u>	<i>S aureus</i>	Tópico: Mupirocina, ácido fusídico Oral: Formas crónicas, recurrentes
<u>Periporitis</u>	<i>S aureus</i>	Evitar la sudoración Forma leve: antisépticos (sulfato de Zn); mupirocina Forma grave: incisión y drenaje. Añadir tratamiento oral con amoxicilina-ácido clavulánico y mupirocina tópica
<u>Hidrosadenitis</u>	<i>S aureus</i>	Higiene rigurosa Antisépticos o antibióticos tópicos + amoxicilina-ácido clavulánico o clindamicina oral precoz

15<sup>o</sup> curso  
actualización  
pediatría  
AEPap 2018

AEPap  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

AEPap  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

AEPap  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

2018



# Grampositivos diferentes a *S aureus* y *S pyogenes*:

**Eritrasma:** Es una infección superficial de la piel de las zonas intertriginosas debida al *Corynebacterium minutissimum*



- ✓ En casos extensos o persistentes: Claritromicina o eritromicina oral 10-14 días.
- ✓ Eritromicina, clindamicina o derivados imidazólicos **tópicos**
- ✓ Solución de Whitfield : 6-12% de ácido benzoico y 3-6% de ácido salicílico en base de vaselina/12 horas



# Grampositivos diferentes a *S aureus* y *S pyogenes*:



Queratolisis punctata = SUDOR + BACTERIAS

- ✓ Pequeñas depresiones superficiales que pueden progresar a depresiones crateriformes o ulceraciones.
- ✓ *Corynebacterium* sp .
- ✓ Fluorescencia rojiza coral

- ✓ Tratamiento de hiperhidrosis
- ✓ Jabón antiséptico + eritromicina, ácido fusídico, mupirocina
- ✓ Imidazólicos + urea y solución de Whitfield tópicos



# Sobreinfección de heridas: Caso clínico

Paciente de 10 años que acude a la consulta por inflamación en la cara anterior de la articulación del tobillo y fiebre de 38,5°C en las últimas 12 horas.

Antecedentes: 5 días antes herida punzante con un palo que la madre extrae de la misma

En urgencias: Herida de 1-2 cms. no sangrante. Hacen limpieza de la herida.

Tratamiento: Limpieza de herida y antiséptico

Exploración actual: BEG, buen color, buena perfusión .

Se observa una tumefacción de unos 5 cm alrededor de una herida con costra de dos cm. La piel está roja, caliente, indurada, no fluctuante, no bien delimitada y dolorosa

15° curso  
actualización  
pediatría  
AEPap 2018

fPS  
Fundación Pediatría y Salud



AEPap 2018



# Caso clínico: ¿Qué hacemos?

1. Tratamiento antibiótico oral
2. Antibiótico parenteral
3. Antibiótico tópico
4. Hemograma y reactantes de fase aguda

Urgencias hospitalarias: hemograma normal sin leucocitosis, PCR normal.

**Diagnóstico:** Celulitis secundaria a sobreinfección de herida.

**Tratamiento:** Amoxicilina clavulánico 7 días

**Evolución:** Favorable.....



# Sobreinfección de heridas

La decisión de administrar antibióticos "profilácticos" debe basarse en la gravedad de la herida y la competencia inmune del huésped.

## Heridas punzantes

3-5% de todas las lesiones traumáticas:

- Clavos planta del pie
- Astillas de madera
- Astillas de metal
- Plástico
- Vidrio

La infección 6-10%

Factores:

- Profundidad
- Localización
- Tipo de objeto
- Retención cuerpo extraño

15° curso  
actualización  
pediatría  
AEPap 2018

Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr (Barc) 2016;84:121.e1-121.e10

Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America CID 2014;59(2):e10-52

Protocolos de la AEP. Infecciones por mordeduras y heridas punzantes F. Álvarez González

# Sobreinfección de heridas

## Heridas punzantes

### Clínica:

- Eritema
- Tumefacción
- Dolor

### Signos de infección:

- Celulitis
- Absceso
- Linfangitis
- Tejido desvitalizado

### *S aureus*

- Clínica: 5-7 días

En la planta del pie: *P aeruginosa*

- Clínica 7 días
- Descartar afectación tejidos profundos y ósea

## Nuestro paciente



# Caso clínico: Sigue

**Evolución:** (de julio a septiembre) dos meses después acude por tumefacción en cara interna distal de pantorrilla, supramaleolar de la misma extremidad.

**Exploración:** placa de tumefacción leve, eritematosa y algo caliente, mal delimitada que se extiende unos 8-10 cm desde el maléolo interno hacia arriba, afectando solo cara interna. En la cara anterior de la articulación del tobillo cicatriz queloide no dolorosa y sin signos inflamatorios locales

¿Que hacemos ante los nuevos síntomas que presenta el paciente?

1. Antibióticos
2. No hacemos nada
3. Hacemos analítica
4. Hacemos prueba de imagen
5. 1,3 y 4
6. 3 y 4



# Sobreinfección de heridas

¿Que hacemos ante los nuevos síntomas que presenta el paciente?

## Analítica:

- Leucos normales
- PCR normal
- VSG 30

## Ecografía:

### Tratamiento:

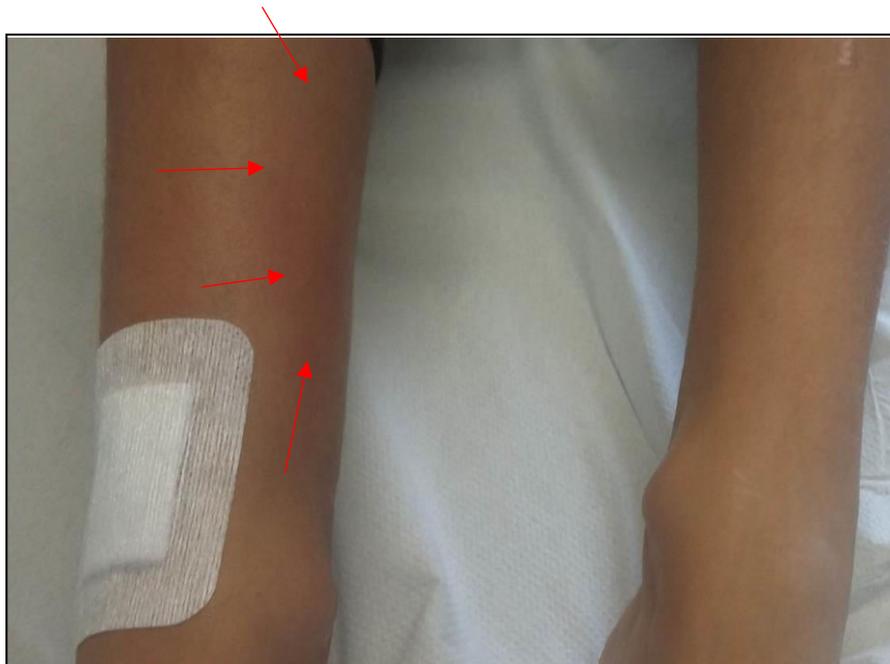
- Amoxicilina-ácido clavulánico oral
- Traumatología: abordaje quirúrgico anterior a nivel de la herida



En la zona anterior del tercio distal de la pierna derecha se observa en el plano subcutáneo (a 2 mm aproximadamente de la piel) una estructura alargada, de 8 mm de diámetro mayor, hipoeoica, con una imagen en su interior de mayor ecogenicidad y con tenue sombra acústica posterior, hallazgos sugestivos de granuloma por cuerpo extraño



¡.....Persiste clínica!: Se ingresa y se inicia tratamiento Ab parenteral



7 días después

15° curso  
actualización  
pediatría  
AEPap 2018

fPS  
Fundación Pediatría y Salud



AEPap 2018



# Sobreinfección de heridas

¡.....Persiste clínica!: Se ingresa y se inicia tratamiento AB parenteral

1. Amoxicilina clavulánico
2. Cloxacilina
3. Clindamicina
4. Cefuroxima
5. 2 y 3
6. 3 y 4

Podríamos pensar en SARM-AC:

- Evolución desfavorable
- Celulitis extensa
- Celulitis abscesificante
- Zonas de alta incidencia
- Mas frecuencia: LPV

En estos casos el tto:

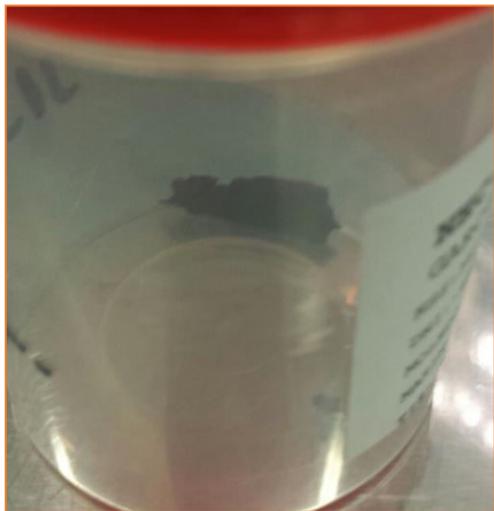
- Clindamicina
- TMP-SMZ



Claudia Gutierrez et al. XVI Congreso Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica, San Juan, Puerto Rico 2015, Clinical Microbiology and Infection, Volume 14 Number 4015; Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28(10):675–679  
Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP. An Pediatr (Barc) 2016;84

## ¡.....Persiste clínica!: Evolución desfavorable con el tratamiento inicial

**RM:** Los hallazgos son compatibles con proceso inflamatorio/infeccioso en las partes blandas del tercio distal de la pierna, con puerta de entrada en la localización del cuerpo extraño y extensión a planos profundos (espacio interóseo, donde se visualiza un pequeño absceso) y sin signos de osteomielitis



EXERESIS

**DESCRIPCIÓN DA INTERVENCIÓN**

A General  
Abordaje anteromedial tercio distal tibia  
Abordaje subperiostico posterior tibia  
Se drena absceso y se extrae astilla vegetal (1,5x0.5)  
Cierre planos y vendaje  
Se mandas muestras a microbiologia

Nuevo  
abordaje  
quirúrgico

Cultivo pus: *Pantoaea agglomerans*  
SASM

1°Clindamicina + 2° Meropenem>>>>>Ciprofloxacino oral

15° curso  
actualización  
pediatría  
AEPap 2018

fPS  
Fundación Pediatría y Salud



AEPap 2018



# Sobreinfección de heridas por mordeduras y punzantes

CAUSA	BACTERIAS	ANTIBIÓTICOS	ALERGIA A PENICILINA
Mordedura de perro	<i>Pasteurella canis</i> , <i>Staphylococcus</i> , <i>Streptococcus</i> Anaerobios	Amoxicilina-ácido clavulánico	No anafilaxia: Cefalosporina 2 <sup>a</sup> -3 <sup>a</sup> G +Clindamicina Anafilaxia: TMP-AMZ + Clindamicina
Mordedura de gato	<i>Pasteurella multocida</i> <i>Bartonella henselae</i> <i>Staphylococcus</i> , <i>Streptococcus</i> Anaerobios	Amoxicilina-ácido clavulánico	

15<sup>o</sup> curso  
actualización  
ría  
2018

Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr (Barc) 2016;84:121.e1-121.e10

Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the InfectiousDiseases Society of America. CID 2014:59 (15 July)



# Infecciones 2<sup>rias</sup> a mordeduras y heridas punzantes

CAUSA	BACTERIAS	ANTIBIÓTICOS	ALERGIA A PENICILINA
Mordedura humana	<i>Streptococcus, S aureus, Eikenella, Fusobacterium</i>	Amoxicilina-ácido clavulánico	
Herida punzante	<i>S aureus,</i> Estreptococos betahemolíticos, Anaerobios, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<7 días: Cefadroxilo, Amoxicilina-ácido clavulánico >7 días y herida en pie: ingreso hospitalario, Ab antipseudomona	< 7 días: - no anafilaxia: Cefadroxilo - Anafilaxia: Clindamicina

- Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr (Barc) 2016;84:121.e1-121.e10

- Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the InfectiousDiseases Society of America. CID 2014:59 (15 July); - Alvez F. Protocolos de infectología de la Asociación Española de Pediatría. 2011

15<sup>o</sup> curso  
ición  
ría  
2018



# Sobreinfección de heridas por mordeduras y punzantes

## Tratamiento general

- ✓ Historia clínica minuciosa: agente causante, tiempo transcurrido, historia médica y vacunas
- ✓ Exploración minuciosa de la herida con control del dolor.
- ✓ Cuidados locales con aplicación de povidona yodada al 1% e irrigación y lavado de la herida con suero salino estéril sin dañar tejidos
- ✓ Desbridamiento de tejido desvitalizado y sutura siguiendo las recomendaciones
- ✓ Todas las heridas se cubren con apósitos holgados para permitir un drenaje adecuado y se examinan diariamente
- ✓ Tratamiento antibiótico si precisa.

15<sup>o</sup> curso  
actualización  
pediatría  
AEPap 2018

fPS  
Fundación Pediatría y Salud



AEPap 2018



# Profilaxis antibiótica en mordeduras y heridas punzantes

- ✓ Mordedura de gato y humanas
- ✓ Mordeduras de perro con retraso en atención de >8 horas
- ✓ Mordeduras de perro en manos, pies y cara
- ✓ Heridas punzantes profundas
- ✓ Heridas con aplastamiento, edema o que requieran desbridamiento
- ✓ Heridas con afectación de tendones, músculos o articulaciones
- ✓ Heridas con fracturas subyacentes
- ✓ Heridas punzantes en la planta del pie con retraso en atención de > 24h, gran contaminación o tejido desvitalizado
- ✓ Enfermedad de base: inmunodepresión, riesgo de endocarditis, neumopatía crónica, hepatopatía crónica, diabetes mellitus
- ✓ Medidas estándar de profilaxis frente a la rabia, el tétanos y el resto de las enfermedades transmisibles por heridas.



## Indicación de no suturar en mordeduras y heridas punzantes

1. Con aplastamiento y destrozo
2. Punzantes
3. De las manos:
  - < 1,5 cm curación por 2ª intención
  - >1,5 cm cierre primario y reconstrucción
4. Mordeduras de perros:
  - en brazos y piernas si tardan más de 6-12 horas en ser atendidas
  - en la cara si han pasado más de 24 horas sin atender
4. Mordeduras de gatos y humanas excepto las de la cara
5. Mordeduras en niños con inmunocompromiso

15º curso  
actualización  
pediatría  
AEPap 2018

Alvez F. Protocolos de infectología de la Asociación Española de Pediatría. 2011

fPS  
Fundación Pediatría y Salud



AEPap 2018



# Para recordar

- El germen más habitual en la etiología de infecciones de la piel y los tejidos blandos es el ***Staphylococcus aureus*, SAMS**
  - El tratamiento de elección es la **cloxacilina**, aunque por su baja biodisponibilidad oral y su mala palatabilidad en la suspensión hacen que sean preferibles otros antimicrobianos: **Cefadroxilo, cefuroxima, amoxicilina clavulánico**.
  - En caso de contraindicación de los betalactámicos la opción terapéutica sería la **clindamicina** pero solo existe en forma de cápsulas y **trimetropin sulfametoxazol**
- En determinadas circunstancias habrá que considerar la posibilidad de que haya implicado un **SARM-AC**: celulitis extensa, abcesificada, o necrosante, abscesos recurrentes en el niño o sus convivientes, mala respuesta al tratamiento convencional o que procede de **zonas de alta incidencia**(Asia, EEUU, América del Sur o Europa del Este) o convivencia con portadores
  - El tratamiento de elección sería: **Clindamicina, TMP-SMZ**



# Para recordar

- En los cuadros en que puedan estar implicados *S aureus* y *S pyogenes*:
  - Amoxicilina-Ácido clavulánico.
  - Cefalosporinas de 1ª/2ª generación: Cefadroxilo/Cefuroxima
- Formas localizadas, poco extensas (impétigos localizados o foliculitis), y sin signos sistémicos, se puede utilizar **terapia antibiótica tópica**: mupirocina, ácido fusídico o si hay resistencia retapamulina.
- Niños con múltiples sitios de impétigo o foliculitis, es recomendable la **terapia sistémica**:
  - Foliculitis, impétigo ampolloso (SASM): Cefadroxilo, cloxacilina, amoxicilina clavulánico
  - Impétigo no ampolloso y conocemos etiología (*S pyogenes*): Penicilina, amoxicilina
- En las lesiones abscesificadas la **incisión y el drenaje** será la primera medida **terapéutica**.



# Para recordar

- La mayoría de las sobreinfecciones de heridas y mordeduras se manifiestan en < 12 horas
- Los signos y síntomas son eritema, dolor o algún tipo de secreción por la herida.
- Mordeduras humanas sobreinfectadas:
  - fiebre >38°C, absceso y linfangitis.
  - 4 de los siguientes criterios:
    - Eritema > 3 cm desde el borde
    - Dolor a la palpación
    - Inflamación
    - Drenaje purulento
    - Leucocitosis > 12.000 células/ml
- En heridas punzantes es frecuente la sobreinfección. Exploración minuciosa
  - < 7 días: *S aureus*
  - > 7 días: Valorar siempre *Pseudomonas aeruginosa*
  - Importante descartar siempre afectación ósea o articular

15<sup>o</sup> curso  
actualización  
pediatría  
AEPad 2018

fPS



AEPad 2018