



CASO CLÍNICO: ABSCESO AXILAR EN NIÑA DE 2 AÑOS

ALBERTO MUÑOZ RAMOS
PEDIATRA CENTRO DE SALUD ROSA DE LUXEMBURGO
(SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES)

CASO CLÍNICO

Niña de 4 años, sin antecedentes de interés, que presenta tumoración dolorosa de 4 cm en axila izquierda, con eritema y leve aumento de calor de la piel adyacente. No fiebre. A la palpación se objetiva lesión con fluctuación apreciable y dolor asociado.





Se sospecha un absceso subcutáneo en región axilar, respecto al mismo: ¿cuál consideras la respuesta incorrecta?

- a) El germen más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus*.
- b) La base del tratamiento es la antibioterapia.
- c) Para su manejo influirán los factores de riesgo del paciente.
- d) Si es preciso el empleo de amoxicilina-clavulánico, la presentación indicada sería en proporción 4:1.



Se sospecha un absceso subcutáneo en región axilar, respecto al mismo: ¿cuál consideras la respuesta incorrecta?

- a) El germen más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus*.
- b) La base del tratamiento es la antibioterapia.**
- c) Para su manejo influirán los factores de riesgo del paciente.
- d) Si es preciso el empleo de amoxicilina-clavulánico, la presentación indicada sería en proporción 4:1.



ABSCESO CUTÁNEO

- El patógeno más frecuentemente aislado es el *Staphylococcus aureus*, seguido del *Streptococcus pyogenes*.
- En algunas zonas los anaerobios y bacilos gram negativos pueden cobrar relevancia (región perioral y perianal).
- **La base del tratamiento es el drenaje quirúrgico de la lesión.**

ABSCESO CUTÁNEO

- **Se valorará la cobertura con antibioterapia sistémica de forma individual**, según factores del paciente (lactantes pequeños, inmunosupresión, diabetes, dermatitis atópica, etc.) y de la lesión (tamaño, abscesos múltiples, celulitis asociada).
- **El tratamiento empírico de elección son las cefalosporinas de primera generación**, valorando cobertura de anaerobios según localización (clindamicina o amoxicilina clavulánico 4:1) y ajustando según resultados de cultivo.



CASO CLÍNICO

- En nuestra paciente se realiza drenaje simple de la lesión con obtención de material purulento para cultivo. Se decidió comenzar antibioterapia con amoxicilina-clavulánico 4:1 (40 mg/kg/día) dado el tamaño, localización y la celulitis asociada.
- Al cuarto día tras el drenaje la evolución hacia la mejoría es más lenta de lo esperado con persistencia de dolor y celulitis perilesional.
- Se revisan resultados del cultivo.

Cultivo de pus de lesión cutánea:

Staphylococcus aureus

Oxacilina	-----	R
Eritromicina	-----	S
Gentamicina	-----	S
Levofloxacino	-----	I
Trimetoprim/sulfametoxazol	-----	S
Clindamicina	-----	S
Vancomicina	-----	S
Linezolid	-----	S
Tetraciclina	-----	S

* S: Sensible

I: Sensible a dosis alta

R: Resistente



- Dada la evolución tórpida y el aislamiento se decide cambiar el tratamiento, ¿qué opción consideras la apropiada para el paciente dado el antibiograma del germen implicado?
 - a) Cefadroxilo.
 - b) Amoxicilina/ clavulánico 8:1.
 - c) Trimetoprim/sulfametoxazol.
 - d) Clindamicina.



- Dada la evolución tórpida y el aislamiento se decide cambiar el tratamiento, ¿qué opción consideras la apropiada para el paciente dado el antibiograma del germen implicado?
 - a) Cefadroxilo.
 - b) Amoxicilina/ clavulánico 8:1.
 - c) Trimetoprim/sulfametoxazol.**
 - d) Clindamicina.

INTERPRETACIÓN DEL ANTIBIOGRAMA

Staphylococcus aureus resistente (R) a oxacilina
=
Resistente a meticilina (SAMR)

¿Y esto qué significa?

La resistencia a la meticilina implica resistencia a todos los antibióticos betalactámicos excepto ceftarolina y ceftobiprol, es decir, que no podemos emplear los betalactámicos que empleamos habitualmente vía oral.



ANTIBIOTERAPIA ORAL PARA STAPHYLOCOCCUS AUREUS

SAMS

Amoxicilina clavulánico (proporción 4:1)
Cefadroxilo*
Cefuroxima

SAMR

Clindamicina
Trimetoprim-sulfametoxazol
Linezolid
Doxiciclina

*De elección.

SAMS: *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible.

SAMR: *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente



A TENER EN CUENTA:

- **Presentación farmacológica:** Para algunos antibióticos indicados como la clindamicina no se dispone de presentación en jarabe oral, lo cual limita su uso en niños pequeños (como el caso de nuestra paciente, dado lo cual y al estar disponible, se consideró trimetoprim/sulfametoxazol en jarabe).
- **Patrón de resistencia de nuestra zona.** Por ejemplo, en el área de la paciente la sensibilidad a clindaminica (73% para SAMS y 70% para SAMR) es menor que a trimetoprim-sulfametoxazol (100% para ambos), aunque siempre nos guiaremos por el antibiograma una vez obtenido.

A TENER EN CUENTA:

- Determinados antibióticos aportan **efecto “antiproteína”** al actuar sobre los ribosomas (clindamicina, linezolid) por lo que serán de utilidad si sospechamos *Staphylococcus aureus* productor de Toxina de Panton-Valentine (por ejemplo en infecciones extensas / graves).
- El linezolid, se tiende a evitar en edad pediátrica por su elevado precio y efectos adversos.

CASO CLÍNICO

- En nuestra paciente la evolución es favorable, con resolución del dolor y los signos de celulitis. Se completan 7 días de tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol oral (8 mg/kg/día de trimetoprim cada 12 horas). La exploración es normal al finalizar el tratamiento. Convivientes asintomáticos.
- Se realiza cultivo de ambas narinas para descartar estado de portadora nasal de SAMR: Negativo. Hasta día de hoy no ha presentado nuevas infecciones cutáneas.

SAMR ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD

- Problema en aumento. Muy relevante en algunos países (tasa de SAMR en EEUU: 80%). En España un estudio multicéntrico estableció en cultivos realizados en pacientes pediátricos vistos en Urgencias en 2017-2018 una tasa de SAMR global del 16.6%, especialmente relevante en el caso de los abscesos cutáneos (29.3%). En el área de nuestro paciente la tasa global en cultivos es del 22% en 2022.
- Sospechar en casos extensos o recurrentes, mala respuesta a tratamiento de primera línea, pacientes provenientes de áreas endémicas (América, Asia, Europa del Este) o portadores convivientes.



ESTADO DE PORTADOR NASAL DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*

- Su despistaje no está indicado de rutina en pacientes con infecciones cutáneas y convivientes. Realizar en ambos si infecciones de repetición, brotes comunitarios. Valorar también muestra axilar e inguinal además de nasal.
- Un estudio publicado en 2020 en el cual se recogieron muestras nasales de 1876 niños de 0 a 14 años asintomáticos en centros de salud de toda España estableció una prevalencia de portadores del 33% de los cuales 4,4% fueron SAMR (1,4% del total). Además, la resistencia a mupirocina se evidenció en un 14% en los SAMR y 7% de los SAMS. Se asoció el estado de portador de forma significativa a género masculino, edad (mayores de 5 años), patología subyacente (asma, alergia, dermatitis atópica) y medio urbano, mientras que la colonización por SAMR se asoció a medio rural.

RÉGIMEN DE DESCOLONIZACIÓN

(estado de portador o empírico si infecciones cutáneas recurrentes).

Mupirocina tópica nasal c/8h, 5 días

+

Enjuagues con clorhexidina en colutorio al 0.1% 3 veces/día

+

Lavado diario con jabón de clorhexidina al 4%

+

Desinfección de fórmite



RÉGIMEN DE DESCOLONIZACIÓN

Si fracaso terapéutico con clorhexidina en pacientes portadores la segunda línea sería ácido fusídico tópico 2 veces / día + trimetoprim/sulfametoxazol oral 7 días.

* **A recordar:** Ante abscesos cutáneos de repetición, además de colonización por *Staphylococcus aureus* (causa más frecuente), se debe descartar una inmunodeficiencia primaria (sobre todo enfermedad granulomatosa crónica y otros defectos del neutrófilo, hiper-IgE), secundarias (diabetes) y enfermedades inflamatorias (hidradenitis supurativa, enfermedad de Crohn).



BIBLIOGRAFÍA

- Cobo Vázquez E, Saavedra Lozano J. Infecciones de la piel y partes blandas (I): impétigo, celulitis, absceso (v.3/2019). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 07/04/2019; consultado el 12/11/2023]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
- Marín Cruz I, Carrasco Colom J. Infecciones de piel y partes blandas. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:271-283.
- A.J.Conejo-Fernández, M.J.Martínez-Chamorro et al. Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. AnPediatr(Barc).2016;84(2):121.e1---121.e10.
- Lucía GarrigaFerrer-Bergua, Anna MaríaBorrull Senra et al. Tasa de Staphylococcus aureus resistentes a meticilina en urgencias pediátricas en España. AnPediatr. 97(2022) 95.102.
- Ares Alvarez J, Garrido Corro B, et al. AMOXICILINA ÁCIDO CLAVULÁNICO ¿Cuál es la dosis? ¿Qué presentación usamos?. Documentos del GPI. Febrero 2018. [consultado el 12/11/2023]. Disponible en: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-depatologia-infecciosa/contenido/documentos-del-gpi>.
- Andrea Matín Nalda. Manejo del niño con infecciones cutáneas recurrentes: ¿cuándo sospechar una inmunodeficiencia? Portocolo de la Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias Pediátricas del Hospital Universitario Vall de Hebron, Barcelona. 2016. [consultado el 12/11/2023]. Disponible en: <https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/Infeccionescutaneasderepeticionindicacindeestudioinmunologico.2016>.
- Holsenback H, Smith L, Stevenson MD. Cutaneous abscesses in children: epidemiology in the era of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 2012 Jul;28(7):684-6.
- Del Rosal T, Méndez-Echevarría A, Garcia-Vera C, Escosa-Garcia L, Agud M, Chaves F, Román F, Gutierrez-Fernandez J, Ruiz de Gopegui E, Ruiz-Carrascoso G, Ruiz-Gallego MDC, Bernet A, Quevedo SM, Fernández-Verdugo AM, Díez-Sebastian J, Calvo C; COSACO Study Group. Staphylococcus aureus Nasal Colonization in Spanish Children. The COSACO Nationwide Surveillance Study. Infect Drug Resist. 2020 Dec 23;13:4643-4651.