



# IMPÉTIGO AMPOLLOSO

Cristina Lorenzo Cifuentes<sup>1</sup>

Josefa Plaza Almeida<sup>2</sup>

José Miguel Catalá Rubio<sup>3</sup>

octubre 2020

(1) MIR MFyC. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

(2) Pediatra. GPI AEPap. CS Zona VIII. Albacete

(3) Pediatra. CS Zona VIII. Albacete.

# Motivo de consulta

Niño de 4 años de edad que consulta, telemáticamente, por aparición de lesiones cutáneas en zona lateral derecha del tronco de 48 horas de evolución, que se relacionan con el roce de un manguito de natación.





# Antecedentes personales

- No alergias conocidas.
- Antecedentes perinatales normales.
- Niño español, sin historia de viajes recientes ni hospitalizaciones.
- No había recibido tratamiento antibiótico ni otros fármacos.
- Está correctamente vacunado para su edad.
- No padece dermatitis atópica ni otras enfermedades.



# Plan de actuación



Ante la ausencia de fiebre ni otros síntomas sistémicos, se sospecha exantema periflexural asimétrico con posible sobreinfección. Se inicia tratamiento local con medidas de higiene y antiséptico cutáneo.

Se recomienda seguimiento mediante el envío de fotos diariamente y contacto telefónico.

# Evolución

Al día siguiente, en la foto enviada por la madre, se objetivan lesiones vesiculosas, por lo que se recomienda consulta presencial.



# Exploración

Dada la evolución tórpida del cuadro el paciente es atendido en consulta al día siguiente, donde se objetivan lesiones en distintas fases evolutivas (ampollosas y costrosas). Afebril y sin otra sintomatología.





# Exploración

A nivel de axila derecha y en la zona lateral del tronco, sobre una superficie de piel normal, se observan ampollas que se rompen con facilidad dejando una zona eritematosa.

Se observan también lesiones cubiertas de costras finas de color claro.

# Exploración





# Diagnóstico diferencial

- Impétigo en sus dos formas: ampollosa o no ampullosa.
- Herpes simple impetiginizado.
- Varicela sobreinfectada.
- Dermatitis herpetiforme.
- Picaduras con reacción ampullosa.
- Pénfigo.
- Eczema coxsackium.
- Necrólisis epidérmica tóxica por fármacos.
- Síndrome estafilocócico de la piel escaldada.

# Impétigo ¿Qué es?

- Es una infección cutánea superficial que puede ser de dos tipos:
  - No ampollosa, llamado costroso por la característica costra amarillenta (melicérica). Es el más frecuente. Está producido por *S. pyogenes* y también por *S. aureus*.
  - Ampollar o bulloso producido por *S. aureus*.
- Es más frecuente en niños menores de 5 años. Se transmiten de persona a persona a través de las manos y de las secreciones nasales.
- Está aumentando la incidencia del impétigo ampollar o estafilocócico y apareciendo casos producidos por *S. aureus* resistente a meticilina (SARM).



# Impétigo Ampolloso

- Es el resultado de la acción de una toxina epidermolítica liberada por *S. aureus*, cursando con la aparición de ampollas flácidas, que se rompen dejando una base eritematosa y cubriéndose posteriormente de costras claras.
- El diagnóstico es clínico. La confirmación se realiza mediante cultivo del contenido líquido de las vesículas.
- Se considera una forma leve y localizada del síndrome de piel escaldada por estafilococo. En este último, no se aísla *S. aureus* en las vesículas.

# Impétigo ¿cómo se trata?

- El impétigo costroso localizado se puede tratar con un antiséptico o con un antimicrobiano tópico durante 5-7 días: Ácido fusídico o mupirocina.
- El impétigo costroso extenso y el ampollosa precisan antibiótico sistémico durante 7-10 días: Cefadroxilo o amoxicilina+clavulánico (preferentemente en su presentación 4:1, aunque también puede ser 8:1).
- En casos de hipersensibilidad a betalactámicos se usará clindamicina o macrólidos.
- En casos recidivantes se puede utilizar Trimetoprim-sulfametoxazol.



# Tratamiento de nuestro caso

Ante el diagnóstico clínico de impétigo se inició tratamiento tópico con ácido fusídico cada 12 horas.

La extensión rápida de las lesiones, hizo que se iniciase tratamiento oral con amoxicilina/ clavulánico 8:1 a dosis de 50 mg/kg/día durante una semana.



# Pruebas complementarias

Se obtuvo muestra del contenido líquido de las ampollas para cultivo, con resultado negativo (se había iniciado, un día antes, el tratamiento antibiótico).

# Seguimiento

Se realizó seguimiento del paciente mediante consulta presencial cada 48 horas.

Las lesiones se fueron resolviendo dejando una ligera descamación.

Se mantuvo afebril durante todo el proceso.



# Resolución

La evolución del paciente fue buena, reevaluándose en el centro de salud de forma periódica, con la práctica resolución del cuadro a los 8 días.





# Reflexiones

- El antibiótico oral de primera elección debió ser Cefadroxilo por tener un espectro más selectivo.
- No se pensó en el estafilococo resistente a meticilinas (SARM) por su baja frecuencia (según el estudio COSACO), por no haber lesiones necróticas, porque el niño no procedía de zona de riesgo y por la buena evolución del caso.



# 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 dd/mm/aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
- Moraga Llop F.A, Martínez Roig A. Enfermedades bacterianas de la piel. *Pediatr Integral* 2012; XVI(3):235-243.
- Conejo Fernández A.J, et al. 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)*.2015.
- Martínez Chamorro M.J. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Octubre de 2019. Antibioterapia tópica en Pediatría. Disponible en: [<https://aepap.org/grupos/grupo-de-PatologiaInfecciosa/contenido/documentos-del-gpi>].
- <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/biblioteca/amoxicilina-acido-clavulanico-cual-es-la-dosis-que-presentacion-usamos>.