



## Revisión

## Infecciones de partes blandas

Mónica Ibáñez Barceló<sup>a,\*</sup>, Virginia Pomar Solchaga<sup>b</sup> y Santos Castañeda<sup>c</sup><sup>a</sup> Reumatología, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Baleares, España<sup>b</sup> Unitat de Malalties Infeccioses, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España<sup>c</sup> Reumatología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 3 de septiembre de 2008

Aceptado el 14 de octubre de 2008

On-line el 14 de abril de 2009

## Palabras clave:

Infecciones de partes blandas

Celulitis

Erisipela

Fascitis necrosante

Miositis

Piomiositis

Staphylococcus aureus resistente a la metilina

## RESUMEN

Las infecciones de partes blandas son un importante problema de salud, con una incidencia creciente y una mortalidad elevada. El aumento de su incidencia se debe al incremento de la población de riesgo (especialmente sujetos inmunodeprimidos), al incremento de las resistencias bacterianas debido al uso inapropiado de antibióticos de amplio espectro y a la capacidad de los patógenos para adaptarse a ambientes nuevos. El tratamiento adecuado incluye un abordaje integral con una vigilancia epidemiológica estricta, el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas empíricas iniciales y un desbridamiento quirúrgico precoz cuando se estime necesario. El principal microorganismo causante de estas infecciones es *Staphylococcus aureus*. En los últimos años se han descrito múltiples casos por cepas de *S. aureus* resistentes a metilina (SARM). En España, la incidencia global del SARM es del 29%, aunque hay series en las que llega hasta el 46,4%. Por este motivo, en la presente revisión se pone especial interés en este microorganismo.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Soft tissue infections

## ABSTRACT

Soft tissue infections represent an emerging health problem with a growing incidence and mortality. The augmented incidence of skin and soft tissue infections is the result of a number of factors, such as the increase of immunocompromised patients, emergence of multidrug-resistant pathogens due to the irrational use of antibiotics and the ability of pathogens to adapt to the environment. Successful management requires a global performance that involves a surveillance program, appropriate empirical antibiotic therapy and prompt surgical exploration with extensive debridement of devitalized tissue. *Staphylococcus aureus* is the most common pathogen and, in the last few years, methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA) has become commonplace. In Spain, the global incidence of MRSA is 29%; however, there are series in which rises to 46.4%. For this reason, MRSA will be highlighted in this revision.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Las infecciones de la piel y de los tejidos blandos (tejido celular subcutáneo, fascia y musculoesquelético) incluyen un espectro muy amplio de cuadros clínicos, espectro que abarca desde procesos banales hasta cuadros graves con repercusión sistémica y mortalidad elevada. En los últimos años, se ha observado una incidencia creciente que en algunas series alcanza hasta el 10% de los ingresos hospitalarios<sup>1</sup>. Este incremento se debe en gran medida al aumento de las resistencias a los antimicrobianos convencionales, a la capacidad de los microorganismos de adaptarse a medios nuevos y al crecimiento de la población de riesgo, principalmente sujetos inmunodeprimidos<sup>2-4</sup>.

La clasificación nosológica de las infecciones de partes blandas es muy variable según se considere la localización anatómica, el tiempo de evolución o el agente patógeno causal<sup>2</sup>. Esta revisión repasa las entidades más frecuentes de acuerdo con la distribución del plano anatómico, incluidas las infecciones de los tejidos periarticulares, como la bursitis y la tenosinovitis.

El principal microorganismo causante de la mayor parte de las infecciones de partes blandas es *Staphylococcus aureus*<sup>1-8</sup>. Dado el creciente aumento (tanto en el ámbito intrahospitalario como en la comunidad) de cepas de *S. aureus* resistentes a metilina (SARM), se le dedica un apartado especial<sup>7-9</sup>. En España, el estudio

\* Autor para la correspondencia.

Correo electrónico: mibanez@hsl.es (M. Ibáñez Barceló).

de vigilancia de las resistencias a los antimicrobianos (VIRA) observó una incidencia global del SARM del 29%<sup>10</sup>, aunque en Córdoba una serie observó cifras de hasta el 46,4% en los últimos años<sup>11</sup>.

Ante todo sujeto con una infección de partes blandas deben tenerse presentes factores de riesgo sistémicos (diabetes mellitus [DM], obesidad, trastornos circulatorios, traumatismos o cirugía reciente), factores localregionales (edema crónico, linfedema, cirugía de nódulos regionales, safenectomía o intertrigo), así como el grado de inmunodepresión (sujetos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], usuarios de drogas por vía parenteral [UDVP], ancianos, sujetos transplantados, oncológicos o reumatológicos que reciben tratamiento inmunodepresor [quimioterapia, glucocorticoides y tratamientos biológicos, como los dirigidos frente al factor de necrosis tumoral o rituximab])<sup>5,6</sup>.

En los sujetos inmunodeprimidos conviene recordar que la expresión clínica de estas infecciones puede estar atenuada o comenzar con formas inusuales y que ésta suele ser el resultado de una siembra hematógena. En el diagnóstico diferencial etiológico de estas infecciones deben incluirse bacterias, hongos, micobacterias (como *Mycobacterium tuberculosis*) y otros microorganismos atípicos. En este tipo de sujetos, es fundamental administrar medidas preventivas para evitar la disrupción de la barrera cutánea, ya que gran parte de las infecciones suelen ser de origen nosocomial (ingresos hospitalarios frecuentes, catéteres intravenosos, entre otros)<sup>12,13</sup>.

Asimismo, es importante conocer la forma de inicio, el grado de extensión y la repercusión sistémica reflejada por la presencia de síntomas de alarma, como hipotensión, taquicardia, temperatura menor de 35 °C o mayor de 40 °C o la aparición de síndrome confusional.

Las pruebas de imagen son de gran utilidad, ya que ayudan a delimitar la extensión de la infección y permiten establecer un diagnóstico más preciso y precoz. Es aconsejable realizar una búsqueda activa del microorganismo causal (sobre todo en sujetos graves) cuando se sospeche la presencia de microorganismos menos frecuentes o cuando haya una respuesta inadecuada al tratamiento antimicrobiano. La muestra debe obtenerse de una zona representativa de la infección evitando, en lo posible, la contaminación con la XXX normal por lo que debe procederse a la limpieza y desinfección del área. Asimismo deben evitarse restos superficiales y zonas necróticas<sup>14,15</sup>. En enfermos con repercusión sistémica, se recomienda extraer hemocultivos seriados<sup>16</sup>. La utilización de métodos de biología molecular con amplificación del ácido desoxirribonucleico o del ácido ribonucleico del patógeno permite realizar un diagnóstico más temprano que los métodos convencionales en infecciones causadas por microorganismos cuyos cultivos serían difíciles o imposibles de realizar<sup>17</sup>.

### Clasificación anatómica y nosológica

A continuación se describen las principales infecciones de partes blandas con un criterio anatómico, desde los planos superficiales hasta los planos más profundos.

### Impétigo

El impétigo es una infección superficial de la epidermis altamente contagiosa que afecta principalmente a los niños. Se transmite por contacto directo y suele localizarse en las extremidades y en la región facial. *S. aureus* es el microorganismo

predominante, seguido del *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus beta-hemolítico* del grupo A [SBGA]).

De acuerdo con el número de lesiones, la localización y la necesidad de erradicar las formas contagiosas, el tratamiento antibiótico puede ser tópico o sistémico<sup>18</sup>. Para el tratamiento tópico y debido al incremento progresivo de resistencias frente a la mupirocina y al ácido fusídico<sup>19,20</sup>, se han sugerido alternativas como retapamulin, un antibiótico que recientemente ha aprobado la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de infecciones cutáneas superficiales causadas por *S. aureus* (se excluyen los SARM) y por *S. pyogenes* en sujetos adultos y en sujetos pediátricos mayores de 9 meses de edad<sup>21</sup>. Para el tratamiento sistémico se recomienda la utilización de penicilina, amoxicilina, cloxacilina o una cefalosporina de primera generación durante una semana como mínimo<sup>2,3</sup>. En sujetos alérgicos a betalactámicos están indicados macrólidos, clindamicina o quinolonas.

### Erisipela

La erisipela es un tipo especial de celulitis superficial de la piel con compromiso linfático, producida por SBGA. Se localiza en los miembros inferiores en un 70 a un 80% y a nivel facial en un 5 a un 20% de los casos. Habitualmente, se detecta una puerta de entrada próxima (úlceras o abrasión local) o hay un antecedente quirúrgico local, como safenectomía o intertrigo plantar<sup>22</sup>.

Se manifiesta como una placa eritematosa, edematosa, delimitada y dolorosa con aspecto de «piel de naranja» que, de forma característica, presenta un borde activo sobreelevado y se acompaña de malestar general y fiebre. Los principales factores de riesgo incluyen estasis venoso, DM o alcoholismo.

Las recidivas son frecuentes debido a la obstrucción linfática y requieren un tratamiento antibiótico prolongado. Por el contrario, las complicaciones locales (abscesos o ampollas) son bastante infrecuentes, precisan de drenaje quirúrgico y suelen deberse a *S. aureus*, incluido SARM en zonas endémicas<sup>23</sup>.

La tendencia actual es tratar la erisipela de forma ambulatoria y con una menor duración del tratamiento antibiótico. Como tratamiento empírico, se recomiendan antibióticos sistémicos activos frente a *Streptococcus*, como penicilina o amoxicilina<sup>2,3</sup>. El reposo en cama con la extremidad elevada así como la anticoagulación profiláctica en sujetos de alto riesgo son fundamentales.

### Celulitis

La celulitis es una inflamación aguda de la piel que se extiende más profundamente que la erisipela y afecta al tejido celular subcutáneo. Suele producirse a través de una puerta de entrada (herida o laceración de la piel) y se manifiesta en forma de placas eritematosas, calientes y de bordes mal definidos. En ocasiones se acompaña de fiebre, adenopatías, mal estado general y leucocitosis. Puede diseminarse por vía hemática o linfática y desencadenar cuadros sépticos.

Los microorganismos causales más frecuentes son *S. pyogenes* y *S. aureus*<sup>2</sup>. Las celulitis recurrentes suelen estar causadas por *S. pyogenes* y se observan cuando hay deterioro linfático<sup>24,25</sup>. Hay una multitud de microorganismos que pueden causar celulitis, aunque su origen puede sospecharse según el antecedente epidemiológico<sup>26-31</sup> (tabla 1). Entre éstos cabe resaltar *Aeromonas hydrophila* por su agresividad, especialmente en sujetos con trastornos hematológicos en los que puede desencadenar mionecrosis extensa, bacteriemia e incluso artritis séptica<sup>26</sup>. *Vibrio vulnificus* puede inocularse directamente a través de la piel o como

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3802790>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3802790>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)