



# Protocolo de tratamiento empírico de las infecciones de piel y tejidos blandos

M. Fernández Sampedro

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Departamento de Medicina. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. España.

## Palabras Clave:

- Impétigo
- Erisipela
- Celulitis
- Fascitis necrosante
- Mionecrosis

## Keywords:

- Impetigo
- Erysipelas
- Cellulite
- Necrotizing fasciitis
- Myonecrosis

## Resumen

Las infecciones de piel y partes blandas (PPB) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades de las capas superficiales de la piel que evolucionan espontáneamente a la curación o a infecciones profundas. Pueden llegar a ser muy severas, con una mortalidad de hasta un 80 % (miositis estreptocócicas). Se incluyen infecciones como el impétigo, la erisipela, la celulitis y la miositis que pueden presentarse también con necrosis como celulitis necrosante, fascitis necrosante y/o mionecrosis. Desde el punto de vista etiológico, las infecciones de PPB son habitualmente bacterianas y en múltiples ocasiones polimicrobianas. Las bacterias más prevalentes son *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, con un aumento en los últimos años de la tasa de *S. aureus* resistente a meticilina (SARM), también se incluyen las enterobacterias y microorganismos anaerobios. La correcta valoración inicial de la infección de PPB es crucial para la instauración del tratamiento antibiótico adecuado, evitando la progresión rápida del proceso y disminuyendo la morbi-mortalidad asociada a la infección necrosante.

## Abstract

### Empiric antimicrobial therapy for skin and soft-tissue infections

Infections of skin and soft tissue are a heterogeneous group of diseases of the upper layers of the skin, which evolve spontaneously healing or deep infections. They can be very severe, with a mortality of up to 80 % (streptococcal myositis). Infections such as impetigo, erysipelas, cellulitis and myositis which may also occur with necrosis and necrotizing cellulitis, necrotizing fasciitis and/or myonecrosis are included. From the point of view etiological infections skin and soft tissues are usually polymicrobial bacterial and multiple occasions. The most prevalent bacteria are *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, an increase in recent years in the rate of methicillin-resistant (MRSA) *S. aureus*, enterobacteria and anaerobes are also included. The correct initial assessment of these infections is crucial for the establishment of appropriate antibiotic treatment, avoiding the rapid progression of the process and reducing the morbidity and mortality associated with necrotizing infection.

## Introducción

Las infecciones de piel y partes blandas (PPB) originan una parte importante de las prescripciones de antibióticos en la práctica médica diaria. El espectro clínico abarca desde procesos banales hasta procesos letales<sup>1</sup>.

En la flora bacteriana habitual de la piel se encuentran distintos microorganismos que van a ser residentes permanentes o transitorios. Es importante conocer esta flora que puede estar presente en lesiones de la piel sin ser su causa, contaminar muestras de estudio, como hemocultivos, y potencialmente estar en la génesis de procesos infecciosos de PPB.

TABLA 1

**Grados de recomendación y nivel de evidencia según la Infectious Diseases Society of America****Grados de recomendación**

- A Extremadamente recomendable
- B Recomendable
- C Ni recomendable ni aconsejable. Opcional
- D Pruebas moderadas en contra
- E Pruebas fuerte en contra. Nunca recomendado

**Nivel de evidencia**

- I Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
- II Más de un estudio bien diseñado pero no aleatorizado. Multicéntricos, de cohortes o de casos y controles o resultados espectaculares de análisis no controlados
- III Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o consenso de expertos

Fuente: Gross PA, et al<sup>7</sup>.

Las bacterias residentes permanentes que con mayor frecuencia se aíslan son: *Propionibacterium* spp., *Corynebacterium* spp. y *Staphylococcus epidermidis*. La flora transitoria está integrada por: *Streptococcus pyogenes* beta hemolítico del grupo A, otros *Streptococcus* incluyendo los del grupo *viridans*, *Neisseria* spp., *S. aureus*, bacilos gramnegativos aerobios (*E. coli*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, *Acinetobacter*), *Mycobacterium* spp., *Bacillus* spp., así como anaerobios del género *Peptococcus* y *Peptostreptococcus*.

El médico debe sospechar según los factores de riesgo de cada sujeto la probabilidad de infección por *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (SARM) para ampliar el tratamiento a este microorganismo<sup>2</sup>.

## Rigor científico

Las recomendaciones se basan según los criterios establecidos por la *Infectious Diseases Society of America* (tabla 1).

## Infección de piel y partes blandas por *Staphylococcus aureus* resistente a metilina

En la actualidad, en Estados Unidos *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina-AC (SARM-AC) adquirido en la comunidad, es el principal agente etiológico de las infecciones de PPB con especial predominio del clon USA300 que se aísla en casi el 50 % de las infecciones cutáneas de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias<sup>2</sup>.

En Europa, estas infecciones son menos frecuentes y, en el caso de España, la incidencia es mucho menor, con alrededor del 28 % en lo que respecta a la variante hospitalaria y a casos anecdóticos en la adquirida en la comunidad<sup>3</sup>. Existe un grupo de población con mayor riesgo para presentar infección de PPB por SARM<sup>4</sup>:

1. Alteración de la inmunidad.
2. Compartir espacios hacinados (por ejemplo, dormitorios, vestuarios, etc.).
3. Ser usuario de drogas intravenosas.

4. Hemodiálisis.
5. Enfermedad grave.
6. Personas que viven en la calle sin techo “homelessness”.
7. Deportes de contacto (fútbol, lucha libre).
8. Infección o colonización reciente por SARM.
9. Uso reciente de antibióticos de amplio espectro.
10. Trastorno cutáneo crónico.
11. Haber estado infectado por SARM anteriormente.
12. Ingreso reciente en centros (hospital o residencia de ancianos).

En infecciones adquiridas en la comunidad, si la situación clínica del paciente lo permite, se puede iniciar un tratamiento con fármacos clásicos como cotrimoxazol o clindamicina (valor de recomendación A-II). En infecciones adquiridas en el hospital, el tratamiento de elección es vancomicina (valor de recomendación A-II). La teicoplanina es una alternativa más cara pero con la ventaja de que se puede administrar por vía intramuscular y en régimen de hospitalización domiciliaria (valor de recomendación B-II)<sup>5</sup>.

Los nuevos antimicrobianos activos frente a SARM como linezolid y daptomicina pueden ser una alternativa ante el fracaso, intolerancia o nefrotoxicidad de los glucopéptidos. Linezolid presenta además dos ventajas: alcanza concentraciones altas en tejidos y puede administrarse por vía oral con elevada biodisponibilidad, lo que permite su uso secuencial y la consiguiente reducción de la estancia hospitalaria contrarrestando así su elevado coste<sup>1</sup>.

## ¿Cuándo considerar la derivación a un especialista en enfermedades infecciosas?

Se recomienda la valoración por un especialista en enfermedades infecciosas ante un paciente inmunocomprometido, con una infección de PPB de tipo grave o una infección de PPB sin observar mejoría clínica tras 4-5 días de una terapia inicial adecuada.

Cuando no se consigue una mejoría clínica a pesar de llevar un tratamiento antibiótico adecuado, se debe descartar la existencia de una resistencia bacteriana, una afectación más profunda de lo sospechado (absceso, infección necrosante) o una comorbilidad como complicación (diabetes, insuficiencia venosa crónica, linfedema etc.). Además se debe considerar la infección por microorganismos inusuales, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos o que se trate de un proceso no infeccioso<sup>4,6</sup>.

En algunos pacientes, la inflamación de las lesiones cutáneas empeora durante las primeras 24 horas del inicio del tratamiento antibiótico. Esto no necesariamente significa un fallo del mismo, sino meramente representa una respuesta inflamatoria de liberación de los antígenos bacterianos. El uso de antiinflamatorios podría ayudar a la mejoría de la clínica. Sin embargo, algunos estudios desaconsejan el uso de antiinflamatorios no esteroideos por su actividad antifagocitaria y porque pueden enmascarar los signos inflamatorios de las infecciones necrosantes, retrasando así el diagnóstico<sup>3</sup>.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805652>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805652>

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