



Infecciones cutáneas

D. Saceda Corralo^a, M.E. de las Heras-Alonso^a y L. Olmos Acebes^b

Servicio de Dermatología. ^aHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. ^bHospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Piodermatitis
- Herpes
- Dermatofitosis
- Candidiasis

Keywords:

- Pyodermatitis
- Herpes
- Dermatophytosis
- Candidiasis

Resumen

Las infecciones cutáneas se producen por invasión de microorganismos que alteran la piel y provocan una respuesta inmunitaria local que puede tener repercusiones sistémicas. Los principales agentes causales son bacterias, virus y hongos, las características epidemiológicas de cada uno definen su mecanismo de transmisión. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, pero existen lesiones típicas que pueden ser definitivas para el diagnóstico. Las pruebas complementarias ayudan a confirmar el diagnóstico inicial. Su tratamiento se basa en la erradicación del microorganismo, siempre que sea posible, y evitar posibles complicaciones.

Abstract

Skin infections

Skin infections are caused by undesirable microorganisms which alter the skin and cause a local immune response that may have systemic effects. The main causal agents are bacteria, viruses and fungi, the epidemiological characteristics of each one define their mechanisms of transmission. The clinical manifestations are varied, but there are typical lesions that can be useful for diagnosis. Additional tests help to confirm the initial diagnosis. Treatment is based on the eradication of the microorganism, whenever possible, and to avoid potential complications.

Introducción

En la superficie cutánea existe una flora microbiana estable que se modifica a lo largo de la vida del huésped. Podemos dividir esta flora microbiana en dos grupos: “residente” o “colonizante” y “transitoria” o “no colonizante”. La flora “residente” es constante y evita que proliferen otras especies patógenas protegiendo así a la piel. La flora “transitoria” aparece de forma pasajera en la piel y está formada por gérmenes con poder patógeno. Entre la flora microbiana podemos encontrar bacterias, virus, hongos y parásitos. Las bacterias predominantes son *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus* spp., *Corynebacterium* spp. y *Propionibacterium* spp.

La piel actúa como una barrera natural ante estos gérmenes y limita su proliferación gracias a varios mecanismos reguladores como el pH, los ácidos grasos libres y

el ácido linoleico, las inmunoglobulinas circulantes y el recambio celular de la epidermis. El desarrollo de una infección cutánea dependerá de la integridad de la piel, las defensas del huésped y el poder patógeno del microorganismo.

Clasificación

Podemos dividir las infecciones cutáneas en los siguientes grupos¹:

1. Primarias: infección directa de la piel por un microorganismo; por ejemplo, impétigo, celulitis, onicomicosis.

2. Secundarias: sobreinfección de una dermatosis previa, normalmente causada por distintos tipos de gérmenes al mismo tiempo; por ejemplo, impetiginización de una placa de eccema.

3. Manifestaciones cutáneas de infecciones en otros órganos o sistemas, por ejemplo: escarlatina.

4. Lesiones cutáneas en reacción a una infección, por ejemplo: eritema nodoso por faringitis estreptocócica.

Infecciones bacterianas

El diagnóstico es esencialmente clínico. La tinción de Gram ayuda a confirmar la presencia y el tipo de bacterias. Los cultivos de muestras recogidas por aspiración solo han demostrado ser útiles cuando hay presencia de vesículas o abscesos. La biopsia cutánea identifica con mayor sensibilidad al patógeno responsable. Dentro de las pruebas de imagen, la más útil es la ecografía de partes blandas, que permite comprobar si existen abscesos y afectación de tejidos blandos. Otras pruebas como la radiografía, la tomografía computadorizada o la resonancia magnética sirven para identificar la presencia de gas subcutáneo y detectar daño osteoarticular. Se puede recurrir a ellas cuando se quiera delimitar la infección, exista mucha afectación general o no haya respuesta al tratamiento. El análisis de la proteína C reactiva (PCR) en sangre o tejido es útil sobre todo en infecciones víricas (herpes), por micobacterias y algunas bacterianas (como la escarlatina).

Etiología

Streptococcus pyogenes

Es el principal responsable de las infecciones causadas por estreptococos. Su mayor reservorio se encuentra en la orofaringe que está colonizada en el 10 % de la población, mientras que en la piel se encuentra solo en el 1 % de las personas. Son cocos grampositivos del grupo A que crecen en cadenas y producen beta-hemólisis. Su poder patógeno depende de proteínas estructurales como la proteína M que impide la fagocitosis y facilita la adherencia al tejido epitelial. Otra característica importante es su capacidad de sintetizar toxinas como las estreptolisinas O y S que provocan el shock tóxico estreptocócico y la escarlatina².

Staphylococcus aureus

Está presente en la nasofaringe del 20 % de la población de forma permanente y hasta el 60 % de las personas son colonizadas transitoriamente por esta bacteria en la nariz, axilas o periné². Eliminar el germen de los portadores no ha demostrado eficacia para disminuir las infecciones en la comunidad y además vuelven a colonizarse en un corto espacio de tiempo³. Son cocos grampositivos, coagulasa y catalasa positivos que crecen en racimos. Algunas cepas sintetizan enterotoxinas, toxinas exfoliativas y la toxina-1 del shock tóxico estafilocócico (TSST-1) que provocan el síndrome de la piel escaldada⁴. Cada día es más importante el aumento de cepas de *S. aureus* resistentes a meticilina (SAMR), representan el 44 % de todas las infecciones nosocomiales y están aumentando su presencia en las infecciones adquiridas en la comunidad. Esta resistencia antibiótica es posible gracias a la presencia del gen *mecA*,

y es frecuente que se asocie a la síntesis de la leucocidina Pantón-Valentine que provoca infecciones necrotizantes agudas de la piel⁵.

Clínica

Infecciones superficiales

Impétigo. Es una infección superficial de la piel muy común, especialmente en niños y en pacientes con alteraciones de la piel como la dermatitis atópica⁶. Tiene dos variantes: ampolloso y no ampolloso. El impétigo ampolloso está causado por *S. aureus* y representa el 30 % de todos los casos. Aparecen ampollas que al romperse dejan una base eritematosa y un exudado que forma costras amarillentas, de color miel (costras melicéricas). El impétigo no ampolloso está causado por *S. aureus* y *S. pyogenes*, y representa el 70 % de todos los casos. También se forman ampollas, pero su pared es tan fina que se rompen muy pronto y no se llegan a visualizar, observándose directamente costras⁶. Pueden coincidir en el tiempo lesiones en diferentes localizaciones, es frecuente que se lesione la piel de alrededor de los orificios de la cara. Es raro la presencia de fiebre o afectación del estado general, pero sí pueden causar prurito con rascado, así como la diseminación de las lesiones a otras zonas de la piel. Para evitar su diseminación y la progresión de la infección a planos profundos, se debe realizar un tratamiento correcto y extremar las medidas de higiene. Cuando en el impétigo participan cepas nefritógenas de *S. pyogenes* se puede producir glomerulonefritis postestreptocócica unas 3-6 semanas después de la infección. Puede provocar desde una hematuria microscópica hasta insuficiencia renal grave². Los títulos de ASLO serán normales (al contrario que en infecciones faríngeas), pero aparecen anticuerpos anti-ADNasa y antihialuronidasa. En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta las tiñas, los eccemas y la infección por virus herpes o varicela (fig 1).

Ectima. Es una infección ulcerada de la piel causada habitualmente por *S. aureus* y a veces estreptocócica. Aparece con más frecuencia en personas con poca higiene, en niños, ancianos e inmunocomprometidos. Las úlceras suelen desarrollarse en los miembros inferiores y tienen un aspecto "en sacabocados", con los bordes indurados y violáceos y desarrollan costra.

Dactilitis ampollosa o bulla repens. Su agente etiológico más frecuente es *S. pyogenes*, se presenta con más frecuencia en niños y adolescentes. Aparece una ampolla tensa, con líquido seroso o purulento, en la punta de los dedos del pie o de la mano. La piel circundante es eritematosa y se puede extender afectando a todo el dedo y al lecho ungüeal.

Foliculitis superficial o impétigo de Bockhart. Consiste en la infección del folículo piloso en su parte más superficial. Su agente etiológico más común es *S. aureus*, aunque el tratamiento antibiótico previo puede favorecer la foliculitis por bacterias gramnegativas. También se han asociado microorganismos a ciertas situaciones, como *Pseudomonas aeruginosa*

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808645>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808645>

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