

# Infección cutánea bacteriana

G. Monsel, V. Pourcher, E. Caumes

*Las infecciones cutáneas bacterianas agrupan al conjunto de infecciones de las tres tunicas de la piel, epidermis, dermis e hipodermis, así como de los tejidos subcutáneos. Las dos principales bacterias relacionadas con estos procesos son Streptococcus pyogenes y Staphylococcus aureus. El espectro clínico es amplio y la antibioticoterapia es probabilista, ya que el diagnóstico clínico permite orientar hacia un germen en particular. Por otra parte, es fundamental, en el marco de las dermatohiperdermitis bacterianas, buscar y tratar una posible puerta de entrada.*

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Infecciones cutáneas bacterianas; Erisipela; Dermohiperdermitis; Fascitis; Impétigo

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Dermohiperdermitis bacteriana aguda</b>	1
Erisipela	1
Dermohiperdermitis bacteriana necrosante y fascitis necrosante	3
■ <b>Impétigo y ectima</b>	4
Definición	4
Formas clínicas	4
Pruebas complementarias	5
Evolución	5
Tratamiento	5
■ <b>Foliculitis, forúnculo, ántrax y forunculosis</b>	5
Definiciones	5
Formas clínicas	5
Diagnóstico	6
Evolución	6
Tratamiento	6
■ <b>Conclusión</b>	6

## ■ Introducción

Las infecciones cutáneas bacterianas son infecciones que afectan a las diferentes partes de la piel, epidermis, dermis e hipodermis, a las que se suman las infecciones de los tejidos subcutáneos, y que están provocadas por bacterias (excluidas las micobacterias). El espectro clínico es amplio. El diagnóstico es casi siempre clínico, pero es preferible disponer de una muestra microbiológica si se van a prescribir antibióticos. Las dos bacterias principales relacionadas con estos procesos son *Streptococcus pyogenes* (estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A) y *Staphylococcus aureus*. La antibioticoterapia es probabilista, ya que el diagnóstico clínico suele orientar hacia un germen particular.

## ■ Dermohiperdermitis bacteriana aguda

Se define como una afección dérmica y/o hipodérmica de origen bacteriano. El término de dermatohiperdermitis bacteriana aguda (DHBA) es más adecuado que el de « celulitis infecciosa » (uti-

lizado en la literatura anglosajona). El espectro clínico es muy amplio y todas las formas intermedias son posibles, desde la erisipela hasta la fascitis necrosante. La principal bacteria implicada es *S. pyogenes*, que siempre habrá que tener en cuenta, pero también pueden intervenir otras bacterias en algunas formas clínicas de dermatohiperdermitis. En el año 2000 tuvo lugar una conferencia de consenso para optimizar el tratamiento de las DHBA, de la erisipela y de la fascitis necrosante [1].

## Erisipela (Fig. 1)

La erisipela es una afección común cuya incidencia aproximada es de 10-100 casos por 100.000 habitantes y año.

## Definición

La erisipela es un DHBA no necrosante, de origen estreptocócico, que puede recidivar. Debe distinguirse de las DHBA de origen no estreptocócico y de las DHBA necrosantes.

Esta afección predomina casi siempre en los miembros inferiores, pero también puede afectar a otras partes anatómicas como el rostro.

## Factores de riesgo

Los factores de riesgo de la erisipela son al mismo tiempo locales y generales.

Los factores de riesgo locales asocian una insuficiencia vascular, de origen venoso o linfático (secundaria a un vaciamiento ganglionar, una radioterapia, una enfermedad de Kaposi, etc.), y una efracción de la barrera cutánea. La arteriopatía de los miembros inferiores no es un factor de riesgo. La ruptura de la barrera cutánea consiste casi siempre en un intertrigo interdigitoplantar, de origen micótico (Fig. 2), a su vez colonizado por un estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A, pero también se puede tratar de una úlcera en una pierna o de una herida, reciente o crónica, de origen traumático o inflamatorio [2-4]. El intertrigo micótico, casi siempre por dermatofitos, suele estar asociado a una onicomicosis (Fig. 3) que también habrá que diagnosticar (muestra para estudio micológico) y tratar para prevenir la recidiva del intertrigo. Es absolutamente necesario buscar estos factores locales porque pueden ser origen de recidiva.

La obesidad es el único factor de riesgo general identificado [2], que afecta al 16% de la población general. El riesgo aumenta con el índice de masa corporal. Ni el alcoholismo, ni la diabetes ni



**Figura 1.** Erisipela.



**Figura 2.** Intertrigo interdigital de origen fúngico (dermatofito).



**Figura 3.** Onicólisis distolateral e hiperqueratosis subungueal en una dermatofitosis ungueal.

el tabaquismo crónico han sido identificados como posibles factores de riesgo [2]. Sin embargo, estas comorbilidades se pueden descompensar en caso de erisipela.

### Presentación clínica

La erisipela presenta tres signos clínicos que aparecen en el orden cronológico siguiente: fiebre alta (39-40 °C) con escalofríos

### Cuadro 1.

Signos de gravedad que deben hacer sospechar una dermohipodermatitis bacteriana necrosante o una fascitis necrosante.

<b>Características del paciente</b>	Inmunodepresión Diabetes Toma de AINE o de corticoides
<b>Puerta de entrada</b>	Mordedura humana o animal Herida traumática acuática Herida quirúrgica
<b>Signos locales</b>	Dolores muy intensos, no controlados por los analgésicos Zonas equimóticas o purpúricas Zonas hipoestésicas Crepitaciones subcutáneas Zonas induradas hiperálgicas
<b>Signos sistémicos</b>	Signos de choque séptico
<b>Evolución</b>	Extensión rápida de la placa bajo antibioticoterapia Agravamiento bajo antibioticoterapia
<b>Biología</b>	Elevación de las CPK Elevación de la CRP > 150 mg/l Hemocultivos positivos Signos de falla visceral o de choque

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; CPK: creatina fosfocinasa; CRP: proteína C reactiva.

y, varias horas más tarde, aparición de una placa cutánea inflamatoria. Una presentación menos típica de los síntomas debe hacer sospechar un origen no estreptocócico. La lesión cutánea consiste en una placa eritematosa, dolorosa y edematosa, que en el rostro está bien delimitada por un rodete periférico, mientras que en los miembros inferiores los límites son menos nítidos. No hay necrosis. Los contornos de la placa deben ser marcados de manera sistemática (Fig. 1). A menudo es posible identificar una puerta de entrada local. También es frecuente la presencia de una adenopatía inflamatoria satélite, aunque su asociación a un cordón de linfangitis es inconstante.

Los signos que hacen sospechar que se trata de un forma grave de DHBA y que requieren el ingreso del paciente en un centro hospitalario especializado son signos sistémicos (signos de choque, resistencia a un tratamiento antibiótico considerado eficaz) y locales (necrosis, lividez, cianosis, anestesia local, intensidad de los dolores locales), cuya búsqueda debe ser sistemática (Cuadro 1).

### Pruebas complementarias

El diagnóstico es ante todo clínico, y ninguna exploración complementaria es indispensable para su confirmación. El estudio biológico puede mostrar una leucocitosis de polimorfonucleares neutrófilos y, casi siempre, una elevación de la proteína C reactiva (CRP). Se recomienda hacer hemocultivos cuando la fiebre es elevada y existen factores de comorbilidad, pero su utilidad es escasa porque son positivos en menos del 5% de los casos [4-6]. El análisis de las muestras locales (escobillados, punciones subcutáneas o biopsias cutáneas) tampoco es de gran ayuda, porque la carga bacteriana es escasa en esta enfermedad, cuyo mecanismo etiopatogénico se debe sobre todo a una toxina. La punción de una flictena cerrada puede aportar la prueba bacteriológica. Estas muestras locales sólo se toman en caso de comorbilidades o inmunodepresión subyacente [6]. La determinación de la creatina fosfocinasa (CPK) puede estar indicada cuando existen signos de gravedad, en busca de una rabdomiólisis que puede evocar una fascitis. Ante la presencia de un intertrigo interdigital en el pie y/o de una afección ungueal sospechosa de micosis, se deben tomar muestras para examen directo y cultivo micológicos en busca de una puerta de entrada.

### Diagnósticos diferenciales

Los diagnósticos diferenciales que se deben considerar son: las dermohipodermatitis bacterianas necrosantes (DHBN) y las fascitis necrosantes, de origen estreptocócico o no, las trombosis venosas profundas o superficiales y las dermatitis por estasis (Cuadro 2).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757802>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757802>

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