

# Enfermedades bacterianas de la piel

L.C. Arango Duque, M. Miranda Fontes, T. Pozo Román

Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid



## Resumen

Las infecciones bacterianas cutáneas constituyen el motivo de consulta más frecuente en Dermatología pediátrica. El *S. aureus* y el *S. pyogenes* son los microorganismos más frecuentemente implicados y la entidad más diagnosticada es el impétigo. El diagnóstico es clínico y el tratamiento se instaure de manera empírica en la mayoría de los casos.

## Abstract

*Cutaneous bacterial infections are the most common reason for consultation in pediatric dermatology. S. aureus and S. pyogenes are the most frequently implicated microorganisms, and impetigo is the most frequently diagnosed entity. Making a diagnosis is based on clinical appearance and treatment is established empirically.*

**Palabras clave:** Enfermedades bacterianas de la piel; Infecciones de tejidos blandos; Infecciones cutáneas estafilocócicas; *S. pyogenes*.

**Key words:** *Bacterial Skin Diseases; Soft Tissue Infections; Staphylococcal Skin Infections; S. pyogenes.*

## Introducción

**Las infecciones bacterianas cutáneas constituyen el motivo de consulta más frecuente en Dermatología Pediátrica. El diagnóstico es clínico y el tratamiento se instaure de manera empírica.**

Las infecciones bacterianas cutáneas generan alrededor del 20% de las consultas dermatológicas ambulatorias<sup>(1)</sup> y son el motivo de consulta más frecuente en Dermatología pediátrica<sup>(2)</sup>. El *S. aureus* y el *S. pyogenes*, producen la mayoría de estos trastornos, que varían de cuadros leves frecuentes a infecciones potencialmente mortales, poco habituales en la infancia<sup>(1)</sup>. Además de la infección directa a los tejidos, el *S. aureus* y el *S. pyogenes* pueden producir cuadros mediados por toxinas, con manifestaciones cutáneas y sistémicas, como el síndrome de la piel escaldada, el síndrome de shock tóxico o la escarlatina. Estos cuadros deben considerarse entidades separadas que no están dentro del objetivo de esta revisión.

El impétigo, la celulitis, la foliculitis y los abscesos son los cuadros más vistos en Atención Primaria<sup>(3,4)</sup>, siendo el impé-

tigo la infección pediátrica bacteriana de la piel más común en todo el mundo<sup>(1)</sup>. El diagnóstico es clínico y solo, en ocasiones, se precisa confirmación microbiológica, instaurándose el tratamiento de manera empírica (Tabla I). Las infecciones leves superficiales se tratan con antibiótico tópico. Las infecciones profundas, con pus, complicaciones o afectación del estado general, precisan tratamiento antibiótico sistémico y, en algunos casos (abscesos, fascitis necrotizante), tratamiento quirúrgico.

## Etiopatogenia

**Dentro de los factores que predisponen a su aparición, encontramos: alteraciones de la barrera cutánea, dermatosis concomitantes y factores externos.**

La alteración del equilibrio entre el huésped y la flora cutánea<sup>(1)</sup>, las alteraciones de la barrera cutánea, como heridas, úlceras o intertrigo, las dermatosis, como la dermatitis atópica o el linfedema, los factores externos, como la temperatura y la humedad ambiental alta, la mala higiene y los deportes de contacto, y la

colonización nasofaríngea, axilar y/ o perineal por *S. aureus*, determinan un mayor riesgo de infecciones. La obesidad, la diabetes mellitus, las celulitis previas, las trisomías y los receptores de trasplantes, pueden predisponer a estos cuadros con un papel menos claro<sup>(5)</sup>. El *S. aureus* y el *S. pyogenes* son los gérmenes más involucrados. Hay que considerar también el *S. aureus* meticilin resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC), con prevalencias descritas entre el 13 al 33% de las infecciones estafilocócicas en edad pediátrica<sup>(6)</sup>. Este tiende a colonizar zonas diferentes a las fosas nasales (axilas, ingles, región perianal)<sup>(6)</sup> y produce clínica similar, aunque con más infecciones supurativas leves, con formación de abscesos con escara necrótica.

## Principales infecciones cutáneas bacterianas en la infancia

**Se resumen las principales infecciones bacterianas cutáneas que atañen a la infancia. Otras infecciones cutáneas bacterianas se resumen en la tabla II.**

Tabla I. Tratamiento de las principales infecciones bacterianas cutáneas

Infeción	Etiología	Tratamiento tópico	Tratamiento sistémico	Otras medidas
Impétigo	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i>	De elección Mupirocina /Ácido fusídico pomada	Solo en lesiones extensas, presencia de complicaciones, inmunodeprimidos: - Cloxacilina, cefalexina, eritromicina, amoxicilina clavulánico	Lavados con antiséptico Fomentos húmedos (sulfato de zinc, cobre, permanganato potásico) en caso de exudado, costras o ampollas Descolonización nasal en caso de brotes recurrentes con pomada de mupirocina en fosas nasales cada 12 horas, durante 1 semana
Foliculitis Forúnculos Ántrax Abscesos Panadizos	<i>S. aureus</i> SAMR-AC Gramnegativos <i>Pseudomona</i>	Foliculitis superficial, algunos forúnculos: - Mupirocina pomada - Clindamicina gel, solución	Lesiones extensas, profundas o con presencia de colección purulenta (abscesos, ántrax, panadizos), complicaciones, inmunodeprimidos: - Cloxacilina, cefalexina, eritromicina, amoxicilina clavulánico - Sospecha de infección por pseudomona: ciprofloxacino	En presencia de colección purulenta, drenaje quirúrgico y destrucción de loculaciones Lavados con antiséptico Fomentos húmedos (sulfato de zinc, cobre, permanganato potásico) Descolonización nasal en caso de brotes recurrentes, con pomada de mupirocina en fosas nasales cada 12 horas, durante 1 semana
Erisipela Celulitis	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i>	Solo como tratamiento complementario, en caso de ampollas, heridas abiertas: mupirocina/ ácido fusídico pomada	Amoxicilina clavulánico Cefalexina Considerar ingreso y tratamiento i.v. si afectación del estado general, lactantes, o inmunodeprimidos	Extremidad elevada Reposo relativo Frío local 20 minutos, 2 veces al día
Dermatitis perianal estreptocócica	<i>S. pyogenes</i>	Solo como tratamiento adyuvante: mupirocina (ácido fusídico pomada)	Cloxacilina, amoxicilina, cefuroxima acetilo. Ciclos de 14-21 días	Lavados con antisépticos tópicos Descartar y tratar convivientes afectos
Dactilitis distal ampollosa	<i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i>	Solo como tratamiento adyuvante	Cloxacilina, amoxicilina, cefalexina	Si colección purulenta, drenaje quirúrgico
Queratolisis puctata	<i>Kytococcus</i> <i>sedentarius</i> <i>Dermatophilus</i> <i>congolesis</i> Especies de <i>Corynebacterium</i> y <i>Actinomyces</i>	De elección Peróxido de benzoilo Clindamicina Eritromicina Mupirocina	No indicado	Lavados con antisépticos Mantener la zona seca Antitranspirantes

## Impétigo

Infeción superficial, muy contagiosa y frecuente, que puede adoptar una forma ampollosa o no ampollosa (70% de los casos)<sup>(1)</sup>. Aparecer en cualquier edad, con mayor incidencia en menores de 5 años, disminuyendo drásticamente tras los 14 años<sup>(5)</sup>. No hay diferencia entre hombres y mujeres, y las epidemias son posibles y más frecuentes al inicio del verano. Los principales agentes causales son el *S. aureus* y los Streptococcus B hemolíticos, en su mayoría pertenecían al grupo A, aunque serotipos del grupo C o el G pueden producirlo. El no ampollosa se produce por el *S. aureus* solo o en

coinfeción con *S. pyogenes*, mientras que el ampollosa es causado por cepas de *S. aureus* que producen toxinas exfoliativas (ETA, ETB, ETD) que generan pérdida de adhesión de los queratinocitos. Aunque raro, se han descrito casos de impétigo ampollosa estreptocócico<sup>(7)</sup>. En brotes con múltiples pacientes, el *S. aureus* es el principal responsable.

El contagio aparece por contacto directo, a través de objetos, por autoinoculación o por fómites. Las lesiones se distribuyen en: cara (alrededor de la nariz o la boca), tronco, nalgas, periné, axilas y extremidades. Inicia con máculas eritematosas solitarias de 2-4 mm que



Figura 1.  
Impétigo no  
ampollosa.

Tabla II. Otras infecciones cutáneas bacterianas					
Infeción	Etiología	Clínica	Factores de riesgo	Tratamiento	Diagnóstico diferencial
Ectima	<i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i>	Pápulo-vesícula que evoluciona a una úlcera en sacabocados con base necrótica purulenta recubierta de escara negruzca Cura dejando cicatriz Más frecuente en extremidades	Corta edad Linfedema Mala higiene Inmunodepresión Rascado (picaduras previas)	Curas húmedas (retirar costra) < 2 cm: mupirocina/ácido fusídico tópico > 2 cm o mala evolución: cefalosporinas 1ª generación, amoxicilina clavulánico o macrólidos orales	Ectima gangrenoso Úlcera por vasculitis/vasculopatías
Ectima gangrenoso	<i>P. aeruginosa</i> Inmunodeprimidos: hongos y virus	Úlcera necrótica única o en escaso número con costra negra (vasculitis de pequeños vasos) Más frecuente en región anogenital o extremidades	Sepsis por <i>P. aeruginosa</i> Inmunodepresión Neutropenia Lactantes sanos	Antibiótico sistémico con cobertura para <i>P. aeruginosa</i>	Ectima Vasculitis Úlceras vasculares
Onfalitis neonatal	Bacilos gramnegativos <i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> Polimicrobiano	Eritema y edema Mal olor Secreción purulenta	Cuidados incorrectos Prematuridad Corioamnionitis Rotura prematura de membranas	Leve: lavados con clorhexidina + mupirocina Moderado /grave: antibioticoterapia sistémica	
Eritrasma	<i>Corynebacterium minutissimum</i> <i>S. pyogenes</i> Flora mixta	Máculas rojo marrón. Bordes irregulares, pero bien definidos. Zonas intertriginosas (axilas, ingles, inframamario, interglútea, interdigital). Fluorescencia rojiza con luz Wood	Humedad Escasa higiene Sudoración Obesidad Diabetes mellitus	Eritromicina, clindamicina o mupirocina tópicas Extenso o persistente: macrólide oral durante 10-14 días	Intértrigo candidiásico Eccemas irritativos Psoriasis invertida Dermatitis seborreica
Tricomosis axilar, púbica y de la cabeza	Corinebacterias	Infección superficial que produce nódulos adherentes amarillos, rojos o negros o vainas cilíndricas observables a simple vista (Fig. 5). Puede acompañarse de olor característico En ocasiones, el sudor adquiere color rojo que tiñe la ropa. Frecuentemente pasa desapercibido Cada vez menos frecuente por los hábitos de depilación	Sudoración Mala higiene	Afeitado del pelo Antiséptico tópico para prevenir recidivas	Piedra blanca Piedra negra Liendres Moldes pilosos

evolucionan a una vesícula/pústula de vida corta y dejan una erosión superficial con costra melicérica (Fig. 1). En la forma ampollosa, las vesículas crecen hasta formar ampollas superficiales de 1 a 5 cm (Fig. 2). Tras su rotura, dejan un collarite descamativo con poco eritema. Puede producir prurito o escozor, y no cursar con síntomas sistémicos, aunque pueden objetivarse adenopatías y, en el caso del ampolloso, fiebre y diarrea<sup>(1)</sup>. El diagnóstico es clínico pudiendo realizarse cultivo del exudado o de la ampolla. El diagnóstico diferencial se



Figura 2. Impétigo ampolloso.



Figura 3. Foliculitis.

hace con: las picaduras, los eccemas, el herpes simple y las quemaduras. En cuanto al tratamiento, una revisión de Cochrane<sup>(8)</sup> concluyó que los antibióticos tópicos como la mupirocina y el ácido fusídico eran eficaces. La resistencia a estos dos es cada vez más creciente, sobre todo, en casos por *S. aureus* y epidemias<sup>(5)</sup>. La bacitracina y la neomicina tópicos son menos eficaces y no se recomiendan. No se encontró diferencia entre los antibióticos tópicos y los orales, y la penicilina oral no fue tan eficaz como la cloxacilina, la eritromicina y la cefalexina. La decisión de cómo tratar, queda supeditada: al número de lesiones, la localización, las complicaciones, las enfermedades concomitantes y el estado inmunológico, siendo de primera elección, la vía tópica. Son útiles, los lavados con agua y jabón, y los fomentos húmedos. En infecciones recurrentes, puede considerarse la descolonización nasal. Además de las complicaciones locales, como: la celulitis, la linfangitis o la bacteriemia, existe riesgo bajo de glomerulonefritis postestreptocócica, que no se ve modificado por el uso de antibiótico<sup>(1)</sup>. A diferencia de la faringitis estreptocócica, no se ha descrito asociación con la fiebre reumática aguda.

### Foliculitis, forúnculos, ántrax, abscesos y panadizos

Suelen afectar la cara (zona de la barba), el cuero cabelludo, el tronco, las axilas y las nalgas. La foliculitis afecta al folículo piloso de forma superficial, con pústulas o pápulas eritematosas foliculares aglomeradas o no, que no dejan cicatriz (Fig. 3). Los forúnculos afectan todo el folículo piloso y el tejido circundante produciendo: pústulas, pápulas y nódulos

eritematosos. La colección continua de forúnculos formando una placa eritematosa, caliente, dolorosa, con afectación del tejido celular subcutáneo y trayectos fistulosos, se denomina ántrax. Por último, los abscesos son colecciones localizadas de pus y no tienen que depender del folículo piloso. Estos dos últimos cuadros pueden acompañarse de síntomas sistémicos y pueden dejar cicatriz.

La oclusión, la maceración, el afeitado, la depilación, el uso de corticoides tópicos y la humedad son factores precipitantes.

El principal agente causal es el *S. aureus*. Los portadores nasales presentan más cuadros crónicos y recidivantes. Destaca también la creciente participación de los SAMR-AC en los brotes en pacientes jóvenes y sanos; de especial interés, ya que se han descrito casos de endocarditis bacteriana<sup>(9)</sup>. Las bacterias gramnegativas pueden también producir estos cuadros clínicos en pacientes con acné tratados con ciclos prolongados de



Figura 4. Panadizo.

antibióticos tópicos u orales. El uso de bañeras calientes o piscinas mal cloradas produce la foliculitis del jacuzzi por pseudomona.

En el diagnóstico diferencial, deben considerarse: las foliculitis por levaduras, hongos y herpes simple, acné y, en casos de afectación profunda, hidradenitis supurativa o rotura de un quiste epidérmico.

La piedra angular del tratamiento son los lavados con antisépticos y los antibióticos tópicos (mupirocina o clindamicina). En lesiones generalizadas, recidivantes, con afectación profunda o del estado general, se usan antibióticos orales. En los casos de pseudomona, el tratamiento es ciprofloxacino, aunque el cuadro es, en muchas ocasiones, autorresolutivo. En casos profundos, con colecciones de pus, debe añadirse el drenaje quirúrgico. Si los episodios son recidivantes, puede realizarse erradicación de *S. aureus*.

Mención especial merece, por la alta frecuencia en los niños, la aparición de abscesos en los pliegues ungueales, cuadro conocido como panadizo. La pérdida de integridad del aparato ungueal por: traumatismo, manipulación, onicofagia, succión del dedo, manicuras y onicocriptosis, predisponen. El 50% suelen ser polimicrobianas siendo el *S. aureus* el patógeno más frecuente. Otros agentes causales son el *S. pyogenes*, bacterias gramnegativas o anaerobias, como *Bacteroides*, especies de *Enterococcus* o *Eikenella corrodens*, asociadas a la exposición a secreciones orales<sup>(10)</sup>, *C. albicans* o herpes simple<sup>(10)</sup>. Inicia con: edema, eritema y dolor, que evoluciona a una colección de pus que puede involucrar



Figura 5. Tricomicosis.

el hiponiquio, el lecho ungueal e incluso progresar a un absceso profundo con celulitis y linfangitis (Fig. 4). Precisan antibiótico oral y drenaje de la colección de pus. La paroniquia crónica (más de 6 semanas) es una patología inflamatoria multifactorial, en la que la exposición a alérgenos o productos irritantes daña la barrera cutánea con la consiguiente colonización, estando su discusión fuera del objetivo de este artículo.

### Erisipela y celulitis

La erisipela, aparece por una infección que afecta a la dermis y al sistema linfático y, en ocasiones, al tejido celular subcutáneo. El patógeno más frecuente es el *Streptococo*  $\beta$  hemolíticos del grupo A, menos frecuente del grupo B, C, G y, en un porcentaje pequeño, el *S. aureus*<sup>(5)</sup>. En la celulitis se produce una afectación más profunda de la dermis y del tejido celular subcutáneo, siendo los gérmenes más implicados el *S. aureus* o el *S. pyogenes*. Según el desencadenante, se puede sospechar un agente etiológico diferente como: en las mordeduras de gatos o perros, en las que se encuentra la *Pasteurella multocida*; tras la inmersión en agua fresca, que produce celulitis por *Aeromonas hydrophila*, o agua salada, que produce celulitis por *Vibrio*; o en las celulitis periorbitarias en niños, en las que se puede encontrar el *Haemophilus influenza*, con participación cada vez más baja debido a la vacunación generalizada<sup>(3-5)</sup>.

La erisipela suele afectar a niños pequeños, ancianos o enfermos debilitados, y en el recién nacido puede originarse en el cordón umbilical. Predisponen a ambos cuadros: linfedema, úlceras crónicas, inmunodepresión y alteraciones vasculares. La erisipela presenta un comienzo abrupto con una placa eritematosa caliente y dolorosa, de borde nítido. Puede acompañarse de pústulas, vesículas y ampollas, estas últimas consideradas marcador de gravedad. En su forma clásica afectaba a la cara, pero, hoy en día, la localización más frecuente son las extremidades inferiores. En la celulitis, la placa está: mal delimitada, profunda, caliente, eritematosa y es muy dolorosa. Puede acompañarse de ampollas o tejido necrótico. Ambos cuadros suelen cursar con síntomas generales, fiebre y pueden asociar linfangitis ascendentes y adenopatías. Como complicaciones, podemos encontrar la for-

mación de abscesos o la afectación de estructuras más profundas y, aunque es raro en paciente sanos, cuadros sistémicos como la endocarditis, la sepsis y la glomerulonefritis aguda en caso de cepa nefritogénica de estreptococos. La infección puede dañar permanentemente el sistema linfático, produciendo episodios recurrentes de celulitis / erisipela.

El tratamiento, además de las medidas locales, se inicia con antibiótico oral empírico, con cobertura frente a *S. aureus* y *S. pyogenes*, y podría realizarse de forma ambulatoria con estrecho control, excepto si existen afectación del estado general, lactantes o inmunodeprimidos. Especial interés merece la celulitis periorbitaria en niños, que se asocia frecuentemente a sinusitis y requiere un estrecho seguimiento. Si afecta más allá del septo orbitario, se observará: proptosis, dolor orbital, restricción de la movilidad ocular y alteraciones visuales. Estos casos se consideran una emergencia que debe tratarse con antibióticos intravenosos y valoración urgente por un oftalmólogo / otorrinolaringólogo. En pacientes tóxicos, con deterioro del estado general, debería considerarse la realización de una punción lumbar<sup>(3)</sup>.

### Dermatitis perianal estreptocócica

Producida por el *S. pyogenes* y, con menos frecuencia, por el *S. aureus*, algunos autores consideran más correcto el uso del término celulitis perianal<sup>(11)</sup>. Se presenta como una zona perianal eritematosa brillante bien delimitada. En las niñas puede afectar el introito vaginal y la vulva, siendo menos frecuente la afectación alrededor del meato uretral en niños. Puede producir: prurito, dolor a la defecación, disuria y sangre en heces. No se acompaña de síntomas sistémicos. Se considera una entidad de la infancia, aunque hay descritos casos en adultos. Es más frecuente en varones entre los 2 y 7 años<sup>(11)</sup>. La transmisión se produce por contacto, intrafamiliar o por autoinoculación en paciente con faringitis con cultivo positivo para *S. pyogenes*. Sin tratamiento puede cronificarse y presentar: fisuras dolorosas, secreción mucosa o purulenta, y placas psoriasiformes.

Para el diagnóstico, puede realizarse un test rápido antigénico de *S. pyogenes*, aunque es menos fiable que el cultivo. Es importante descartar convivientes afectados, ya que sirven como reservorio para

las recurrencias. En el diagnóstico diferencial, debe considerarse: eccemas de contacto, dermatitis atópica, candidiasis, dermatitis seborreica y psoriasis. Más raramente, deben descartarse: infecciones parasitarias, enfermedad inflamatoria intestinal, histiocitosis y abuso sexual. El tratamiento se realiza con antibióticos sistémicos entre 14 a 21 días. Pueden asociarse lavados con antisépticos seguidos de la aplicación de antibióticos tópicos. Debe considerarse la posibilidad de glomerulonefritis posestreptocócica. Como complicaciones poco frecuentes, se puede encontrar proctitis y abscesos. Aunque la fiebre reumática teóricamente sería una complicación posible, hasta la fecha no se han descrito casos<sup>(11)</sup>.

### Dactilitis distal ampollosa

Infección por *S. pyogenes* o *S. aureus* del cojinete adiposo palmar de los dedos de las manos y, con menos frecuencia, de los pies. Puede extenderse al pliegue ungueal y a la porción proximal del dedo. Es más frecuente en niños de los 2 a los 16 años. El contagio suele ser por traumatismo local o por autoinoculación desde la nariz. Se trata con antibiótico antiestafilocócico durante 10 días y, si se observa colección de pus, drenaje de la misma.

### Queratolisis punctata

Producida por *Kytococcus sedentarius*, *Dermatophilus congolensis* y especies de *Corynebacterium* y *Actinomyces*, es una infección no inflamatoria de plantas y palmas, más frecuente en ambientes cálidos y húmedos. Las bacterias producen proteasas que degradan la capa córnea, dando lugar a las manifestaciones clínicas (depresiones puntiformes superficiales que pueden adoptar un patrón lineal) y mal olor característicos. Suelen ser asintomáticas o producir leve prurito. Como diagnóstico diferencial, deben considerarse las verrugas víricas, las tiñas y las queratodermias palmoplantares. El peróxido de benzoilo, eritromicina, clindamicina o mupirocina tópicas, son eficaces para el tratamiento. Es importante mantener la zona seca y limpia.

### Fascitis necrotizante

Infección poco frecuente en la infancia, que produce necrosis de la piel, el tejido adiposo y la fascia. Aunque las tasas de mortalidad son altas, los niños tienen mejor pronóstico<sup>(12)</sup>. Puede ser

una infección polimicrobiana con, al menos, un anaerobio (tipo I) o por el *S. pyogenes* (tipo II), siendo esta última la más frecuente en la infancia<sup>(1)</sup>.

Es habitual que aparezca tras traumatismos penetrantes o contusos, pero no son un requisito. En los niños, la varicela o la cirugía abdominal pueden ser factores desencadenantes<sup>(2)</sup>. La diabetes mellitus, la insuficiencia renal, las úlceras y la inmunodepresión son factores predisponentes, aunque no obligatorios. Las extremidades son la localización más frecuente y, en los niños, no es infrecuente la afectación del tronco. Si afecta al periné y genitales, se le denomina gangrena de Fournier.

Clínicamente, se caracteriza por un dolor intenso inicial, desproporcionado a los hallazgos físicos. Se acompaña de: eritema, calor y tumefacción, con piel brillante y tensa. Progresa rápidamente, con cambio de coloración cutánea de rojo a púrpura y, por último, azul grisáceo, que puede asociar ampollas hemorrágicas. La zona puede tornarse anestésica por destrucción de los nervios y el tejido se torna leñoso. Los síntomas sistémicos son prominentes con: fiebre, leucocitosis, taquicardia y shock.

Para el diagnóstico, además de la sospecha clínica, debe solicitarse analítica completa, hemocultivos, cultivos de la herida y rayos X que, en ocasiones, muestra aire. El diagnóstico diferencial en fases iniciales se realiza con la celulitis. Un dolor desproporcionado o la anestesia total, debe ponernos en alerta. Deben considerarse también: hematomas, mionecrosis o flebitis.

El tratamiento debe instaurarse rápidamente, siendo el desbridamiento quirúrgico extenso la piedra angular. De forma inicial e inmediata, debe iniciarse

tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro<sup>(13)</sup>.

### Función del pediatra de Atención Primaria

El pediatra es el encargado de diagnosticar e instaurar el tratamiento de las infecciones superficiales no complicadas. Es su función evaluar las infecciones profundas, estado general del paciente, síntomas sistémicos y reconocer tempranamente complicaciones que requieran una derivación al medio hospitalario o tratamiento quirúrgico.

### Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de los autores.

- 1.\*\*\* Sommer LL, Rebolli AC, Heymann WR. Bacterial diseases. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L Ed. Dermatology fourth edition. Elsevier Lt; 2018. p. 1259-93.
2. Conejo-Fernández AJ, Moraga-Llop FA. Enfermedades bacterianas de la piel. *Pediatr Integral*. 2016; XX(3): 179-88.
3. Stulberg DL, Penrod MA, Blatny RA. Common bacterial skin infections. *Am Fam Physician*. 2002; 66: 119-24.
4. Rakesh D. Mistry. Skin and Soft Tissue Infections. *Pediatr Clin N Am*. 2013; 60: 1063-82.
5. Bernard P. Managemet of common bacterial infections of the skin. *Curr Opin Infect Dis*. 2008; 21: 122-28.
6. Casado-Verrier B, Gómez-Fernández C, Pano-Pardo JR, Gómez-Gil R, Mingo-rance-Cruz J, Moreno-Alonso R, et al. Prevalencia de infecciones de piel y tejidos blandos, producidas por *Staphylococcus aureus* resistente a Meticilina Comunitario en Madrid. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012; 30: 300-06.
7. Lin JJ, Wu CT, Hsia SH, Chiu CH-HS. Bullous impetigo: a rare presentation in fulminant streptococcal toxic shock syndrome. *Pediatric emergency care*. 2007; 23: 318-20.

8. Koning S, van der Sande R, Verhagen AP, Van Suijlekom-smith LW, Morris AD, Butler CC, et al. Interventions for impetigo. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 2: CD003261.
9. Bahrain M, Vasiliades M, Wolff M, Younus F. Five cases of bacterial endocarditis after furunculosis and the ongoing saga of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections. *Scand J Infect Dis*. 2006; 8: 702-07.
10. Macneal P, Milroy C. Paronychia Drainage. En: StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
11. Pennycook KM, McCready TA. Perianal Streptococcal Dermatitis. En: StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
12. Schröder A, Gerin A, Firth GB, Hoffmann KS, Grieve A, Christina Sochaczewski CO. *BMC Infect Dis*. 2019; 19: 317.
- 13.\*\*\* Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein JC, Gorbach SL, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2014; 59: 147-59.

### Bibliografía recomendada

- Sommer LL, Rebolli AC, Heymann WR. Bacterial diseases. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L Ed. Dermatology fourth edition. Elsevier Lt; 2018. p. 1259-93. Libro de referencia en Dermatología. Este capítulo expone, de manera comprensiva y exhaustiva, las infecciones bacterianas cutáneas.
- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein JC, Gorbach SL, et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2014; 59: 147-59. Guía práctica basada en la evidencia, sobre la valoración inicial de los pacientes con infecciones bacterianas cutáneas y las actuaciones terapéuticas pertinentes, según la estratificación de los mismos.

## Caso clínico

Paciente varón, sano, acude por la aparición de una lesión peribucal pruriginosa, eritematosa con la aparición posterior de otras similares con formación de costra amarilla. A la exploración, se observaban varias placas eritematosas con costra melicérica. Se inicia tratamiento empírico con fomentos con sulfato de zinc y ácido fúsdico en pomada, durante 1 semana. El cuadro se resolvió dejando leve eritema transitorio.



Figura 6.



# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Enfermedades bacterianas de la piel

25. En cuanto a las infecciones bacterianas cutáneas, señale la opción INCORRECTA:

- a. Los agentes patógenos más comunes son el *S. aureus* y el *S. pyogenes*.
- b. Para su confirmación y tratamiento se requiere siempre confirmación microbiológica.
- c. Se trata de cuadros frecuentes en la consulta de Pediatría.
- d. Los casos leves no complicados pueden ser tratados por el pediatra.
- e. Si se sospecha colección purulenta, puede ser necesario el drenaje quirúrgico.

26. Varón de 13 años que presenta brotes de lesiones pápulo-pustulosas foliculares en el tronco. No presenta lesiones en la cara ni comedones. Refiere que empeora tras la sudoración y el uso de prendas ajustadas. Señale la respuesta FALSA:

- a. Este tipo de cuadros pueden ser causados por bacterias u hongos.
- b. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el acné juvenil.
- c. Es importante el control de la sudoración, las prendas ajustadas y la higiene.
- d. En pacientes con acné, tratados con antibióticos orales, este cuadro se produce frecuentemente por bacterias grampositivas.
- e. En la mayoría de los casos, el tratamiento tópico es suficiente.

27. En cuanto a las celulitis que aparecen en la infancia, señale la respuesta CORRECTA:

- a. En mordedura de gato o perro, debe descartarse la *Pasteurella multocida*.
- b. La incidencia de celulitis periorbitaria por *Haemophilus influenza* ha aumentado drásticamente en los últimos años.
- c. El tratamiento de elección es mupirocina o ácido fusídico tópico.
- d. Se trata de cuadros siempre benignos que nunca requieren monitorización hospitalaria.
- e. En los niños no se observan síntomas sistémicos, linfangitis ni adenopatías.

28. Niña de 10 años que acude por lesiones en ambas plantas (depresiones puntiformes). La han tratado con antiverrugas tópico. Refiere mal olor e hiperhidrosis. Señale la respuesta FALSA:

- a. Estos cuadros clínicos se producen por bacterias productoras de proteasas que degradan la capa córnea, dando lugar al olor y las lesiones características.
- b. En algunas ocasiones, puede confundirse con verrugas víricas.
- c. El tratamiento antibiótico oral resuelve la mayoría de los casos.
- d. En muchos casos, el control de la hiperhidrosis mejora la evolución clínica.
- e. En el diagnóstico diferencial, deben considerarse las tiñas y las queratodermias.

29. En cuanto a la dermatitis perianal estreptocócica, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Produce síntomas sistémicos en la mayoría de los casos.
- b. El prurito y el exudado pueden ser los primeros síntomas.

- c. No hay transmisión persona a persona, por lo que en casos recidivantes, no es necesario descartar afectación de convivientes.
- d. El curso siempre es agudo sin tendencia a la cronicidad.
- e. El tratamiento se realiza con antibióticos durante 5-7 días.

## Caso clínico:

30. En cuanto al caso clínico, responda la opción FALSA:

- a. La etiología más frecuente es el *S. aureus*.
- b. Se han descrito casos de coinfección por *S. aureus* y *S. pyogenes*.
- c. El tratamiento de elección son los antibióticos orales.
- d. El diagnóstico se realiza en base a los hallazgos clínicos.
- e. La incidencia es mayor en niños menores de 5 años.

31. ¿Cuál NO es un diagnóstico diferencial de este cuadro?

- a. Picaduras de insecto.
- b. Foliculitis.
- c. Celulitis.
- d. Eccemas.
- e. Enfermedades ampollas.

32. ¿Cuál es el diagnóstico, pruebas y tratamiento más ADECUADO?

- a. Impétigo - cultivo del exudado - ácido fusídico en pomada.
- b. Impétigo - no precisa pruebas - ácido fusídico en pomada.
- c. Herpes simple - PCR de herpes simple - Aciclovir tópico.
- d. Acné infantil - no precisa pruebas - peróxido de benzoilo 2,5% tópico.
- e. Herpes simple - no precisa pruebas - mupirocina pomada.