

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

Autor: Dra. Ana Isabel Cañabate

Revisión: Grupo de trabajo PROA-CAIB

El espectro clínico de las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) abarca desde procesos leves hasta infecciones con una alta letalidad como son las IPPB necrosantes (INPPB).

Técnicas de imagen

- Ecografía: puede ser útil para determinar si hay un absceso cutáneo.
- Radiografía simple: puede estar justificada en pacientes con inmunosupresión, diabetes, insuficiencia venosa o linfedema.
- RM: para distinguir una celulitis de una osteomielitis.

Aproximación

Anamnesis	Exploración física	Pruebas complementaria
<p>Evaluar puertas de entradas</p> <p>Evaluar antecedentes epidemiológicos</p> <p>Factores de riesgo de mala evolución:</p> <ul style="list-style-type: none">- Enfermedades de base- Estancia en otros centros hospitalarios- Cirugía previa- Comorbilidad- Tratamientos antibióticos previos- Corticoides <p>Sospecha de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a metilicina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Infección nosocomial- Procedente de residencia o centro sociosanitario- colonización o infección por SARM en el año previo- Enfermedad renal crónica en de hemodiálisis- Pacientes procedentes de países con alta tasa de SARM comunitario- Lesiones necróticas	<p>Signos locales: eritema, vesículas, bullas, crepitación</p> <p>Valorar la extensión y profundidad de la lesión</p> <p>Signos generales: malestar general, fiebre, tensión arterial.</p> <p>Signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dolor desproporcionado a los hallazgos físicos- Bullas violáceas, hemorragias cutáneas, anestesia cutánea- Rápida progresión del eritema- Necrosis, presencia de gas en los tejidos- Desprendimiento de la piel- Mala evolución clínica tras tratamiento antibiótico	<p>Análítica: hemograma, función renal y hepática, pruebas de coagulación, proteína C reactiva, CPK, LDH, calcemia e ionograma</p> <p>Estudio microbiológico en lesiones con signos de infección:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tinción Gram y cultivo aerobio y anaerobio del exudado o material de punción o biopsia- Tinción/cultivo micobacterias y hongos (si existe sospecha clínico-epidemiológica)- Hemocultivos- SARM en frotis nasal si existe sospecha de este microorganismo- Cultivo de frotis interdigital en el paciente con celulitis y pie de atleta en la misma extremidad- Cultivo de frotis de región perianal en caso de erisipela en la extremidad inferior <p>Técnicas de imagen: ecografía, radiografía simple, RMN</p>

Características clínicas y de laboratorio

	Clínica local	Clínica sistémica	Hallazgos laboratorio
IMPÉTIGO FOLICULITIS	<p>Microvesículas, costras melicéricas y exudación (Impétigo contagioso)</p> <p>Ampollas flácidas o superficie erosiva si se han roto, sobre una base eritematosa (Impétigo ampolloso)</p> <p>Foliculitis: pequeñas papulopústulas centradas en un folículo piloso</p>	<p>Ninguna</p> <p>Posibilidad de adenopatías locales</p>	No precisa
ERISPELA CELULITIS	<p>Placa eritematosa, brillante, edematosa, caliente, bien delimitada en la erisipela</p> <p>Con bordes no definidos en la celulitis</p> <p>IMPORTANTE DIFERENCIAR CELULITIS DE INFECCIÓN NECROTIZANTE: SIGNOS DE ALARMA.</p> <p>Pueden asociarse signos de linfangitis</p>	<p>Fiebre, malestar general, adenopatías locales, linfangitis</p>	Leucocitosis con neutrofilia, ↑PCR
INFECCIÓN NECROSANTE	<p>Examinar signos de alarma*</p> <p>Rápidamente progresivas: realizar evaluaciones periódicas (horarias) para determinar la velocidad de la progresión de los bordes del eritema (marcar los límites de la lesión)</p> <p>Destrucción fulminante de los tejidos, con signos sistémicos de toxicidad</p>	<p>Afectación estado general, hipotensión, coagulopatía, confusión / agitación y fallo multiorgánico</p>	<p>Leucocitosis con neutrofilia, ↑PCR, ↑CPK, hipocalcemia, acidosis metabólica, lactato, fracaso renal</p>

***Signos de alarma:** dolor desproporcionado a los hallazgos físicos, bullas violáceas, hemorragias cutáneas, anestesia cutánea, rápida progresión del eritema o borde de la lesión, necrosis de la piel, presencia de gas en los tejidos (crepitación a la palpación o en las pruebas de imagen).

Tratamiento de las infecciones superficiales de piel y partes blandas

<p>IMPÉTIGO</p>	<p>Pocas lesiones: Ácido fusídico al 1% o Mupirocina tópica al 2% 1 aplicación/12 h 5 días Enfermedad extensa: Cloxacilina 500 mg/6 h o Cefadroxilo 1 g/12 h VO 5 días Alergia a betalactámicos: Clindamicina 300-600 mg/8 h o Trimetroprim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h VO 7 días</p>
<p>ECTIMA</p>	<p>Cloxacilina 500 mg/6h o cefadroxilo 1g/12h VO 5 días</p> <p>Evolución no favorable o adenitis: Amoxicilina/ácido clavulánico 500 mg/125mg/ 8h VO 10 días Alergia a betalactámicos: Clindamicina 300-600 mg/8 h o Trimetroprim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h VO 7 días</p>
<p>ERISPELA</p>	<p>Duración 5-7 días en casos no complicados. 10 días si requiere ingreso</p> <p>Leve: Amoxicilina 500-1000 mg/8 h VO Grave: Penicilina G sódica 4 mill UI/4 h EV Alergia a betalactámicos: Clindamicina 300-600 mg/8 h o Trimetroprim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h VO</p>
<p>FOLICULITIS Y FORÚNCULO</p>	<p>Formas leves localizadas: Ácido fusídico al 1% o Mupirocina tópica al 2% 1 aplicación/12 h 5 días Si foliculitis extensa, en tercio medio facial, fiebre o forúnculo abcesificado: Cloxacilina VO 500 mg/6 h VO 5 días. Alergia a betalactámicos: Clindamicina 300-600 mg/8 h o Trimetroprim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h VO 7 días Foliculitis en piscinas, postdepilación: Ciprofloxacino 750 mg/12 h VO 7 días</p>
<p>CELULITIS</p> <p>Factores de riesgo para SARM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brotes en residentes en comunidades cerradas (prisión, geriátricos) • Hombres que mantienen sexo con hombres • Deportes de contacto • Uso previo o frecuente de antibióticos • Inmunodeficiencias 	<p>Celulitis no complicada: es suficiente tratamiento antibiótico durante 5 días si se produce mejoría clínica. Celulitis complicada: duración 10 a 14 días, o hasta que los síntomas se hayan resuelto. Se puede cambiar a VO si la evolución es favorable, entre el 3-4º día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio: Cloxacilina 500 mg/6 h o Cefadroxilo 1 g/12 h VO <ul style="list-style-type: none"> - Alergia a betalactámicos: Clindamicina 300 mg/6 h VO - Factores de riesgo para SARM: Trimetroprim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h VO • Hospitalizado: Amoxicilina-clavulánico 1g/8 h o Cloxacilina 2 g/4 h EV <ul style="list-style-type: none"> - Factores de riesgo para SARM: Vancomicina 15 mg/kg/12 h o Linezolid 600 mg/12 h EV. Si contraindicación o toxicidad:

<ul style="list-style-type: none"> • Portador de sondaje vesical • Celulitis secundarias a traumatismo penetrante • Celulitis secundarias a venopunciones en pacientes ADVP • Inyecciones de esteroides y anabolizantes • Presencia de exudado purulento 	<p>Daptomicina 6-8 mg/kg/24 h o Ceftarolina 600 mg/12 h EV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alergia a betalactámicos: Vancomicina 15mg/kg/12 h o Linezolid 600 mg/12 h EV. Si contraindicación o toxicidad: Daptomicina 6-8 mg/kg/24 h EV • Inmunodeprimidos: Piperacilina-tazobactam 2 g/6 h EV • Si gravedad clínica: Ceftriaxona 2 g/24 h + (Vancomicina 15 mg/kg/12 h o Linezolid 600 mg/12 h o Daptomicina 6-8 mg/kg/24 h) EV • Celulitis facial: Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg cada 8 horas 7 días • Punción planta del pie: Ciprofloxacino 750 mg/12 h VO. Si requiere ingreso o presenta signos de gravedad: Piperacilina/tazobactam 2 g/6 h +/- Amikacina 15-20 mg/kg/día EV • Contacto con agua dulce: Ciprofloxacino 750 mg/12 h VO • Contacto con agua salada: Ciprofloxacino 750 mg/12 h + Doxicilina 100 mg/12 h VO • Erisipeloide (Rosembach): Amoxicilina 500 mg/8 h VO 7-10 días. Si alergia betalactámicos: Clindamicina 300-600 mg/8 h VO 5 días.
<p>MORDEDURAS</p>	<p>Mordeduras humanas: Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg/12 h 5-7 días Alergia a betalactámicos: Moxifloxacino 400 mg/24 h VO 5-7 días</p> <p>Mordeduras de perro o gato: Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg/12h 3-5 días. Alergia a betalactámicos: Trimetropim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h + (Clindamicina 300 mg/8 h o Metronidazol 250-500 mg/8 h) VO 3-5 días</p> <p>Si requiere ingreso hospitalario: Amoxicilina/clavulánico 1-2 g/8 h EV, Moxifloxacino 400 mg/24 h EV, o la asociación de (Cefotaxima 1-2 g/8 h o Ceftriaxona 1-2 g/24 h)+ Clindamicina 600 mg/6-8 h EV</p>
<p>ABSCESO</p>	<p>Cloxacilina 500 mg/6 h o Cefadroxilo 1 g/12 h VO 5 días</p> <p>Alternativa: Clindamicina 300-600 mg/8 h o Trimetropim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h VO 5-10 días</p>

Tratamiento de las infecciones necrotizantes de piel y partes blandas

<ul style="list-style-type: none"> • CELULITIS NECROSANTE • FASCITIS NECROSANTE • GANGRENA GASEOSA / MIONECROSIS • GANGRENA DE FOURNIER 	<p>(Piperacilina-tazobactam 4 g/6 h o Meropenem 2 g/8 h) + Linezolid 600 mg/12 h si sospecha de SARM +/- Clindamicina 600 mg/8 h) EV</p> <p>Alergia a betalactámicos: (Ciprofloxacino 400 mg/12 h o Aztreonam 2 g/8 h) + Clindamicina 600 mg/8 h + (Vancomicina 15 mg/kg/12 h o Linezolid 600 mg/12 h) EV</p>
---	---

Tratamiento de la infección de la herida quirúrgica

<p>INFECCIONES PROFUNDA DE CIRUGÍA DIGESTIVA O TRACTO GENITAL (contaminada-polimicrobiana)</p>	<p>Infecciones profundas SIN signos de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) o sepsis grave: Amoxicilina-clavulánico 2 g/8 h EV</p> <p>Infecciones profundas CON signos de SRIS o sepsis grave: Meropenem 2 g/8 h + (Vancomicina 15 mg/kg/12h o Linezolid 600 mg/12 h o Daptomicina 6-8 mg/Kg/24 h) EV</p> <p>Alergia a betalactámicos: Levofloxacino 750 mg/24 h + Metronidazol 500 mg/8 h EV</p>
<p>INFECCIONES DE CIRUGÍA DE OTRAS LOCALIZACIONES (limpia - monomicrobiana)</p>	<p>Amoxicilina-clavulánico 1 g/8 h EV</p> <p>Alergia a betalactámicos: Vancomicina 15 mg/kg/12 h + Ciprofloxacino 400 mg/12 h EV</p>