

Coordinador invitado: Dr. Pablo J. González

Infecciones de piel y partes blandas: celulitis, erisipela, impétigo, forúnculos y abscesos

Ana Itatí Minvielle, Maia Weil y María Soledad Ruiz Esquide Canale

1. Con respecto a la erisipela, marque la opción CORRECTA:

- a. Es una infección aguda de la piel que compromete la dermis superficial y profunda.
- b. Los agentes etiológicos asociados son: *Staphylococcus sp*, *Streptococcus pyogenes* y *Streptococcus* del grupo G, C y B, en ese orden de frecuencia.
- c. Es una infección que afecta a pacientes de cualquier edad, con mayor prevalencia en niños.
- d. Es infrecuente la presencia de disrupción de la barrera cutánea, previa a la aparición de la erisipela.
- e. Los principales factores predisponentes son: obesidad, linfedema, antecedente de erisipela previa y enfermedad vascular periférica.

2. Con respecto a la celulitis, marque la opción INCORRECTA:

- a. Es una infección aguda de la piel que afecta únicamente a la dermis.
- b. Suele estar asociada a alteraciones de la barrera cutánea como úlceras o traumatismos.
- c. Los gérmenes más frecuentemente involucrados en la población general son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*.
- d. Puede afectar a pacientes de cualquier edad y sexo, con mayor afectación de hombres mayores.
- e. Algunos de los factores predisponentes asociados a la celulitis son: la existencia de puertas de entrada, vaciamientos ganglionares, radioterapia, diabetes mellitus, etc.

3. En relación al impétigo, marque VERDADERO (V) o FALSO (F) según corresponda:

- a. Es una infección aguda de la piel que compromete epidermis y dermis superficial.
- b. Los agentes etiológicos que causan el impétigo son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*, siendo este último el más frecuente.
- c. Existen dos formas clínicas de impétigo: ampollar y no ampollar. La variedad ampollar es la más frecuente.
- d. En la forma no ampollar o contagiosa, las ampollas se rompen precozmente dejando erosiones que se cubren con costras melicéricas que se resuelven sin cicatriz.
- e. La forma ampollar o bullosa afecta habitualmente el tronco con ampollas flácidas que, al romperse, dejan un collarite epidérmico.

4. En relación a la clínica de la erisipela y de la celulitis, marque la opción INCORRECTA:

- a. La erisipela se manifiesta como una placa eritemato-edematosa, con aumento de temperatura local, de bordes netos, dolorosa, y que puede tener ampollas.
- b. La localización más frecuente del impétigo y la celulitis son los miembros superiores.
- c. Ambas entidades pueden acompañarse de síntomas asociados como fiebre y decaimiento.
- d. En la celulitis pueden verse asociados púrpura, flictenas, petequias y necrosis.
- e. Los diagnósticos diferenciales de la celulitis incluyen: tromboflebitis superficiales y profundas, dermatitis por contacto, farmacodermia, celulitis eosinofílica, etc.

5. En relación a los forúnculos y los abscesos, indique V o F:

- a. La forunculosis es la aparición repetida o simultánea de varios forúnculos.
- b. El forúnculo es un nódulo profundo y doloroso, firme al inicio, que luego se torna fluctuante y drena su contenido al exterior.
- c. El principal agente etiológico involucrado suele ser el *S. pyogenes*.
- d. Los factores predisponentes asociados a la aparición de los mismos son: transpiración excesiva, regiones sometidas al roce, obesidad, contacto con personas que tengan forúnculos, etc.
- e. Los abscesos cutáneos son cavidades llenas de pus, localizadas en dermis e hipodermis.

6. Con respecto al diagnóstico de erisipela, celulitis e impétigo, marque la opción INCORRECTA:

- a. El diagnóstico de las tres entidades suele ser clínico.
- b. En la erisipela, los hemocultivos suelen ser positivos en un 50% de los casos y el cultivo de las lesiones hasta en un 70%.
- c. Para diferenciar la celulitis de celulitis necrotizante puede utilizarse la radiología.
- d. Dado el bajo rédito diagnóstico en casos de celulitis, se recomienda realizar hemocultivos únicamente en pacientes inmunosuprimidos, mayores de 65 años o con signos de shock.
- e. La punción-aspiración suele ser positiva en un 20-30% de los casos de celulitis y de erisipela, por lo que se desaconseja su realización.

7. Con respecto al tratamiento de la erisipela, marque la opción INCORRECTA:

- a. Todos los estreptococos beta-hemolíticos son sensibles a la penicilina.
- b. El tratamiento de elección es la administración de penicilina G endovenosa.
- c. En casos que hagan sospechar la presencia de *Staphylococcus aureus*, no se recomienda utilizar penicilina como tratamiento.
- d. Alrededor del 25% de las erisipelas pueden recurrir.
- e. Se considera que la manera más efectiva de evitar las recurrencias es el tratamiento farmacológico profiláctico.

8. En cuanto al tratamiento de la celulitis y los abscesos cutáneos, marque V o F según corresponda:

- a. El tratamiento empírico inicial de la celulitis incluye: penicilina G o V, trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) o clindamicina.
- b. En el caso de celulitis secundaria a mordeduras se utiliza amoxicilina + ácido clavulánico.
- c. Frente a una celulitis se considera como criterios de internación a la presencia de: inmunodepresión, diabetes, edad mayor a 75 años, entre otros.
- d. Dependiendo del tamaño del absceso, el drenaje del mismo es tratamiento suficiente, aun si el SAMR-AC (*Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad) está involucrado.
- e. Las indicaciones para el tratamiento antibiótico adicional al drenaje del absceso incluyen: pacientes añosos o niños, enfermedad vascular periférica, localización en extremidades distales, etc.

9. En el tratamiento de los forúnculos y el impétigo, marque la opción CORRECTA:

- a. La mupirocina tópica puede utilizarse como tratamiento del impétigo no ampollar localizado.
- b. La terapia tópica del impétigo con mupirocina es más eficaz que con ácido fusídico.
- c. El antibiótico sistémico de elección en el tratamiento del impétigo es la penicilina.
- d. El tratamiento de los forúnculos siempre requiere de un antibiótico sistémico como la cefalexina.
- e. Se deben indicar medidas destinadas a la erradicación del *S. aureus* frente a un paciente con forúnculos.

► RESPUESTAS

1. Respuesta correcta: e.

La **erisipela es una infección aguda de la piel que afecta la dermis superficial** con compromiso de los ganglios linfáticos adyacentes.

El agente etiológico más frecuente es el *Streptococcus pyogenes*, seguido por los estreptococos del grupo G, C y B. El estafilococo es menos frecuente y suele asociarse con trastornos circulatorios y traumatismos previos. El estreptococo suele ser un colonizante de la piel, mientras que el estafilococo suele colonizar las vías respiratorias.

La erisipela **puede afectar a pacientes de cualquier edad, tiene una prevalencia mayor en los mayores de 60 años** y no hay diferencia entre hombres y mujeres. No se ha encontrado mayor incidencia en invierno o verano. **Suele haber una condición predisponente, como ser la disrupción de la barrera cutánea** (traumatismos, intertrigo, onicomiosis) que genera una puerta de entrada para patógenos.

Entre los factores predisponentes se encuentran la obesidad, el edema de miembros inferiores, episodios previos de erisipela, el linfedema y la enfermedad vascular periférica. La diabetes y el alcoholismo son factores de riesgo controvertidos¹.

2. Respuesta correcta: a.

La **celulitis se define como una infección aguda de la piel que afecta dermis e hipodermis. Suele estar vinculada a lesiones que alteran la barrera cutánea, como úlceras, lesiones por rascado, heridas quirúrgicas o traumáticas e intertrigo.** El sitio afectado con mayor frecuencia en los adultos son los miembros inferiores y en los niños, la cara.

Es una entidad que puede afectar a pacientes de cualquier edad y sexo, con una incidencia levemente superior en hombres, personas de mayor edad y en los meses de verano¹. La incidencia de celulitis se estima entre 16,4 y 24,6 casos/1000 personas/año. Se estima una mortalidad asociada a la misma de un 7,2%. La tasa de recurrencia al año oscila entre un 8 a 20%³.

En la población general, **los gérmenes más frecuentes son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus***. En los casos en que se identifica una puerta de entrada, el *Staphylococcus aureus* es el agente causal más frecuente. Los pacientes diabéticos pueden tener infección por *Streptococcus* de los grupos B, C o G, bacilos gram-negativos y gérmenes multirresistentes y también desarrollar infecciones necrotizantes. En adictos endovenosos debe considerarse al *Staphylococcus aureus* metilino-resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC), ya que presentan una alta tasa de colonización por este germen. Los pacientes con VIH o inmunosuprimidos pueden ser infectados con gérmenes menos frecuentes como los bacilos gram negativos (especialmente los neutropénicos), hongos y micobacterias.

Los factores predisponentes asociados a la celulitis son: la existencia de puertas de entrada, vaciamientos

ganglionares, tejidos que han sido afectados por radioterapia, diabetes mellitus, obesidad, edema de miembros inferiores, alcoholismo, inmunosupresión, infección por VIH, abuso de drogas endovenosas, haber tenido celulitis previamente, mordeduras, picaduras y uso de piercing¹. Los factores de riesgo de recurrencia de celulitis de miembros inferiores son: linfedema, insuficiencia venosa crónica, enfermedad vascular periférica y trombosis venosa profunda³.

Puede haber dificultad en diferenciarla de entidades como la erisipela, la miositis o la fascitis. La principal diferencia clínica con la erisipela es la ausencia de bordes netos en la celulitis. Es importante distinguir esta entidad de la fascitis necrotizante, cuyo comportamiento es más agresivo y progresa rápidamente con necrosis de tejidos. Asimismo, debe diferenciarse de la miositis, que compromete estructuras más profundas, con afectación de músculos.

3. Respuestas correctas: a) F, b) V, c) F, d) V, e) V.

El **impétigo es una piodermitis superficial que compromete a la epidermis de cara y miembros** (con mayor frecuencia). Si bien afecta a todos los grupos etarios, tiene mayor incidencia en niños de entre 2 y 5 años, sin preferencia por ningún sexo. Se estima una prevalencia de 2,4 episodios por año cada 100 niños menores de 4 años. Suele transmitirse por contacto directo y es más frecuente durante los meses de verano. **Los principales agentes etiológicos involucrados son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus***¹.

Existen 2 formas clínicas de impétigo:

- **No ampollar o contagioso: es la forma más frecuente** (70% de los casos), producida por *S. pyogenes* (el más frecuente) y el *S. aureus*. Inicialmente se desarrollan ampollas epidérmicas que pueden pasar inadvertidas; **estas ampollas se rompen con facilidad, dejando una erosión que luego se cubre de costra melicérica**. Las lesiones pueden ser pruriginosas o dolorosas. Suele expandirse localmente por autoinoculación y, en general, se resuelven sin cicatriz o con hipopigmentación residual. No es frecuente que haya repercusión sistémica. Cuando el impétigo producido por *S. pyogenes* se sobreinfecta con *S. aureus*, se denomina impétigo mixto.

- **Ampollar o bullosa: es causado por las toxinas exfoliativas extracelulares (exfoliatinas) de tipos A y B del *Staphylococcus aureus* y es una forma localizada del síndrome de la piel escaldada estafilocócica. Las lesiones se localizan con mayor frecuencia en el tronco y consisten en ampollas flácidas**, de bordes definidos, de contenido seroso, que se visualizan desde el inicio. Al romperse, se forma una costra. **Un signo patognomónico es el collarite epidérmico, que se forma con los restos de epidermis que deja la ampolla al romperse**. El compromiso sistémico es infrecuente. El ectima es una complicación que se produce por la extensión de la infección hacia la dermis¹.

Los diagnósticos diferenciales incluyen: dermatitis atópica, candidiasis, dermatitis de contacto, dermatofitosis,

lupus eritematoso discoide, herpes simple, picadura de insecto, pénfigo foliáceo, escabiosis, síndrome de Sweet y varicela¹.

4. Respuesta correcta: b.

La **erisipela se manifiesta como una placa eritematoedematosa, dolorosa, caliente, de bordes netos; también puede ser ampollar o necrótica. La localización más frecuente es en los miembros inferiores**, donde el compromiso bilateral es infrecuente. Cuando la erisipela compromete el rostro, suele tener una distribución en alas de mariposa. El compromiso de los miembros superiores suele asociarse a linfedema secundario a vaciamiento ganglionar axilar. El compromiso abdominal que se describe en los neonatos, se debe a la colonización del ombligo. Pueden hallarse adenopatías hasta en un 46% de los casos y/o linfangitis en un 26% de los pacientes. Los principales diagnósticos diferenciales de la erisipela son celulitis, paniculitis, linfangitis troncular, tromboflebitis y fascitis necrotizante.

En cuanto a la celulitis, la localización más frecuente también es en los miembros inferiores, siguiendo en orden de frecuencia los miembros superiores, cabeza, cuello, tronco y abdomen. Al examen físico se manifiesta como una placa eritematoedematosa, dolorosa, con aumento de la temperatura local, sin límites netos. **Pueden verse asociados púrpura, flictenas, petequias y necrosis. Como manifestaciones sistémicas puede haber fiebre, escalofríos y sepsis**, pudiendo haber signos de shock hasta en un 5% de los casos. **Entre los diagnósticos diferenciales podemos mencionar: tromboflebitis superficiales, trombosis venosa profunda, dermatitis por contacto, picaduras de insecto, farmacodermia, celulitis eosinofílica, síndrome de Sweet, gota, Fiebre Mediterránea Familiar, carcinoma erisipelatoide, acné conglobata, linfedema, paniculitis, linfomas, leucemias, eritema nodoso, entre otros.**

5. Respuestas correctas: a) V, b) V, c) F, d) V, e) V.

El **forúnculo es una infección aguda que se origina en un folículo piloso y se extiende al tejido perifolicular, formando un nódulo profundo doloroso, al inicio firme y luego fluctuante, que finalmente drena su contenido hacia el exterior**. Afecta dermis y cura dejando cicatriz. **Se denomina forunculosis a la aparición de forúnculos a repetición o en forma simultánea**. Se define como forunculosis recurrente a la aparición de forúnculos en 3 o más oportunidades en el transcurso de 6 meses². **El agente etiológico principalmente involucrado es el *Staphylococcus aureus*.**

Las condiciones predisponentes son las siguientes:

- Locales: regiones pilosas sometidas a **roce o transpiración, alteraciones de la barrera cutánea. La transpiración excesiva y la falta de higiene aumentan el riesgo.**
- Generales: **Obesidad, neutropenia, neutropenia funcional (tratamiento con glucocorticoides), inmunosupresión, insuficiencia renal crónica, y contacto con personas que tengan forúnculos.**

En raras oportunidades puede complicarse con bacteriemia, o focos sépticos de osteomielitis o endocarditis.

El SAMR-AC debe ser considerado cuando se presenten uno o más forúnculos de evolución aguda con tendencia a la necrosis. Los factores de riesgo que se asocian a infecciones por SAMR-AC son: ser conviviente de un paciente con infección por dicho germen, niños, hombres homosexuales, soldados, presos, deportistas y adictos endovenosos².

Como principales diagnósticos diferenciales se debe descartar abscesos cutáneos, acné conglobata, hidrosadenitis, sicosis tricofítica o quiste epidérmico infectado.

Los abscesos cutáneos son cavidades llenas de pus, localizados en la dermis y en la hipodermis. Clínicamente se caracterizan por un nódulo fluctuante, rojo oscuro, doloroso, caliente bajo una epidermis generalmente intacta. Pueden ser causados por una o múltiples especies bacterianas. La infección generalmente se produce a través de la inoculación después de una lesión, a veces facilitado por el rascado o la manipulación de la misma, o por diseminación hematógena. En el primer caso, los agentes patógenos suelen pertenecer a la flora residente o transitoria de la piel. En los pacientes de la consulta dermatológica, el *S. aureus* es el patógeno aislado con mayor frecuencia⁴.

6. Respuesta correcta: b.

Generalmente el diagnóstico de erisipela es clínico, quedando reservada la realización de punción aspiración para cultivo o biopsia cutánea, para pacientes inmunosuprimidos y mordeduras, en los que los agentes etiológicos suelen no ser los tradicionales. En cuanto al diagnóstico microbiológico **los hemocultivos suelen ser positivos sólo en un 5% de los casos y el cultivo de las lesiones es positivo entre el 20-30% de los casos**. La erisipela se asocia a leucocitosis, aumento de eritrosedimentación y proteína C reactiva, aunque no son necesarias para el diagnóstico.

El diagnóstico de celulitis también es clínico. Puede utilizarse la radiología para diferenciarla de celulitis necrotizantes, descartando la presencia de gas. También pueden ser útiles la ecografía y la TAC para descartar la presencia de colecciones asociadas. En casos de sospecha de fascitis necrotizante, puede utilizarse la RMN, y ante la sospecha de osteomielitis, debe realizarse RMN o TAC. **Los hemocultivos son positivos entre el 2 al 5% de los casos. No se recomienda su uso como método diagnóstico en pacientes inmunocompetentes, dado su escaso rédito diagnóstico.** En cambio, **sí está recomendado en pacientes inmunosuprimidos**, dada la mayor incidencia en este grupo de afección por bacilos gram negativos. Lo mismo sucede **en pacientes mayores de 65 años, o con signos de shock. La toma de muestra por punción-aspiración con aguja fina obtiene aislamiento microbiológico hasta en un 20-30% de los casos**. La misma se recomienda sólo en pacientes inmunosuprimidos, en casos en que se sospecha gérmenes atípicos, o en cuadros severos.

El diagnóstico de impétigo también suele ser clínico. No se recomienda el cultivo de las lesiones, salvo en casos refractarios¹.

Durante los años 90, se comenzó a aislar el SAMR-AC en infecciones en pacientes de la comunidad. Entre los grupos de mayor riesgo se encuentran los deportistas, los usuarios de drogas endovenosas y pacientes con forunculosis recidivante. En Argentina se desconoce la exacta prevalencia de SAMR-AC, aunque hay estudios en población pediátrica que estiman el 62% de los aislamientos de todas las piodermis². La mayoría de los pacientes que consultan por lesiones cutáneas secundarias a SAMR-AC presentan abscesos (50-75%) o celulitis (25-50%)².

7. Respuesta correcta: e.

No existen aún estudios controlados que ayuden a definir el tratamiento de elección de la erisipela¹. Dado que **todos los estreptococos beta-hemolíticos son sensibles a la penicilina, el tratamiento antibiótico de referencia es la penicilina G intravenosa 2 a 12 millones de unidades/día**. En casos leves el tratamiento puede iniciarse por vía oral con penicilina V 1.000.000 UI cada 6 horas, o amoxicilina 500 mg cada 8 horas. En pacientes alérgicos a penicilina puede utilizarse azitromicina (500 mg el primer día seguido por 250 mg durante 4 días) o claritromicina (500 mg cada 12 horas)^{1,4}.

En casos que hagan sospechar la presencia de *Staphylococcus aureus* (trauma penetrante, por ejemplo), cefalexina (500 mg c/6 horas), amoxicilina (500 mg c/8 horas), amoxicilina-clavulánico (875/125 mg c/12 horas) o clindamicina (300 mg c/6 horas) son las opciones terapéuticas¹. **No se recomienda en estos casos el uso de penicilina** dado que más del 95% de los *S. aureus* son resistentes (por la presencia de penicilinasas)¹.

Se recomienda la hospitalización en los casos de erisipela con manifestaciones locales severas, hipotensión, elevación de creatinina, descenso de bicarbonato, CPK elevada, hiperglucemia en pacientes diabéticos, o sospecha de coacción o celulitis necrotizante¹. En estos casos los esquemas antibióticos recomendados son cefalotina (1 gr c/4-6 horas), cefazolina (1-2 gr c/8-12 horas) o ampicilina-sulbactam (1,5 gr c/6 horas)¹.

La duración óptima del tratamiento no está completamente establecida; en general se recomienda mantenerlo durante 10 a 14 días¹. Dependiendo de la severidad clínica, se prefiere realizar tratamiento durante al menos 7-10 días y, dentro de este ámbito de aplicación, 1-2 días más allá de la resolución de los síntomas, con el fin de minimizar el riesgo de persistencia de los estreptococos en el tejido⁴.

En las erisipelas purpúricas el uso de corticosteroides disminuye la frecuencia y la magnitud de la necrosis secundaria. Además, la elevación del miembro afectado favorece el drenaje linfático y acelera el proceso de curación durante el proceso agudo¹.

Entre 10 y 30% de los episodios de erisipela pueden recurrir en lapsos variables. Entre los factores de riesgo de recurrencia se encuentran: obesidad, diabetes,

alcoholismo, infección del tracto respiratorio superior, inmunosupresión, edad, linfedema, insuficiencia venosa, injuria local y tiña pedis¹. Resulta necesario entonces el tratamiento de la puerta de entrada para evitar las recidivas (tratamiento de intertrigos, onicomicosis, queratodermias, etc.), la compresión con vendas elásticas del miembro afectado para mejorar el edema secundario a la insuficiencia vascular y la disminución de peso en obesos¹. No existen recomendaciones claras en relación con el momento para indicar la profilaxis antibiótica. Algunos investigadores la recomiendan luego del segundo episodio, otros la recomiendan frente a episodios recurrentes (2 o más erisipelas en 6 meses). Los esquemas incluyen algún tipo de penicilina o eritromicina (en caso de alergia a la penicilina)¹. La duración del tratamiento farmacológico preventivo también es controvertido: periodos de 6 a 12 meses han sido los más estudiados. **Actualmente se considera que la manera más efectiva (aunque no siempre exitosa) de disminuir o evitar las recurrencias de erisipela es mejorar los factores locales y generales del paciente¹.**

8. Respuestas correctas: a) F; b) V; c) F; d) V; e) F.

El tratamiento empírico inicial de la celulitis incluye cobertura para *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*: cefalosporinas de primera generación (cefazolina, cefalotina o cefalexina), ampicilina-sulbactam o amoxicilina-ácido clavulánico¹. En infecciones severas por *Streptococcus pyogenes*, puede tener valor agregar clindamicina al esquema inicial (actúa inhibiendo la síntesis proteica bacteriana)¹. En los pacientes alérgicos a la penicilina los tratamientos alternativos incluyen vancomicina, clindamicina o macrólidos, siempre recordando el aumento creciente de la resistencia, tanto en *S. aureus* como en *Streptococcus*¹. En el caso de sospecha de infección por SAMR-AC, se puede utilizar vancomicina, clindamicina o trimetoprima + sulfametoxazol (TMS). En el caso de heridas en agua dulce (por aeromonas) se recomienda quinolonas o cefalosporinas de 3° generación + gentamicina; para heridas en agua salada (por *V. vulnificus*) se recomienda doxiciclina y **en el caso de mordeduras (por perro, gato o humano) se utiliza amoxicilina + ácido clavulánico¹.**

En general, la celulitis puede tratarse en forma ambulatoria. **Como criterios de internación debemos considerar: gravedad del cuadro clínico (hipotensión, fallo renal, acidosis metabólica, etc.), factores locales (heridas penetrantes, puerta de entrada que plantee la posibilidad de gérmenes infrecuentes o dudas diagnósticas con la presencia de colecciones o celulitis necrotizantes) y comorbilidades (obesidad, inmunodepresión, diabetes, pacientes postrados)¹.** Si bien la edad del paciente es un factor de mal pronóstico, ningún estudio ha generado una recomendación precisa en cuanto a partir de qué edad se podría sugerir la internación¹.

Si bien el tiempo de duración del tratamiento no ha sido evaluado en estudios aleatorizados, se recomienda que sea de entre 7 y 14 días¹. Como fue señalado para la

erisipela, la mejor forma de prevenir las recurrencias es el tratamiento de los factores predisponentes¹. Los estudios con respecto a la utilidad del uso de antibióticos como la penicilina en la profilaxis de los episodios recurrentes de celulitis no son concluyentes⁵.

En el caso de los abscesos se recomienda drenaje del mismo a intervalos regulares. Dependiendo del tamaño del absceso, esto puede ser suficiente aun si el SAMR-AC está involucrado. Las indicaciones para el tratamiento antibiótico adicional son:

- Ubicación en la cara, las manos y en la región perineal,
- Si existen dificultades para lograr un drenaje suficiente del absceso (por ejemplo, en el caso de los abscesos con cámaras),
- Inmunodeficiencia,
- Abscesos recurrentes,
- Expansión difusa en los tejidos blandos (celulitis)⁴.

Las opciones en cuanto al tratamiento antibiótico incluyen: cefalosporinas (cefadroxilo o cefalexina), clindamicina, amoxicilina + ácido clavulánico o TMS (si se sospecha SAMR-AC)⁴. Un estudio reciente no encontró diferencias significativas entre clindamicina y TMS en el tratamiento de piodermitis no complicadas (incluyendo celulitis y abscesos)⁶.

9. Respuesta correcta: a.

El tratamiento sistémico con antibióticos en el caso de los forúnculos únicos es en general innecesario a menos que haya celulitis circundante o compromiso sistémico. En estos casos pueden utilizarse cefalexina

500 mg cada 6 horas VO². En los casos de forunculosis recidivante, pueden considerarse tratamiento supresivo prolongado con clindamicina 150 mg diarios o también azitromicina 500 mg semanales, en ambos casos durante tres meses consecutivos. **En los casos de brotes, puede requerirse lavado con jabones con clorhexidina o iodopovidona, lavado completo de la ropa, las toallas y las sábanas y descolonización nasal con mupirocina de los portadores²**. Si se sospecha infección por SAMR-AC puede utilizarse TMS².

Actualmente casi todos los impétigos ampollares y la mayoría de los no ampollares son causados por *Staphylococcus aureus*, por lo que el tratamiento con penicilina resulta, en general, ineficaz^{1,4}. El tratamiento local con mupirocina (ungüento 2%, 3 veces al día durante 7 días) o ácido fusídico (2%, ungüento o crema, 3 veces por día, durante 7 días) resulta de elección en los casos de impétigo no bulloso que involucran sólo a un área limitada del cuerpo. El tratamiento con mupirocina es equivalente al tratamiento sistémico y podría usarse cuando las lesiones no son muchas, aunque no existe evidencia suficiente^{1,4}. **Los distintos antibióticos tópicos no mostraron diferencias entre sí^{1,4}**. Por el contrario, si la infección ocupa una superficie corporal mayor o si se acompaña de síntomas sistémicos, se recomienda utilizar cefalexina, eritromicina o amoxicilina + ácido clavulánico (todos ellos en esquema de 500 mg, 4 veces por día durante 10 días). Puede ser útil también decostran las lesiones con antisépticos como agua blanca de cédex (subacetato de plomo al 2%) o agua D'Alibour (sulfato de cobre y zinc)¹.

- La erisipela es una infección aguda de la epidermis y la dermis superficial; su principal agente etiológico es el *Streptococcus pyogenes*.
- Se manifiesta como una placa eritematoedematosa, dolorosa, caliente, de bordes netos. La localización más frecuente es en los miembros inferiores.
- El tratamiento antibiótico de referencia es la penicilina.
- La celulitis afecta dermis e hipodermis; los agentes etiológicos son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*.
- Se manifiesta como una placa eritematoedematosa, dolorosa, caliente, sin límites netos. La localización más frecuente es en los miembros inferiores.
- El tratamiento empírico inicial incluye cefalosporinas de primera generación, ampicilina- sulbactam o amoxicilina-ácido clavulánico.
- El impétigo compromete sólo a la epidermis; los principales agentes etiológicos son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*.
- Existen 2 formas clínicas de impétigo: ampollar y no ampollar (la más frecuente).
- El tratamiento es local con mupirocina o ácido fusídico en los casos de impétigo no bulloso limitados a un área corporal determinada. Como tratamientos sistémicos se recomienda utilizar cefalexina, eritromicina o amoxicilina + ácido clavulánico.

► BIBLIOGRAFÍA

1. Bermejo, A.; Clara, L.: Consenso SADI-SAM-SAD-CACCVE. Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas– Parte II. **Rev Panam Infectol** 2009; 11: 49-65.
2. Bermejo, A.; Clara, L.: Consenso SADI-SAM-SAD-CACCVE. Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas– Parte II. **Rev Panam Infectol** 2009; 11: 47-62.
3. Tay, E.Y.; Fook-Chong, S.; Oh, C.C.; Thirumoorthy, T.; Pang, S.M.; Lee, H.Y.: Cellulitis Recurrence Score: A tool for predicting recurrence of lower limb cellulitis. **J Am Acad Dermatol** 2015; 72: 140-145.
4. Sunderkötter, C.; Becker, K.: Frequent bacterial skin and soft tissue infections: diagnostic signs and treatment. **J Dtsch Dermatol Ges** 2015; 13: 501-524.
5. Thomas, K.S.; Crook, A.M.; Nunn, A.J.; Foster, K.A.; Mason, J.M.; Chalmers, J.R.; Nasr, I.S.; Brindle, R.J.; English, J.; Meredith, S.K.; Reynolds, N.J.; de Berker, D.; Mortimer, P.S.; Williams, H.C.: Penicillin to prevent recurrent leg cellulitis. **N Engl J Med** 2013; 368: 1695-1703.
6. Miller, L.G.; Daum, R.S.; Creech, C.B.; Young, D.; Downing, M.D.; Eells, S.J.; Pettibone, S.; Hoagland, R.J.; Chambers, H.F.: Clindamycin versus trimethoprim-sulfamethoxazole for uncomplicated skin infections. **N Engl J Med** 2015; 372: 1093-1103.