

5 puntos para el manejo de infecciones de la piel

Dra. Armelle Pérez-Cortés Villalobos

Las infecciones de la piel y los tejidos blandos, que incluyen infecciones de la piel, el tejido subcutáneo, la fascia y el músculo, abarcan un amplio espectro de presentaciones clínicas, que van desde la celulitis simple hasta la fascitis necrosante rápidamente progresiva.

El diagnóstico de la extensión exacta de la enfermedad es fundamental para el tratamiento exitoso del paciente con infección de tejidos blandos.

A continuación se presentan 5 puntos relevantes en el manejo de infecciones cutáneas.

1.-La celulitis se define como una infección en la piel, cuyo diagnóstico suele ser clínico.

Las infecciones en piel pueden variar significativamente dependiendo de su extensión.

Cuando hablamos de **erisipela** nos referimos a una infección superficial de la piel, claramente demarcada de extensión variable que comúnmente se ha asociado a estreptococo del grupo A.

La **celulitis** es una infección un poco más profunda comparada con erisipelas, que involucra:

- a.-el tejido subcutáneo, causando edema, eritema y
- b.- ganglios linfáticos regionales.

La celulitis purulenta generalmente ocurre alrededor de una herida o de un furúnculo, lo que además de infección superficial ocasiona la formación de abscesos o carbúnculos.

Con frecuencia *Staphylococcus aureus* se asocia comúnmente a esta entidad.

2.-Es importante indagar sobre la exposición que ha tenido la piel del paciente al medio ambiente y el origen de la infección.

La historia de exposiciones previas del paciente puede ser determinante para el diagnóstico etiológico de infecciones cutáneas, por ejemplo, historia de colonización previa por *S. aureus* resistente a meticilina.

Si existe alguna solución de continuidad en la piel es importante interrogar sobre mordidas por perro o gatos que pudieran orientar a *Pasteurella multocida* o *Capnocytophaga canimorsus*.

Si se tiene el antecedente de una mordida de humano se debe sospechar de *Eikenella corrodens*, anaerobios y *S. aureus*.

Si el paciente tuvo exposición a agua salada se debe considerar *Vibrio vulnificus* y si se trata de aguas negras o sucias se puede sospechar de *Aeromonas hydrophobia* y *Plesiomonas shigelloides*.

Asimismo, si se trata de un paciente inmunocomprometido, el diagnóstico diferencial es más amplio y se deben considerar *Pseudomonas aeruginosa*, bacterias gramnegativas e incluso etiología fúngica.

3. Los cultivos superficiales de piel y los hemocultivos tienen un papel limitado en el diagnóstico de celulitis.

El diagnóstico suele integrarse con los hallazgos clínicos del paciente, que incluyen eritema y edema de la piel, dolor local, así como fiebre o adenomegalias regionales.

Existen algunas afecciones que pueden confundirse con infecciones en la piel, como reacciones alérgicas, gota, infecciones por herpes zóster y tromboflebitis, entre otras.

La toma de hemocultivos no está indicada rutinariamente en todos los casos de celulitis debido a un bajo rendimiento (< 5% es positivo), sin embargo, deben realizarse en casos de celulitis extensa y en pacientes que experimentan datos de sepsis, ya que estreptococo de los grupos A y B y *S. aureus* se pueden asociar a bacteriemia secundaria e infecciones graves.

Los hemocultivos también se deben llevar a cabo en algunas poblaciones de pacientes, como inmunocomprometidos o posquirúrgicos.

Realizar cultivos de hisopados superficiales de la piel pueden llegar a generar confusión en el diagnóstico y no reflejar el verdadero agente etiológico de la infección, sin embargo, si hay heridas profundas con salida de material purulento se pueden realizar cultivos de tejido que tengan mayor rendimiento y representen el origen de la infección.

4. Los estudios de imagen pueden llegar a ser de utilidad en algunos pacientes.

Actualmente no se recomienda realizar un estudio de imagen en todos los casos de celulitis, sin embargo, en algunos pacientes se recomienda la realización de ultrasonido por ejemplo en aquellos en los que se sospecha de una trombosis venosa profunda, así como de aquellos en que se sospecha de un absceso o colección en tejidos subcutáneos.

Y en algunos casos se recomienda hacer una tomografía computarizada, por ejemplo, cuando se sospecha de infecciones que involucra planos profundos, como fascitis necrosante o piomiositis, aunque es importante recordar que una tomografía computarizada no excluye completamente el diagnóstico de fascitis necrosante.

5. El tratamiento antibiótico inicial debe dirigirse a las exposiciones previas del paciente, si se trata de una infección purulenta o no y su gravedad.

El tratamiento antibiótico inicial se basa en la clasificación de las guías de la Infectious Diseases Society of America (IDSA) de 2014, que clasifican las enfermedades de piel en purulentas o no purulentas.[2]

Para infecciones no purulentas leves y que pueden ser manejadas con antibiótico oral se recomienda el uso de amoxicilina/ácido clavulánico, cefalexina o clindamicina.

Si el paciente requiere terapia intravenosa se sugiere iniciar ceftriaxona más vancomicina si en la región geográfica hay alta prevalencia de *S. aureus* resistente a meticilina,

En casos graves se sugiere piperacilina/tazobactam y vancomicina.

En el caso de **infecciones purulentas** el paciente debe ser evaluado

1.- si no requiere lavado y drenaje quirúrgico el esquema inicial para infecciones moderadas puede ser trimetroprima/sulfametoxazol o doxiciclina y

2.-en caso de hospitalización considerar un esquema de betalactámico más cobertura contra *S. aureus* resistente a meticilina con vancomicina.

Fuente: 5 puntos para el manejo de infecciones de la piel - Medscape - 28 de nov de 2022.