

Caso clínico: Impétigo

Dr. Martín López

Residente Enfermedades Infecciosas.



Caso clínico:

- SM 17 años, procedente de Montevideo, usuario de drogas inhaladas (Pasta base de cocaína). AP: Niega otros antecedentes
- MC: Lesiones de piel y fiebre.
- EA: Cuadro de 6 días de evolución, lesiones de piel que comienzan como máculas de pequeño tamaño, eritematosas y evolucionan al aumento de tamaño y posterior formación de costras sobre las mismas, no dolorosas, no pruriginosas. Últimos días previo a la consulta agrega registros subfebriles.
- AEA: relata haberse sumergido en un lago de aguas contaminadas hace aproximadamente una semana, no recuerda traumatismos ni heridas en dicho momento



Examen físico:

- Vigil, bien orientado en tiempo y espacio, Tax: 37,5 C, acuria.
- PyM: normocoloreadas, bien hidratado y perfundido, múltiples lesiones de distribución universal, sin compromiso de mucosas, polimorfas, pequeñas lesiones eritematosas de mm de diámetro hasta lesiones costrosas de aprox 1 cm de diámetro, y otras de aspecto ulcerado.
- CV: PA:110/70, RR 104 cpm, sin soplos, no elementos de falla cardíaca.
- PP: eupneico, MAV+ bilateral, no estertores.
- ABD: blando, indoloro, no visceromegalias.
- Resto del examen físico, sin otras alteraciones a destacar.



Caso clínico:







Planteos

- Infección piel y partes blandas
 - Impétigo?
 - *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*?
 - Por antecedente ambiental: *Pseudomonas aeruginosa*, *Aeromonas spp*
 - Bacteriemia?
 - *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*?
 - Micosis sistémica?
 - *Histoplasma capsulatum*? *Criptococcus neoformans*?



Conducta:

Para valoración general, disfunciones y complicaciones:

- Hemograma, glicemia, función renal, serología para VIH
- Reactantes de fase aguda, crisis

Para diagnóstico etiológico:

- Hemocultivos x 2
- Exudado de lesiones de piel y estudio micológico.



Conducta

- EN VISTAS A LOS PLANTEOS REALIZADOS, SE INICIÓ TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO:
- Ceftriaxona 2g día iv. (cobertura sobre *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y *Aeromonas spp*)
- Trimetoprim sulfametoxazol (TMP-SMX) 10mg/kg/día iv. (asegurar cobertura sobre SAMR)
- Ciprofloxacina 400 mg c/12hs iv. (cobertura sobre *Pseudomonas aeruginosa*)



Paraclínica:

	Día 1	Día 3
Hb	12,8 g/dl	12,4 g/dl
Leucocitos	22.400 cel/mm ³	20.600 cel/mm ³
PMN	82%	80%
PLT	230.000	260.000
BT	0,9	0.83
GGT	40	45
TGO	20	22
TGP	18	16
Tiempo de protrombina:	75%	81%
Azoemia	0,35	0,40
Creatininemia	0.90	0,85



Otros resultados:

- Test rápido y serología de VIH: negativo.
- Hemocultivos: sin desarrollo.
- Exudado de piel: desarrolla *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, y *Streptococcus pyogenes*.
- Estudio micológico: no se observan estructuras micóticas.



- Se rota plan ATB a Cefazolina 2 g c/8hs iv.
- Se agrego tto local de lesiones con Mupirocina.

- **Evolución:**

Bajo tratamiento ATB, excelente evolución de las lesiones de piel, en apirexia, disminución de la leucocitosis, y alta a domicilio.

Se indicó decolonización nasal con mupirocina y baños con jabón de clorhexidina.



Impétigo:

- Es una infección superficial de la piel.
- *Streptococcus pyogenes* era el principal agente etiológico de este cuadro hasta en un 80% de los casos, solo o junto con *Staphylococcus aureus* responsable del restante 20%.
- En los últimos 15 años se observó un cambio en la epidemiología, siendo *Staphylococcus.aureus* el principal responsable actualmente con una alta incidencia de SAMR-com a nivel mundial.
- Infección altamente transmisible, que se ve facilitada por la falta de higiene y el hacinamiento.



Pasternack MS. Cellulitis, Necrotizing Fasciitis, and Subcutaneous tissue Infections. En: Mandell GL et al. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; .2010. 1289-1312

Koning S, et al. Interventions for impetigo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;2: CD003261

www.infectologia.edu.uy

Clínica

- Comienza en áreas expuestas como pequeñas vesículas, a veces con halos inflamatorias estrechos, rápidamente se pustulizan, de fácil ruptura.
- Al secarse la secreción purulenta constituye la característica capa gruesa, de color amarillo dorado, o costra.
- El prurito es común, y el rascado de las lesiones puede transmitir la infección.
- Se pueden producir grandes costras por coalescencia de pequeñas pústulas.
- La linfadenopatía regional leve es común.
- Curación se produce generalmente sin dejar cicatriz. Las lesiones son indoloras y manifestaciones constitucionales son mínimas.



Tratamiento:

- Comienza con la erradicación de los factores ambientales que se cree influyen en el desarrollo del proceso.
- Se recomienda el desbridamiento de las lesiones agresivamente lavados con jabón antibacterial, y especial atención a la higiene, incluida la desinfección de toallas y ropa de cama.
- Tratamiento tópico con Mupirocina es efectivo en los casos leves, aunque se han descrito casos de resistencia a este ATB.
- Casos más extensos, la terapia antibiótica sistémica oral con una penicilinas-resistente como oxacilina, es el tratamiento de elección. Dado que no contamos con esta en nuestro medio se puede utilizar cefalosporinas de primera generación como Cefradina o Cefazolina.

•Pasternack MS. Cellulitis, Necrotizing Fasciitis, and Subcutaneous tissue Infections. En: Mandell GL et al. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; .2010. 1289-1312

•Nichols RL, et al. Clinical Presentations of Soft-tissue Infections and Surgical Site Infections. *Clin Infect Dis*. 2001; 33(2):S 84–93



Tratamiento:

- Los pacientes deben ser tratados durante al menos 7 días.
 - Si no se observa mejoría, las lesiones deben ser cultivados y los antibióticos adecuadamente ajustada.
 - Una causa posible de fallo del tratamiento ATB puede ser la infección por SAMR-com en estos casos el tratamiento de elección en nuestro medio es con TMP-SMX 5-10 mg/kg/día de TMP.
 - Las complicaciones sistémicas son muy poco frecuentes. Puede ocasionar celulitis; síndrome de la piel escaldada estafilocócica y septicemia aunque estas últimas son muy raras.
-
- Koning S, et al. Interventions for impetigo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;2: CD003261
 - Nichols RL, et al. Clinical Presentations of Soft-tissue Infections and Surgical Site Infections. *Clin Infect Dis*. 2001; 33(2):S 84–93



- **APRENDIZAJE:**

- A pesar de presentar antecedentes epidemiológicos para pensar en microorganismos diferentes a los habituales, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* por frecuencia deben ser cubiertos en los tratamientos empíricos instalados para las infecciones de piel y partes blandas.

