

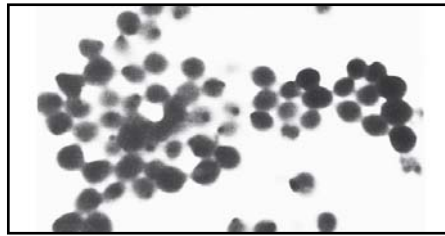
Infecciones piogénas de tejidos y partes blandas

1. Generalidades de las infecciones piogénas de piel y tejidos blandos superficiales

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y constituye una de las primeras barreras defensivas. El término “infecciones de piel y tejidos blandos superficiales” (IPPB) engloba todas las infecciones que afectan a la piel, anejos cutáneos, tejido celular subcutáneo, fascia y músculo estriado, dentro de este grupo se incluyen además, abscesos cutáneos, las heridas traumáticas y las infecciones necrotizantes.

Este órgano es colonizado por distintos microorganismos que van a ser residentes permanentes, temporales o transitorios. Aunque los gérmenes de la flora habitual de la piel pueden ocasionalmente causar infecciones, los patógenos usuales son: *Staphylococcus aureus* y Estreptococo β-hemolítico del grupo A (*Streptococcus pyogenes*), ya sean de procedencia exógena, endógena, por propagación hematogénea o mediante mecanismos patogénicos indirectos por toxinas o reacciones inmunológicas.

Las IPPB constituyen una causa importante de morbilidad y un motivo frecuente de solicitud de atención médica y se pronostica un aumento moderado, pero constante, de éstas dado el envejecimiento paulatino de la población y el aumento de la resistencia de microorganismos grampositivos a los antimicrobianos. El *S. aureus* es responsable del 43-46% de todas las infecciones de piel y tejidos blandos y del 25-30% de los abscesos en enfermos hospitalizados en EEUU y Canadá, obser-



El *Staphylococcus aureus* es responsable del 43-46% de todas las infecciones de piel y tejidos blandos y del 25-30% de los abscesos en enfermos hospitalizados en EEUU y Canadá.

vándose un aumento de las resistencias a antimicrobianos, por ejemplo, a meticilina (24% y 29,5%), ciprofloxacino (20,4% y 26,5%) y clindamicina (16,5% y 20,9%), respectivamente en cada país.¹

Son frecuentes los brotes de IPPB que ocurren en períodos de varios meses entre familiares y en comunidades cerradas, especialmente los abscesos y furunculosis. Las infecciones son de leve a moderada intensidad y la evolución hacia un cuadro más severo, aunque poco frecuente, es imprevisible.

Clasificación:

Infecciones no complicadas

- Superficiales: impétigo, ectima.
- Más profundas: erisipela, celulitis.
- De folículos pilosos: foliculitis, furunculosis, ántrax.

Infecciones complicadas

- Infecciones secundarias en piel previamente dañada.
- Infecciones de heridas, agudas y crónicas.
- Por mordedura.
- Infecciones de pie diabético.

En este boletín



- ▶ 1. Generalidades de las infecciones piogénas de piel y tejidos.
- ▶ 2. Impétigo y ectima.
- ▶ 3. Erisipela y celulitis.
- ▶ 4. Foliculitis, furunculosis y ántrax de causa bacteriana.
- ▶ 5. Hidrosadenitis supurativa.
- ▶ 6. Consideraciones finales.

- Úlceras por éstasis venosa.
- Escaras (presión).
- Fascitis necrosante.
- Mionecrosis.
- Gangrena.

En este boletín abordaremos solamente las afecciones no complicadas, que puedan ser tratadas en la atención primaria de salud (APS).

Es importante señalar que existen pocas guías de práctica clínica respecto al manejo y diagnóstico de IPPB. La mayoría de estudios son series de casos no controlados lo que hace difícil la consecución de evidencia científica de buen nivel.¹

2. Impétigo y ectima

Es una infección superficial de la piel que afecta con mayor frecuencia a la población infantil entre 2 y 5 años², caracterizada por la aparición de lesiones vesiculosas, a veces rodeadas de un pequeño halo inflamatorio, que después se rompen y forman unas costras de aspecto acaramelado y cuya cura se produce sin dejar cicatrices, suelen acompañarse de adenopatías y ser pruriginosas. Esto último facilita su diseminación mediante la autoinoculación por rascado y generalmente



no hay síntomas sistémicos. Se localizan habitualmente en la cara, los brazos y la parte distal de las piernas. El impétigo no bulloso es la forma más común de presentación.

El impétigo bulloso se identifica por ampollas grandes, que no se rompen tan fácilmente y pueden persistir durante días. Generalmente hay menos lesiones y el tronco se afecta con mayor frecuencia que en el impétigo no bulloso.

Ectima es una infección similar al impétigo pero de localización más profunda, caracterizada por úlceras deprimidas cubiertas por una costra amarillenta en cuyo centro aparece un cráter indurado violáceo.

El *S. aureus* es el principal agente causal en ambos casos. El *S. pyogenes* (beta-hemolítico grupo A) ^{3,4} aunque existen cepas productoras de bacteriocinas que dificultan el aislamiento de los estreptococos.

La infección es favorecida por las condiciones de calor, humedad y poca higiene personal. Generalmente se produce a partir de lesiones en la piel, picaduras de insectos, dermatosis, abrasiones. ^{2,4,5,6}

Objetivos del tratamiento:

- Evitar la autoinfección y la diseminación.
- Evitar complicaciones supurativas locales o sistémicas.

Tratamiento no farmacológico:

Se recomienda:

- Lavado diario con peróxido de benzilo, gel de etanol o isopropilo. No tocar las lesiones, lavar las manos y no compartir objetos de aseo. (Rec C)
- El lavado de manos con agua y jabón del paciente y por todos los miembros del hogar reduce de forma discreta la incidencia. (Rec A)²

Se recomienda un período de exclusión escolar en tanto las lesiones permanezcan abiertas. (Rec C)

El ácido fusídico y la mupirocina son considerados igualmente efectivos, am-

bos resultan eficaces o incluso más que los antibióticos orales y con menos efectos secundarios (Rec A).

Agentes como bacitracina, neobatin (combinación de neomicina y bacitracina) y neomicina y el oleozono pueden emplearse aunque son menos efectivos. (Rec B) ^{3,7,8,9}

Los pacientes con lesiones generalizadas o la localización en zonas como cara, párpados o boca así como los pacientes que no responden a tratamiento tópico, son indicaciones de tratamiento con antibióticos por vía oral, el cual ha demostrado ser efectivo, tanto para la curación de las lesiones como para disminuir las recurrencias de impétigo no bulloso. De-

bido a que *S. aureus* causa la mayoría de los casos de impétigo bulloso, así como una buena parte de impétigo no bulloso, algunos autores prefieren tratarlo con una penicilina resistente a penicilinasas o una cefalosporina de primera generación, aunque en los últimos años se aprecia un aumento del impétigo por *S. aureus* resistente a meticilina SARM. (Rec A)

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se indica en las Tablas 1 y 2.

En el caso del tratamiento sistémico puede combinarse con la terapia tópica.

Tabla 1. Tratamiento tópico del impétigo y ectima para pacientes con lesiones poco numerosas. ^{3,7,8,9,12,13,14,15}

Medicamento	Tipo de tratamiento	Dosis (dosis máxima) y forma de aplicación	Duración
ácido fusídico, mupirocina ung., neobatin ung. (neomicina 300 mg+bacitracina 50 000 U)	1 ^{era} elección	aplicar cada 8 horas (Rec. A)	durante 7-10 días (Rec. B)
bacitracina o neomicina ung	Alternativa	aplicar cada 8 horas (Rec. A)	durante 7-10 días. (Rec B)

Tabla 2. Tratamiento sistémico del impétigo y ectima para pacientes con lesiones numerosas. ^{3,7,8,9,12,13,14,15}

Medicamento	Tipo de tratamiento	Dosis (dosis máxima) y forma de aplicación	Intervalo de administración	Duración
cefalexina (cap 500 mg) y (125mg/5ml)	1 ^{era} elección (Rec. A)	Adultos: 250 mg cada 6 horas ó 500 mg, VO	cada 8 horas	por 10 días (Rec. B)
		Niños: 12 mg/kg/día, VO (Rec A).	cada 6 horas	
amoxicilina-sulbactam: (tab 250 mg)	1 ^{era} elección (Rec. A)	Adultos y niños mayores de 12 años: 500 mg, VO Niños menores de 12 años: 25 a 50 mg de amoxicilina, VO Niños entre 6 y 8 kg de peso: 50-100 mg, VO	cada 8 horas	por 7-10 días
dicloxacilina (cap 250 mg)	1 ^{era} elección (Rec. A)	Adultos: 250 mg VO Niños: 25 mg/kg/día, VO	cada 6 horas	por 7-10 días
azitromicina (cap 250 mg) y (200mg/5ml)	Alternativa (Rec A).	Adultos: dosis única de 500 mg el primer día, seguido de 250 mg una vez al día, VO Niños: dosis única inicial de 10 mg/kg/día y continuar con 5 mg/kg/día	una vez al día	por 5 días.
clindamicina (tab 300 mg)	Alternativa (Rec A).	Adultos: 300-450 mg, VO. Niños: 10-20 mg/kg/día (Rec A)	cada 8 horas	por 7 -10 días.
oxacilina: (cap 250 mg)	Alternativa. (Rec C)	Adultos: 0,5 mg a 1 g (puede llegarse a 2 g en infecciones severas), VO.	cada 4-6 h	por 10 días.
		Niños: 50-100mg, VO. (Rec C)	cada 6h	

Contactos:

- www.cdfc.sld.cu/boletines-atencion-primaria-de-salud
- e-mail: bitfarmacoepidemiologia@mss.sld.cu



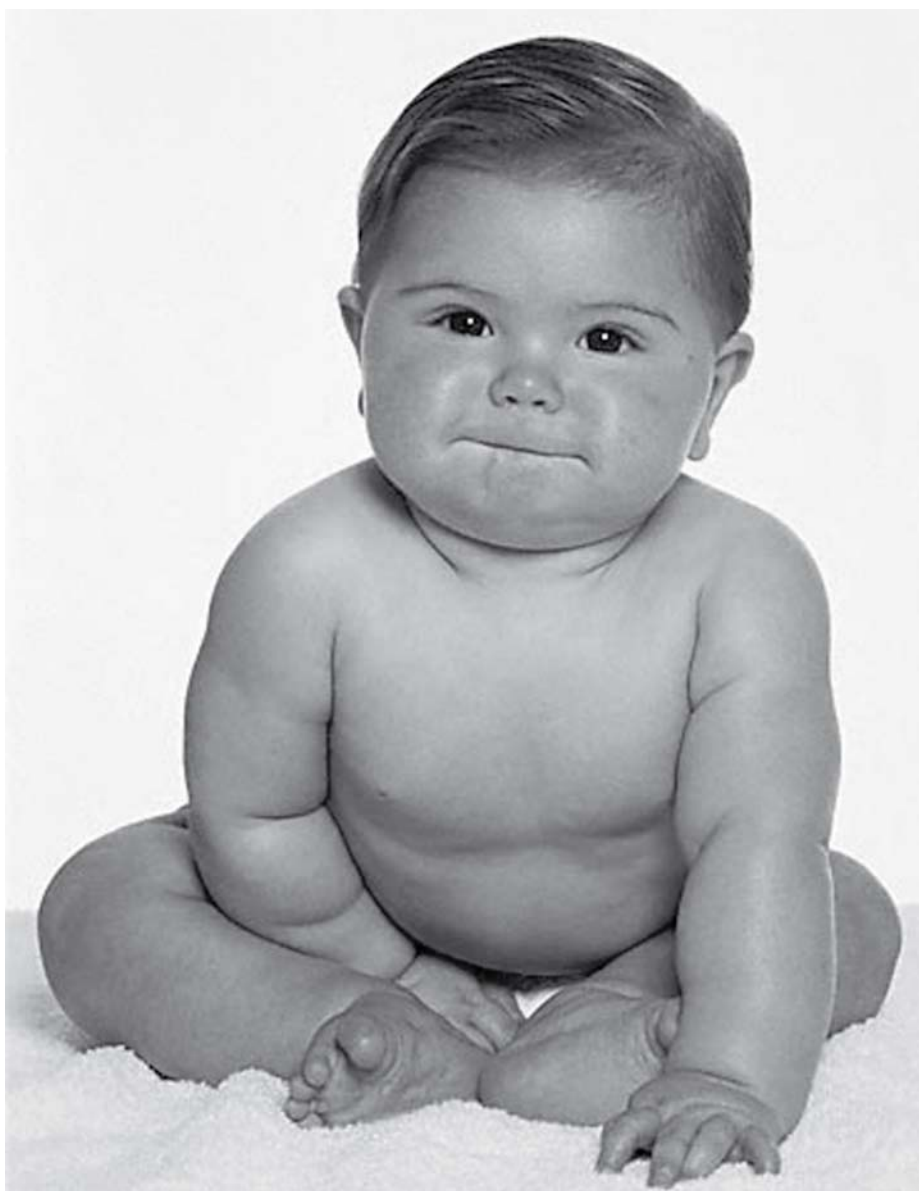
3. Erisipela y celulitis

La erisipela es una infección dermohipodérmica aguda, el cuadro clínico se caracteriza por un inicio súbito, con fiebre elevada, escalofríos, malestar general y anorexia, seguido en las 12-24 horas siguientes de la aparición de una placa eritematosa, brillante, caliente, edematosa y dolorosa bien delimitada, que se extiende rápidamente y con un aspecto “en piel de naranja”, generalmente localizada en miembros inferiores. Se pueden observar vesículas, bullas y hemorragias cutáneas en forma de petequias o equimosis.

Es más frecuente en el sexo femenino y afecta sobre todo a los adultos entre 40 y 60 años. Son afectados también los niños y los jóvenes.^{2,10,11,12} Los principales factores de riesgo para la erisipela de los miembros inferiores son el linfedema crónico, solución de continuidad en la piel (intertrigo interdigital, úlcera crónica o lesión traumática). Entre los factores generales sólo la obesidad es considerada un factor predisponente, no se ha encontrado asociación significativa con la diabetes, la insuficiencia venosa crónica o el alcoholismo crónico.

Generalmente es causada por el *Streptococcus pyogenes*, pero que también puede deberse a estreptococos de los grupos C y G, raras veces los estreptococos del grupo B se ven implicados. Algunos estudios microbiológicos revelan una incidencia del 10-17% para la etiología estafilocócica (*S. aureus*), aunque se cuestiona el carácter patogénico de su aislamiento a partir de muestras de la piel². Los bacilos gramnegativos (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter calcoaceticus*, *Haemophilus influenzae*, *enterobacteriaceas*), de forma aislada o asociados a otros agentes también pueden ser responsables de la infección.^{10,11}

La toma rutinaria de cultivos locales y de sangre no se recomienda en las celulitis y erisipelas típicas o simples y se reserva para los casos que se sospechen gérmenes resistentes, pacientes inmunodeprimidos, infecciones de repetición, fracaso terapéutico o linfedema crónico.



Entre los factores generales sólo la obesidad es considerada un factor predisponente

En el caso de la celulitis esta es una infección cutánea de diseminación rápida que se extiende más profundamente que la erisipela y afecta los tejidos subcutáneos. Los agentes etiológicos más frecuentes son los estreptococos del grupo A o *S. aureus*.

Se caracteriza por área de edema con eritema y aumento de la temperatura local afecta a la piel y al tejido subcutáneo, se extiende rápidamente, en ocasiones de linfangitis e inflamación de los ganglios linfáticos regionales.

Las manifestaciones sistémicas son moderadas.^{10,11}

El microorganismo causante penetra a través de una ruptura de la piel. Los factores predisponentes lo constituyen aquellos que hacen a la piel más frágil o disminuyen la efectividad de las defensas locales como la obesidad, daño cutáneo previo (traumatismo, infección cutánea previa como impétigos o fisuras micóticas interdigitales, eczemas, edema por insuficiencia venosa u obstrucción linfática). En ocasiones la fuente de la que proceden los estreptococos no está clara pero es importante revisar la piel entre los dedos de los pies, en ocasiones la puerta de entrada se encuentra en el canal anal o en la vagina.

Tabla 3. Tratamiento de erisipela y celulitis^{7,8,9,10,11,12,13,14,15}

Medicamento	Tipo de tratamiento	Dosis (dosis máxima) y forma de aplicación	Intervalo de administración	Duración
cefalexina (cap 500 mg) y (125 mg/5ml)	1era elección (Rec. A)	Adultos: 250 mg ó 500 mg, VO	cada 6 horas	por 10 días Para formas no complicadas de celulitis es suficiente con 5 días de tratamiento. (Rec. A)
		Niños: 12 mg/kg/día, VO	cada 8 horas	
amoxicilina (cap 500 mg) y (125 mg/5ml)	1era elección (Rec. A)	Adultos: 500 mg ,VO Niños menores de 12 años: 125 mg ,VO	cada 8 horas	por 10 a 14 días (Rec B).
dicloxacilina (cap 250 mg)	1era elección (Rec. A)	Adultos: 250 mg, VO Niños: 25 mg/kg/día	cada 6 horas	por 7-10 días
azitromicina (cap 250 mg) y (200 mg/5 ml)	Alternativa (Rec A).	Adultos: dosis única de 500 mg el primer día, seguido de 250 mg una vez al día, VO Niños: dosis única inicial de 10 mg/kg/día y continuar con 5 mg/kg/día	una vez al día	por 5 días.
clindamicina (tab 300 mg)	Alternativa (Rec A).	Adultos: 300-450 mg, VO.	cada 8 horas	por 10 -14 días.
		Niños: 10-20 mg/kg/día, VO		por 7-10 días.
amoxicilina-sulbactam: (tab 250 mg)	Alternativa (Rec A).	Adultos y niños mayores de 12 años: 500 mg, VO Niños menores de 12 años: 25 a 50 mg de amoxicilina, VO Niños entre 6 y 8 kg de peso: 50-100 mg de amoxicilina, VO	cada 8 horas	por 7-10 días
oxacilina (cap. 250 mg)		Adultos: 0,5 mg a 1 g cada 4-6 h (puede llegarse a 2 g en infecciones severas),VO.	cada 4 a 6 horas	por 10 días
		Niños: 50-100mg ,VO	cada 6 horas	
cefadroxilo : (cap 500 mg)	Alternativa (Rec C)	Adultos: 1 a 2 g diarios,VO.	una vez al día	por 10 a 14 días (Rec B).
		Niños: 30 mg/kg, VO	cada 12 horas	
cotrimoxazol: (tab 480 mg) y (120 mg/5 ml)	Alternativa (Rec B).	Adultos: 960 mg VO Niños de 6 a 12 años: 480 mg , VO Niños de 6 meses a 5 años: 240 mg VO	cada 12 h	por 10-14 días.
levofloxacino (tab 500 mg)	Alternativa (Rec B)	Adultos: 250 – 500 mg diario, VO	cada 12 horas	por 10-14 días.

Objetivos del tratamiento:

- Lograr el control de la infección.
- Aliviar los síntomas.
- Evitar complicaciones locales, secuelas y episodios recidivantes¹³.

Tratamiento no farmacológico:

Estas medidas preventivas son aplicables sobre todo para evitar las recurrencias:

- Reducción de peso en pacientes obesos (Rec B)
- Tratamiento físico del linfedema con la aplicación de vendaje, drenaje linfático manual, ejercicios, cuidados de la piel y medias elásticas con presión entre 30 y 60 mmHg, compresión neumática (Rec A)
- Elevación de los miembros inferiores siempre que sea factible en pa-

Tabla 4. Tratamiento para la prevención de las recidivas de erisipela y celulitis^{7,8,9,10,11,12,13,14,15}

Medicamento	Tipo de tratamiento	Dosis (dosis máxima) y forma de aplicación	Intervalo de administración	Duración
penicilina benzatínica: (bbo de 1 200 000)	1era elección (Rec. B)	Adultos: 1 200 000 – 2 400 000 UI IM Niños con más de 30 kg de peso corporal: 900 000 U (3,7 mL de la solución) IM. Niños con menos de 30 kg de peso corporal: 600 000 U (2,5 mL de la solución) IM Lactantes: 300 000 U (1,2 mL de la solución) IM	1 vez al mes.	por 6 o 12 meses.
eritromicina (tab 250 mg) y (125 mg/5 ml)	1era elección (Rec. B)	Adultos: 250 mg, VO. Niños: 30 – 50 mg/ kg/ día. VO.	cada 6 o 8 horas una semana cada mes	por 6 o 12 meses.

cientes con insuficiencia venosa o linfedema (Rec B)

- Tratamiento farmacológico efectivo de los intertrigos micóticos y de las onicomicosis (Rec B)

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se indica en las Tablas 3 y 4.

Contactos:

- www.cdfc.sld.cu/boletines-atencion-primaria-de-salud
- e-mail: bitfarmacoepidemiologia@msp.sld.cu



4. Foliculitis, furunculosis y ántrax de causa bacteriana

La foliculitis es una infección de la porción superior el folículo piloso, puede extenderse a lo largo del mismo y llegar a destruir la unidad pilosebácea. La lesión que se produce es pápulo-pustulosa, a veces rodeada de un halo eritematoso, puede ser pruriginosa y generalmente poco dolorosa; cuando la pústula se rompe se produce una erosión superficial o costra. La infección superficial cura en unos 7-10 días sin dejar cicatriz, pudiendo quedar a veces hipo o hiperpigmentación postinflamatoria; si la infección destruye la unidad pilosebácea quedará una cicatriz fibrosa. Las lesiones suelen ser múltiples y de un diámetro de 5 mm o menos, generalmente se agrupan formando cúmulos, el área afectada se delimita con facilidad, afectándose habitualmente un pequeño número de folículos en una zona determinada. Se habla de sicosis de la barba en casos de foliculitis profunda en la región de la barba.

La infección puede progresar dando lugar a la formación de abscesos o forúnculos y la afectación de múltiples folículos da lugar a un ántrax.^{7,8,9,10,11,12}

La furunculosis por su parte es la infección aguda, profunda del folículo piloso, que a menudo se desarrolla a partir de una foliculitis y conduce a la necrosis del aparato pilosebáceo y compromete el tejido celular subcutáneo próximo. Es un nódulo profundo y doloroso de color rojizo constituido por un esfácelo o clavo. Se localiza fundamentalmente en zonas con abundantes folículos pilosos, fricción repetida y gran transpiración, como la cara, el cuello, las axilas y los glúteos, los localizados en el labio superior son de riesgo pues pueden complicarse con la trombosis del seno cavernoso. La obesidad, la edad avanzada, la corticoterapia, las alteraciones de los fagocitos y la diabetes mellitus favorecen su aparición.

El Ántrax a su vez se forma por la coalescencia de varios forúnculos contiguos ocasionando una tumefacción extensa y

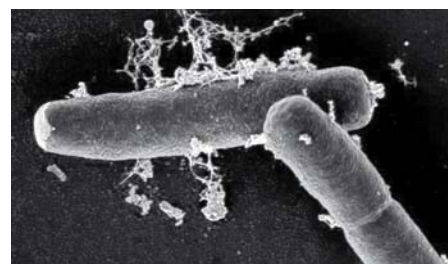
profunda, con abundantes orificios por los que se drena la supuración.

El germen causal más frecuente de la infección del folículo piloso es el *S. aureus*. También puede ser causada por *Pseudomona aeruginosa* y otros bacilos gram negativos.

Se asocian a la aparición de foliculitis factores como: diabetes, afeitado de la zona, depilación con cera, uso de ropa ajustada, apósitos adhesivos o prótesis, zonas de oclusión natural (axilas, pliegue submamario, región anogenital), administración de antibióticos o corticoides, exposición a aguas contaminadas en piscinas o baños calientes y personas portadoras de *S. aureus* nasales o perianales.

Objetivos del tratamiento:

- Alivio de los síntomas.
- Lograr el control de la infección.
- Evitar complicaciones locales, secuelas y episodios recidivantes



Bacilo de ántrax

Tratamiento no farmacológico:

- Lavar la piel con jabón antibacteriano, preparados de peróxido de benzoilo, iodopovidona, o clorhexidina. (Rec B)
- Lavado profundo de ropa y sábanas. Uso independiente de toallas y paños. (Rec B).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se indica en las tablas 5, 6 y 7.

Tabla 5. Tratamiento tópico para lesiones poco numerosas de foliculitis, furunculosis y ántrax^{7,8,9,10,11,12,13,14,15}

Medicamento	Tipo de tratamiento	Dosis (dosis máxima) y forma de aplicación	Duración
ácido fusídico o mupirocina ung.	1 ^{era} elección (Rec A)	3 aplicaciones /día (cada 8 horas)	durante 7-10 días. (Rec B)
clindamicina 1% gel (10 mg/g):	Alternativa (Rec C)	1-2 aplicaciones/día	durante 7-10 días.
eritromicina gel 4% x 30 g	Alternativa (Rec C)	1-2 aplicaciones/día	durante 7-10 días

Tabla 6. Tratamiento sistémico para lesiones numerosas de foliculitis, furunculosis y ántrax^{7,8,9,10,11,12,13,14,15}

Medicamento	Tipo de tratamiento	Dosis (dosis máxima) y forma de aplicación	Intervalo	Duración
cefalexina: (cap 500 mg) y (125 mg/5ml)	1 ^{era} elección (Rec A)	Adultos: 250 mg, VO Niños: 12 mg/kg/día	cada 6 horas	por 10 días
dicloxacilina: (cap 250 mg)	1 ^{era} elección (Rec A)	Adultos: 250 mg, VO Niños: 25 mg/kg/día, VO.	cada 6 horas	durante 7-10 días.
amoxicilina-sulbactam (tab 250 mg)	Alternativa (Rec C)	Adultos y niños mayores de 12 años: 500 mg, VO Niños menores de 12 años: 25 a 50 mg de amoxicilina, VO. Niños entre 6 y 8 kg de peso: 50-100 mg, VO.	cada 8 h	durante 7-10 días
oxacilina (cap 250 mg)	Alternativa (Rec C)	Adultos: 0,5 mg a 1 g (puede llegarse a 2 g en infecciones severas,) VO Niños: 50-100mg, VO	cada 4-6 h cada 6h	por 10 días.
clindamicina (tab 300 mg)	Alternativa (Rec A)	Adultos: 300-450 mg, VO Niños: 10-20 mg/kg/día	cada 8 horas	por 7 -10 días.



Tabla 7. Tratamiento para la prevención de las recidivas de foliculitis, furunculosis y ántrax ^{7,8,9,10,11,12,13,14,15}

Medicamento	Tipo de tratamiento	Dosis (dosis máxima) y forma de aplicación	Intervalo de administración	Duración
clindamicina (tab 300 mg)	1 ^{era} elección (Rec A)	Adultos: 150 mg diarios, VO. Niños: 10-20 mg/kg/día, VO	cada 8 horas	por 3 meses.
azitromicina (cap 250 mg) y (200 mg/5ml)	1 ^{era} elección (Rec. B)	Adultos: dosis única de 500 mg semanales, VO. Niños: 5 mg/kg/día, VO.	cada semana cada mes	por 3 meses.

Para el tratamiento del estafilococo meticilin resistente y pseudomona aeruginosa se recomiendan las pautas indicadas en la tabla 8.

Tabla 8. Tratamiento para la prevención de las recidivas de foliculitis, furunculosis y ántrax por gérmenes específicos. ^{7,8,9,10,11,12,13,14,15}

Medicamento	Tipo de tratamiento	Dosis (dosis máxima) y forma de aplicación	Intervalo de administración	Duración
Estafilococo aureus meticillin resistente (SAMR)				
Cotrimoxazol (tab 480 mg) y (120 mg/ 5 ml)	1 ^{era} elección (Rec B)	Adultos: 960 mg, VO	cada 12 h	Por 5 a 10 días.
		Niños de 6 a 12 años: 480 mg, VO. Niños de 6 meses a 5 años: 240 mg, VO	cada 8 horas	
clindamicina: (tab 300 mg)	Alternativa (Rec. B)	Adultos: 300-450 mg VO x 7 -10 días. Niños: 10-20 mg/kg/día ,VO	cada 8 horas	por 7 a 10 días.
Pseudomona aeruginosa				
levofloxacino (tab 500 mg)	1 ^{era} elección (Rec B)	Adultos: 250 – 500 mg diario, VO	cada 12 horas	por 7–10 días.
ciprofloxacina (tab 250 mg)	Alternativa (Rec C)	Adultos: 400 mg VO x . 7-10 días	c/8-12 h	por 7–10 días

5. Hidrosadenitis supurativa

La hidrosadenitis supurativa es la infección crónica de las glándulas apocrinas localizadas en axilas, genitales y región perianal, que previamente han sufrido un proceso obstructivo por tapones de queratina en los conductos glandulares. Aunque se trata de una queratosis previa sobreinfectada, se la incluye en esta sección por tratarse de un diagnóstico diferencial en procesos con localizaciones similares (adenitis axilar, gangrenas genitales y abscesos perianales). La consecuencia de la sobreinfección es el drenaje fluctuante y crónico con tractos fistulosos múltiples.

La etiología de esta entidad depende del área afectada, los gérmenes más frecuentemente aislados son: *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *E. coli*, *Proteus spp* y anaerobios. ⁽¹⁴⁾

Aunque se trata de una queratosis previa sobreinfectada, se la incluye en esta sección por tratarse de un diagnóstico diferencial en procesos con localizaciones similares (adenitis axilar, gangrenas genitales y abscesos perianales)



Higiene, factor esencial en el tratamiento y la profilaxis.

Es un tipo de infección a tener en cuenta ya que además de ocasionar problemas higiénicos y estéticos, la hidrosadenitis supurativa constituye una puerta de entrada para infecciones más graves como celulitis, bacteriemia y tétanos.

Esta entidad, según clasificación de Hurley, cuenta con varios estadios.

- Estadio I: Presencia de uno o más abscesos. No existen tractos fistulosos ni cicatrizaciones defectuosas.
- Estadio II: Existen abscesos separados uno de otros en forma recurrente.
- Estadio III: Múltiples abscesos, tractos fistulosos y cicatrices distróficas⁽¹⁶⁾

Objetivos del tratamiento

- Alivio de los síntomas.
- Lograr el control de la infección.
- Evitar complicaciones locales como sobreinfecciones y secuelas que incluyen tractos fistulosos.

Tratamiento no farmacológico (Rec. C) ^{17,18}

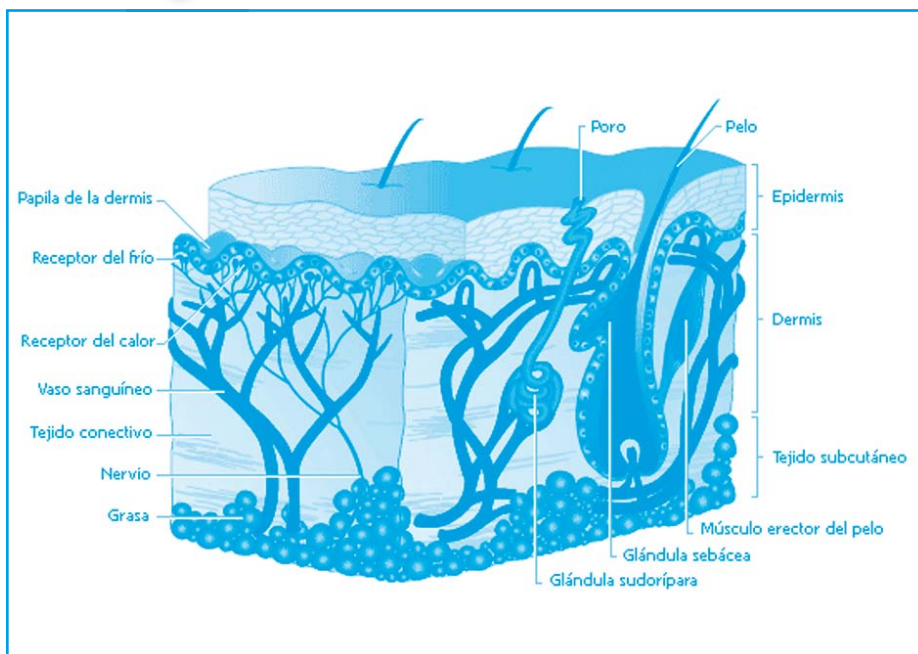
- Aseo local suave con jabón de limpieza.
- Disminuir el calor, sudoración, humedad y fricción en el área comprometida.
- Evitar sobrepeso, obesidad y dietas ricas en azúcares y lácteos.
- Evitar el tabaquismo
- Drenaje quirúrgico con técnica aséptica cuando proceda.

Tratamiento farmacológico ^{16,17,18}

El tratamiento farmacológico recomendado aparece reflejado en la tabla 9.

Contactos:

- www.cdfc.sld.cu/boletines-atencion-primaria-de-salud
- e-mail: bitfarmacoepidemiologia@msp.sld.cu



Estructura de la piel

Tabla 9. Tratamientos de la hidrosadenitis supurativa

Medicamento	Tipo de tratamiento	Dosis (dosis máxima) y forma de aplicación	Intervalo de administración	Duración
clindamicina 1% gel (10 mg/g):	1 ^{era} elección (Rec A)	1-2 aplicaciones/día. Tópico	Cada 12 o 24 horas	durante 7-10 días.
ácido fusídico o mupirocina ung:	Alternativa (Rec C)	3 aplicaciones /día. Tópico	Cada 8 horas	durante 7-10 días. (Rec B)
tetraciclina 250 mg. Para estadio I. (Puede emplearse también doxiciclina y minociclina.)	1 ^{era} elección (Rec A)	Adultos: 500 mg. VO.	Cada 12 horas	Durante 7-14 días (Rec C)
clindamicina: (tab 300 mg + rifampicina cap 300 mg) Para estadios II y III	1 ^{era} elección (Rec A)	Adultos: Clindamicina 300 mg VO + Rifampicina 600 mg VO	Clindamicina cada 12 horas Rifampicina 1 vez al día	por 10 semanas.
amoxicilina-sulbactam: (tab 250 mg)	Alternativa (Rec. C)	Adultos y niños mayores de 12 años: 500 mg, VO Niños menores de 12 años: 25 a 50 mg de amoxicilina, VO Niños entre 6 y 8 kg de peso: 50-100 mg, VO	cada 8 horas	por 7-10 días
cefalexina (cap 500 mg) y (125 mg/5 ml)	1 ^{era} elección (Rec. A)	Adultos: 250 mg, VO	cada 6 horas	por 10 días
		Adultos: 500 mg, VO	cada 8 horas	
		Niños: 12 mg/kg/día, VO	cada 6 horas	

6. Consideraciones finales para el tratamiento

Pacientes con IPPB que pueden ser tratados bajo control ambulatorio en atención primaria de salud.

- Aquellos pacientes con IPPB simples, siempre que la evolución pueda ser seguida en el plazo de 48-72 horas.
- Pacientes ingresados que después de 24-48 horas tienen mejoría clínico-humoral y podría procederse al alta a domicilio, contemplándose la posibilidad de continuidad de tratamiento en APS.

Pacientes con IPPB que deben ser remitidos a Atención Secundaria de Salud (ASS).

El criterio de ingreso radica fundamentalmente en la gravedad del proceso séptico, estado del paciente y en la imposibilidad de realizar un diagnóstico etiológico, tratamiento o seguimiento adecuado en la APS, considerando que se debe ingresar:

- Si la infección progresa después de 48-72 horas del tratamiento antibiótico establecido, sospechar, existencia de organismos resistentes o una afección más profunda.
- Aquellos que inicialmente presenten mal estado general, signos y síntomas de toxicidad sistémica o comorbilidad grave (inmunodepresión, diabetes mal controlada, hepatopatía, neumopatía o cardiopatía descompensadas)
- Aunque el estado general sea bueno y no haya enfermedades de base, si existen datos analíticos como: leucocitosis > 15.000 con desviación izquierda marcada, eritrosedimentación o PCR alterados, lo que pueden sugerir que el paciente deba ser monitorizado durante unas 24-48 horas.
- Los pacientes con sospecha de Infecciones necrotizantes o en shock séptico deben ser ingresados en unidades de cuidados intensivos y evaluados por el cirujano.
- Por razones de tipo psicosocial ¹

Nota: El tratamiento tópico es útil en casos leves (estadio I), se pueden emplear también para la vía sistémica la eritromicina y el metronidazol.



Clasificación de las evidencias y de las recomendaciones terapéuticas.

Las evidencias se clasifican en:

- **Nivel I** (datos procedentes de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, meta análisis y revisiones sistemáticas),
- **Nivel II** (resultados de estudios de cohorte, estudios de casos y controles), y
- **Nivel III** (información basada en estudios no controlados o por consenso de expertos).

Las recomendaciones (Rec.) se clasifican en:

- **Buena (A)**, basada en el nivel I de la evidencia;
- **Regular (B)**, basada directamente en el nivel II o extrapolada del nivel I, y
- **Mala (C)**, basada directamente del nivel III de la evidencia o extrapolada del nivel II.

Bibliografía

1. Sánchez U, Peralta G. Infecciones de partes blandas: Nomenclatura y clasificación. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21:196-9.
2. *DynaMed* [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing. 2010 – .Record No. 113862, review of skin and soft tissue infections in immunocompetent patients; [updated 2010 Jul 14; cited 2012 Jan 23]; [about 24 screens]. Available from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=113862>. Registration and login required.
3. Díaz Martínez E. Impétigo. (en línea) (fecha de acceso 28 de enero de 2012). URL disponible en: (www.fisterra.com/guias2/impetigo.htm)
4. Rodríguez-Baño J, Cisneros JM, Moreno I, et al. Documento de consenso sobre el manejo de las infecciones causadas por *S. aureus* resistente a metilicina en adultos. <http://saei.org>.
5. Common skin infections in children. *BMJ*. 2004 Aug 14;329(7462):403.(PubMed).
6. Diagnosis and treatment of impetigo. *Am Fam Physician*. 2007 Mar 15; 75 (6):859-64(PubMed).
7. Arroyo Nieto A, Lozano Serrano AB, Hidalgo Conde A, Salgado Ordóñez F, Verdugo Carballeda JM. Documento de consenso sobre infecciones de piel y partes blandas. Avance en enfermedades infecciosas. Volumen 8, suplemento 3 _ 2007. Disponible en <http://www.saei.org/>
8. Gilbert D N, Moellering R C, Eliopoulos G M, Sande M A. The Sanford Guide to antimicrobial therapy. 37 th edition. Antimicrobial Therapy, Inc. 2007. p. 47-49.
9. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento de las enfermedades infecciosas. Cuarta edición. Washington, D. C.:OPS.2009. p. 68-70.
10. Swartz M. Cellulitis. *NEJM*. 2004;350(9): 904-911.
11. Morris A. Cellulitis and erysipelas. *Clin Evid* 2006; 15:2207-11.
12. Guía terapéutica de las infecciones de piel y tejidos blandos. *Rev Esp Quimioterap* 2007; 19:1-17.
13. Stevens DL, Bisno A et al. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft-Tissue Infections; *IDSAGuidelines*. *Clin Infect Dis* 2005;41:1373-406.
14. Consenso SADI-SAM-SAD-CAC-CVE. Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas – Parte II. *Rev Panam Infectol* 2009;11(3):47-62.
15. Consenso SADI-SAM-SAD-CAC-CVE. Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas – Parte I. *Rev Panam Infectol* 2009;11(3):49-65
16. Jemec GB, Wendelboe P. Topical clindamycin versus systemic tetracycline in the treatment of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 1998; 39: 971- 4.
17. Pedraz J, Dauden E. Manejo práctico de la hidrosadenitis supurativa. *Actas dermosifiliogr*. 2008; 99: 101-10.
18. Danby FW; Margesson L. Hidradenitis suppurativa. *Dermatol Clin*. 2010; 28: 779-93.
19. Gener G, Canoui-Poitrine F, Revuz JE, Faye O, Poli F, Gabison G, Pougnet F, Viallette C, Wolkenstein P, Bastuji-Garin S. Combination therapy with clindamycin and rifampicin for hidradenitis suppurativa: a series of 116 consecutive patients. *Dermatology*. 2009;219(2):148-54.

Autores del boletín:



- Dra. López Leyte, Midsay Especialista en Farmacología
- Dr. Calzadilla Moreira, Vladimir Especialista en Ortopedia y Traumatología
- Dr. Hernández Núñez, Alfredo Especialista en Pediatría
- Lic. en Enfermería Tase Martínez, María J.
- Dra. Broche Villareal, Lourdes Especialista en MGI

Comité editorial:

- Dra. Calvo Barbado, Dulce Especialista en Farmacología
- Dr. Furones Mourelle, Juan Antonio Especialista en Farmacología
- Dr. Pérez Peña, Julián Especialista en Administración de Salud
- Dra. Alfonso Orta, Ismary Especialista en Farmacología
- Dra. Jiménez López, Gisela Especialista en Farmacología
- Dra. Cruz Barrios, María Aida Especialista en Farmacología
- Dr. Sansó Soberats, Félix Especialista en MGI
- Dra. Delgado Martínez, Ibis Especialista en Medicina Interna
- Dra. López Leyte, Midsay Especialista en Farmacología
- Dr. Hernández Núñez, Alfredo Especialista en Pediatría
- Dra. Pérez Barrena, Elisa Especialista en MGI
- Dr. Francisco Martínez, Wilfredo Especialista en MG
- Lic. Álvarez Corredera, Mayra Licenciada en Farmacia

Comité Asesor:

- Lic. en Farmacia Debesa García, Francisco
- Ing. Lara Bastanzuri, Cristina Master en Economía de la Salud
- Dra. Rodríguez Piñero, Deborah Especialista en Administración de Salud
- Dra. Piloto, Mercedes Especialista en Ginecoobstetricia

Coordinadora del Boletín:

- Dra. Calvo Barbado, Dulce Especialista en Farmacología bitfarmacoepidemiologia@msp.sld.cu

Diseño Gráfico y Maquetación:

- Di. OLANO
Colaboración ACCS-Habana

Contactos:

- www.cdfc.sld.cu/boletines-atencion-primaria-de-salud
- e-mail: bitfarmacoepidemiologia@msp.sld.cu