



Semana de  
**Congresos y  
Jornadas Nacionales**



# Infecciones bacterianas de la piel

Dra. Rosana M. Flores.  
Dermatóloga del Hospital Británico de Buenos Aires



# Infecciones bacterianas



- La piel es la primera barrera del organismo frente a los agentes externos
- Las infecciones cutáneas son uno de los motivos más frecuente de la consulta en Pediatría.
- Factores de riesgo:
  - Deterioro de la integridad de la piel.
  - Falta de higiene.
  - Hacinamiento y humedad.
  - Inmunodeficiencias.

# Infecciones bacterianas



Los organismos aislados en IPPB:

< 12 meses	{	S.aureus (85.4%)
		SBHGA (3.4%)
		Proteus mirabilis y pseudomonas
1-5 años	{	S.aureus ( 84%)
		SBHGA (3%)
		HiB
6-15 años	{	S. aureus (76.4%)
		SBHGA (5.8%)

# SAMR-c



- Primeros reportes SAMR-c : 2003.
- Argentina: en estudios multicentricos, el porcentaje de meticilino resistencia de *S.aureus* de la comunidad oscila entre 42% y 60-70%.
- Sexo masculino en edad escolar.
- Absesos localizados.
- TMS baja resistencia (1%), clindamicina (9%) y vancomicina

Arch Argent Pediatr 2008; 106(5):397-403  
Arch Argent Pediatr 2016; 114(6): 508-513

# Infecciones bacterianas



INFECCIONES  
CUTÁNEAS

Y DE

TEJIDOS  
BLANDOS

**NO PURULENTAS**

**PURULENTAS**

# Impétigo



- Es infección cutánea mas frecuente en la practica ambulatoria.
- Puede aparecer a cualquier edad (niños 2-5 años). Climas tropicales o subtropicales y en climas cálidos en verano.
- Costroso o ampollar.
- *Staphylococcus aureus* y *Sreptococcus pyogenes*

# Impétigo



- Comienza en un área con traumatismo previo (picaduras de insectos o abrasiones)
- Vesiculopustulas que al romperse da lugar a la formación de costras melicéricas.
- Lesiones múltiples en áreas expuestas: en cara (perioral), cuero cabelludo, extremidades.



Semana de  
Congresos y  
Jornadas Nacionales





Semana de  
Congresos y  
Jornadas Nacionales



Semana de  
Congresos y  
Jornadas Nacionales

# Impétigo ampollar



- Neonatos y niños pequeños
- *Staphylococcus aureus* (toxina epidermolítica)
- Lesiones ampollares superficiales agrupadas de paredes lisas con contenido transparente → turbio  
Se rompen fácilmente → superficie erosiva con una costra fina.



Semana de  
Congresos y  
Jornadas Nacionales





# Ectima



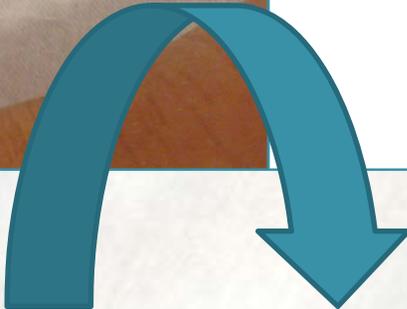
- Infección profunda de la piel que compromete la dermis.
- *Streptococcus pyogenes*
- Raro en niños sanos
- Miembros inferiores
- Úlcera costrosa de bordes sobreelevados que se cubre de una escara negruzca. Rodeada de un extenso edema no depresible.



Semana de  
Congresos y  
Jornadas Nacionales



**Antibióticos orales**



# Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America

Dennis L. Stevens,<sup>1</sup> Alan L. Bisno,<sup>2</sup> Henry F. Chambers,<sup>3</sup> E. Patchen Dellinger,<sup>4</sup> Ellie J. C. Goldstein,<sup>5</sup> Sherwood L. Gorbach,<sup>6</sup> Jan V. Hirschmann,<sup>7</sup> Sheldon L. Kaplan,<sup>8</sup> Jose G. Montoya,<sup>9</sup> and James C. Wade<sup>10</sup>

- Agua Blanca del Códex 3 veces/día
- Mupirocina /Ac. Fusídico 3 veces/d
- Cefalexina 50-100 mg/kg/d  
Clindamicina 30 mg/ kg/d  
TMS 8-12mg/kg/d  
(7-10 días).

Las mejoras de las condiciones medioambientales y de higiene son fundamentales para evitar su aparición y prevenir sus recurrencias

# Celulitis



- Infección aguda y progresiva de la piel que involucra la dermis y los tejidos subcutáneos.
- *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* (menos frec).
- *SAMR-c* (50%).
- En celulitis facial: *Streptococcus pneumoniae* , *Haemophilus influenzae* tipo B.

# Celulitis



**Factores predisponentes:** Interrupción de la barrera cutánea

- dermatitis atópica
- infecciones: herpes, impétigo, forúnculo, varicela.
- Traumatismo y heridas.
- Intertrigo
- Picaduras , etc.

# Celulitis



- Placa eritematosa con márgenes pocos definidos, caliente y dolorosa.
- Puede presentar flictenas, petequias o necrosis local.
- Puede acompañar linfadenopatía regional, linfangitis y síntomas sistémicos (fiebre, escalofríos y mialgias)
- Extremidades, cara.
- Diagnostico clínico



Semana de  
Congresos y  
Jornadas Nacionales

# Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America

Dennis L. Stevens,<sup>1</sup> Alan L. Bisno,<sup>2</sup> Henry F. Chambers,<sup>3</sup> E. Patchen Dellinger,<sup>4</sup> Ellie J. C. Goldstein,<sup>5</sup> Sherwood L. Gorbach,<sup>6</sup> Jan V. Hirschmann,<sup>7</sup> Sheldon L. Kaplan,<sup>8</sup> Jose G. Montoya,<sup>9</sup> and James C. Wade<sup>10</sup>



- HMC.
- Aspiraciones con aguja fina.
- Biopsias.
- Hisopados.

En pacientes :

- en tto con quimioterapia.
- neutropenia.
- inmunodeficiencia severa.

# Tratamiento



- Cefalexina 50-100 mg/kg/día cada 6-8 hs  
Cefuroxime 30 mg/kg/día cada 12 hs (H. influenzae)
- **SAMR-c:**  
Clindamicina 30-40 mg/kg/día cada 8 hs o  
TMS 8-10 mg/kg/día cada 12 hs + amoxicilina
- **Paciente con estado tóxico, bacteriémico o múltiples focos de infección:**  
Internación y Vancomicina EV  
Total: 10-14 días.

# Erisipela



- Infección aguda de la piel, no necrosante, que afecta la dermis superficial, con marcado compromiso de los vasos linfáticos subyacentes.
- *Sreptococcus pyogenes* del grupo A (SBHGA), grupo C y G.  
*Grupo B o S.aureus.* (menos frec)
- Población de mayor riesgo:
  - Lactantes y ancianos.
  - DBT
  - Traumatismos.
  - Insuf. venosa periférica.
  - inmunodepresión.

# Erisipela



- Placa rojo brillante, dolorosa y edematosas "piel de naranja" con bordes nítidos.  
Puede presentar ampollas, hasta necrosis localizada.
- Linfangitis y linfadenopatía local (46%).
- 70-80% miembros inferiores, 15-20% en cara
- Fiebre elevada y escalofríos



# Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America

Dennis L. Stevens,<sup>1</sup> Alan L. Bisno,<sup>2</sup> Henry F. Chambers,<sup>3</sup> E. Patchen Dellinger,<sup>4</sup> Ellie J. C. Goldstein,<sup>5</sup> Sherwood L. Gorbach,<sup>6</sup> Jan V. Hirschmann,<sup>7</sup> Sheldon L. Kaplan,<sup>8</sup> Jose G. Montoya,<sup>9</sup> and James C. Wade<sup>10</sup>

- HMC.
- Aspiraciones cutáneas.
- Biopsias.
- Hisopados.

En pacientes :

- en tto con quimioterapia.
- neutropenia.
- inmunodeficiencia severa.

# Tratamiento



- 1era elección: Penicilina G cristalina acuosa:  
250000 a 400000 U/Kg/día cada 6 hs.  
Alérgicos: Eritromicina 30-50 mg/kg/día.
- *S.Aureus* confirmado o no mejoría con Penicilina:  
Cefalosporina, Clindamicina.
- Con empeoramiento: Vancomicina 40-60 mg/kg/día  
cada 6-8 hs EV

# Infecciones bacterianas



INFECCIONES  
CUTÁNEAS

Y DE

TEJIDOS  
BLANDOS

**NO PURULENTAS**

**PURULENTAS**

# Forunculosis y carbunco



- Forúnculo nódulo eritematoso, doloroso que drena pus de forma espontánea. Síntomas sistémicos infrec.
- Carbunco (antrax) placa roja caliente formada por varios forúnculos interconectados que drenan por múltiples bocas. Se acompaña de síntomas sistémicos como fiebre.
- Zonas de fricción y transpiración: parte alta del cuello, axilas y glúteos.

→ *Staphylococcus aureus* (SAMR-c)



# Tratamiento



- Compresas tibias
- Si hay síntomas sistémicos:  
Cefalexina 50-100 mg/kg/día  
**SAMR-c:** Clindamicina o TMS
- Drenaje quirúrgico: sino drena en forma espontanea.

# Absceso



- Colección de pus entre la dermis y al tejido subcutáneo.
- Factores de riesgo: Portación nasal y/o cutánea de *Staphylococcus aureus*.
- Nódulo rojo doloroso con edema y adenopatías regionales. No surgen de folículos pilosos.
- Drenaje de material purulento.
- Los síntomas sistémicos son infrecuentes. Excepto que se acompañe de celulitis.



# Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America

Dennis L. Stevens,<sup>1</sup> Alan L. Bisno,<sup>2</sup> Henry F. Chambers,<sup>3</sup> E. Patchen Dellinger,<sup>4</sup> Ellie J. C. Goldstein,<sup>5</sup> Sherwood L. Gorbach,<sup>6</sup> Jan V. Hirschmann,<sup>7</sup> Sheldon L. Kaplan,<sup>8</sup> Jose G. Montoya,<sup>9</sup> and James C. Wade<sup>10</sup>

## Recomendación:

Hemocultivos

Cultivo y sensibilidad (aspiraciones o hisopados o biopsias cutáneas)

# Tratamiento



- Incisión y drenaje: **de elección**  
niños sanos con abscesos < 5 cm de diámetro.
- Antibióticos orales:
  - Absceso no apto drenaje.
  - Presencia de celulitis periférica significativa o con síntomas sistémicos.
  - Inmunocomprometidos.
  - Niños con otros fact. de riesgo.

# Tratamiento



ATB con cobertura de SAMR-c:

- Clindamicina 30 mg/kg/día cada 8 hs vo.  
40 mg/kg/día cada 8 hs ev.
- TMS 8-10 mg/kg/día cada 12 hs vo.

Otros: cefalexina, eritromicina, claritromicina, azitromicina, amoxicilina-clavulanico.

# Tratamiento de abscesos recurrentes

- Debe drenarse y realizar cultivo del material.
- Tratamiento con antibiótico específico para el agente aislado. 5-10 días .
- Descolonización: Mupirocina intranasal 5 días 2 veces x día + baños diarios con chlorhexidina.

# Dermatitis perianal bacteriana

- Eritema alrededor del ano.
- *Streptococcus pyogenes*, (S. aureus o ambos).
- 3-5 años.
- Varones (70%).
- Antec. personales o de convivientes: faringoamigdalitis aguda o infección cutánea en los últimos 3 meses.

# Dermatitis perianal bacteriana

- Fase aguda: (< de 6 sem de evolución)  
Eritema no elevado, brillante , húmedo y doloroso de 2-3 cm alrededor del ano, de bordes bien delimitados.
- Prurito, defecación dolorosa, estreñimiento, incontinencia por rebosamiento, hematoquesia y fisuras.
- Balanopostitis o vulvovaginitis con secreción y disuria.
- No síntomas generales.
- Fase crónica: fisuras dolorosas, secreción mucosa o placas psoriasiformes con costra periférica amarillenta.

# Dermatitis perianal bacteriana

- Transmisión :
  - ✓ Autoinoculación
  - ✓ Contagio intrafamiliar
- Diagnostico clínico y confirmación bacteriológica anal y faríngeo.
- Estudiar a convivientes sintomáticos para evitar recurrencia.

# Tratamiento



- Penicilina.
- Amoxicilina.
- Eritromicina

Duración: 10 días (hasta 14-21 d).

- Asociación con mupirocina o ácido fusídico ( menos recidivas).
- Recurrencias: Cefuroxima 7-10 días



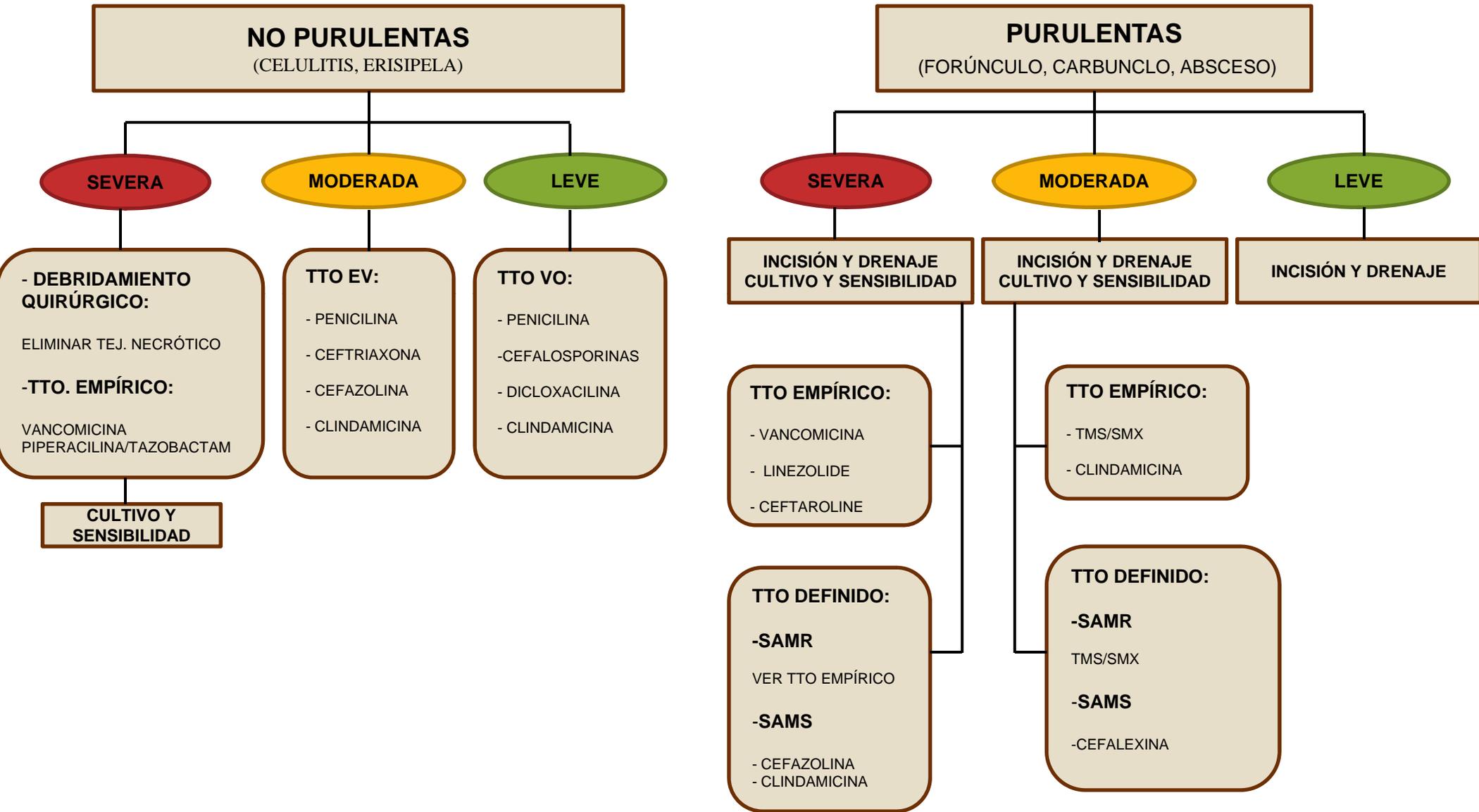




**MUCHAS GRACIAS**



# MANEJO DE INFECCIONES CUTÁNEAS Y TEJIDOS BLANDOS



# Recurrent Toxin-Mediated Perineal Erythema

## *Eleven Pediatric Cases*

Annalisa Patrizi, MD; Beatrice Raone, MD; Francesco Savoia, MD; Giampaolo Ricci, MD; Iria Neri, MD

**Background:** Recurrent toxin-mediated perineal erythema is a cutaneous disease mediated by superantigens made by staphylococci and streptococci, which, to our knowledge, has only been reported in young adults. We describe recurrent toxin-mediated perineal erythema in 11 children and outline the differences between recurrent toxin-mediated perineal erythema and Kawasaki disease in this age range.

**Observations:** Eleven children (7 male and 4 female) presented with the sudden appearance of asymptomatic erythema, which was salmonlike in color and rapidly desquamating, involving the perineum in 10 patients and extending to the perianal area in 1 patient. At the onset of the rash, all patients were in good health, although 9 had mild fever for 1 to 2 days before its appearance. Physical examination also revealed an erythema of the hands

and feet in 4 patients and strawberry tongue in 7. Two patients had a facial impetigo, and another showed a perianal streptococcal dermatitis. A group A  $\beta$ -hemolytic streptococcus was isolated from the throat in 10 cases and from a perianal culture in 1 case. In 8 cases, resolution was spontaneous, but all patients were treated with systemic antimicrobial therapy for 10 days. Three patients had a personal history of cutaneous rashes on the perineal area during the last years before consultation. Rash recurrence was observed in 3 of the 11 patients at the follow-up examination.

**Conclusion:** Recurrent toxin-mediated perineal erythema can be observed not only in young adults but also in childhood

*Arch Dermatol.* 2008;144(2):239-243

