



INFECCIONES DE PARTES BLANDAS ORIGEN BACTERIANO(IPB)

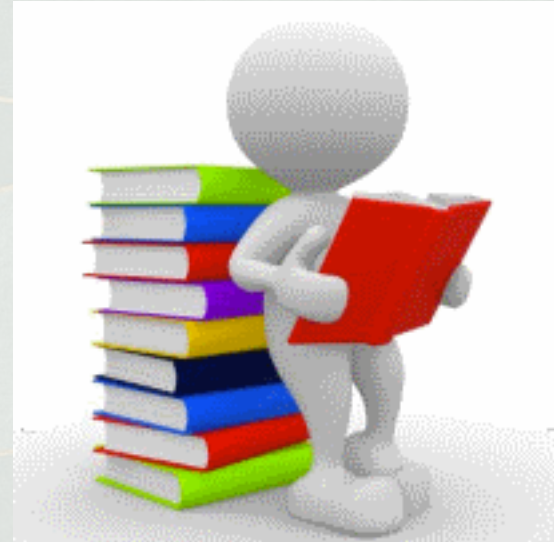
Dra. Alexis Strickler – Docente USS

Dra. Alexandra Uherek – Residente Pediatría

14/09/2021

HOJA DE RUTA

- Introducción.
- Epidemiología infecciones partes blandas (IPB).
- Microbiología IPB.
- Factores de riesgo.
- Evaluación y proceso diagnóstico.
- Clasificación IPB.
- Estudio complementario.
- Diagnóstico diferencial.
- Tratamiento.
- Complicaciones.
- Conclusiones.



INTRODUCCIÓN IPB

- **Infecciones bacterianas más comunes** en niños (25% APS +SU).
- IPB corresponden a un grupo **heterogéneo** de patologías infecciosas de **diagnóstico clínico** y generalmente **tratamiento empírico**.
- **Staphylococcus Aureus y Streptococcus Pyogenes** son las causas más comunes de IPB.
 - S. Aureus: más frecuente IPB Fluctuantes / Purulentos (abscesos).
 - S. Pyogenes: dominante IPB No Purulentas (celulitis / erisipela).



EPIDEMIOLOGÍA

EDAD

- Celulitis: + adultos mediana edad y ancianos.
- Erisipela: + niños pequeños y ancianos.

ESTACIONALIDAD

- IPB + frecuencia meses cálidos.

INCIDENCIA

- Incidencia celulitis 200/100.000/año.

S. AUREUS



- 25-40% pacientes colonizados S. Aureus.
- Aumento incidencia: aparición MRSA.
 - Hospitalizaciones IPB se duplicaron: 1997: 0,46% v/s 2009: 1,01%).
 - Aumento consultas urgencias: 1993: 1,2 mill v/s 3,4 mill

2005.

S. PYOGENES



- Germen mas frecuente en IPB ++.
- Germen frecuente en fascitis necrotizante: en aumento en USA y el resto del mundo.

MICROBIOLOGÍA IPB

IPB Purulentas / Fluctuantes (Abscesos, Furúnculos, Antrax, Impétigo, Foliculitis):

- Suelen ser por *S. aureus* (75% abscesos).
- Multipatógenos (*S. aureus* + *S. Pyogenes* + BGN + anaerobios): abscesos perioral, perirrectal o vulvovaginal.

IPB No Purulentas/ No Fluctuante (Celulitis y Erisipela):

- **Celulitis:** generalmente *S. Pyogenes* (SGA) y otros beta-hemolíticos (B, C, G y F) 73%. Menos frecuente: *S. aureus* (FR MRSA), *Haemophilus influenzae* tipo b (celulitis bucal), clostridios y anaerobios (celulitis crepitante), *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.
- **Erisipela:** suele ser por *estreptococo* beta-hemolítico.



Inmunodeprimidos: espectro MO más amplio!



Mordeduras: Pasteurella!

PATOGENESIS: FACTORES RIESGO

PATOGENESIS: Equilibrio entre virulencia MO y Defensas huésped



FACTORES DE RIESGO:

- **Lesión piel:** abrasión, herida, úlcera por presión, úlcera venosa pierna, picadura insecto, cirugías.
- **Inflamación piel:** eccema, radioterapia, psoriasis, intertrigo dedos pies, tinea pedis, varicela.
- **Edema:** drenaje linfático, Sd. Nefrótico, ICC, insuf. venosa.
- **Obesidad.**
- **Inmunosupresión:** IDP, DM, VIH.
- **Contacto con infección o portador SAMR.**

Risk factors for community-associated and community-onset health care-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection in children and adolescents

Community-associated MRSA infection

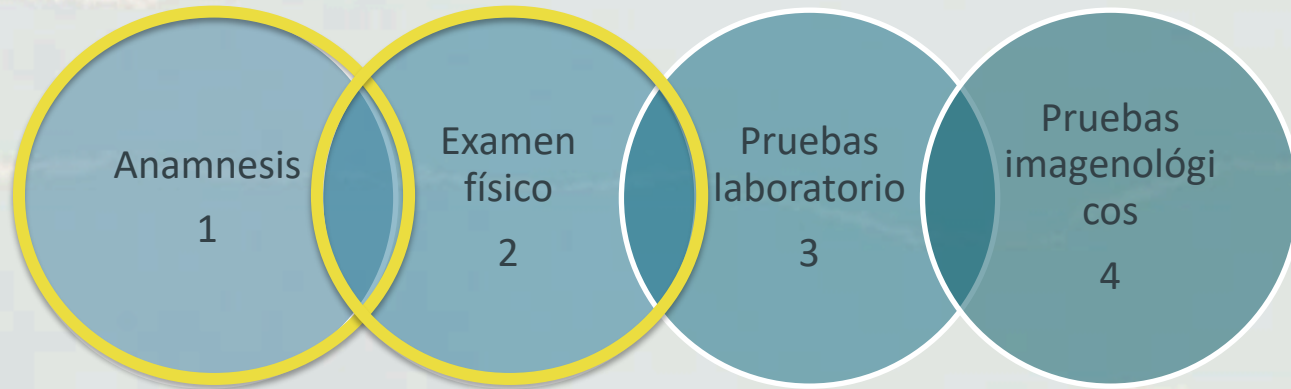
- Living in a community in which $\geq 15\%$ of community *S. aureus* isolates are MRSA
- History of boils (furuncles) or abscesses in patient or close contact
- History of MRSA infection or colonization in patient or close contact
- Day care attendance
- Skin trauma (eg, "turf burns," lacerations, abrasions, cosmetic body shaving, body piercing, tattoo placement)
- Crowded living conditions
- Frequent skin-to-skin contact
- Sharing potentially contaminated personal items (eg, razors, towels) or sports equipment
- Challenges in maintaining personal cleanliness or hygiene
- Limited access to health care
- Frequent exposure to antimicrobial agents

Community-onset health care-associated MRSA infection

- Invasive device
- History of health care-associated MRSA infection
- Surgery hospitalization, dialysis, or residence in long-term care facility in previous 12 months
- Chronic disease (other than asthma or eczema)
- Antibiotic use in the previous six months
- Tympanostomy tube for recurrent otitis media
- Day care attendance
- Household contact with identified risk factor
- Age <2 years

MRSA: methicillin-resistant *S. aureus*.

PROCESO DIAGNÓSTICO



Diagnóstico es CLINICO...

Anamnesis
1

PROCESO DIAGNÓSTICO

Forma inicio? Síntomas asociados: prurito- fiebre-dolor? Picadura? Trauma?.

Alergia ATB?.

MRSA prevalencia $\geq 15\%$?.

Mordeduras humanos o animales: infección polimicrobiana.

Historial de viaje: patógenos endógenos.

Exposición agua: *Aeromonas* o *Mycobacterium marinum*.

Lesiones traumáticas sucias: polimicrobianas, incluidas bacterias y hongos.

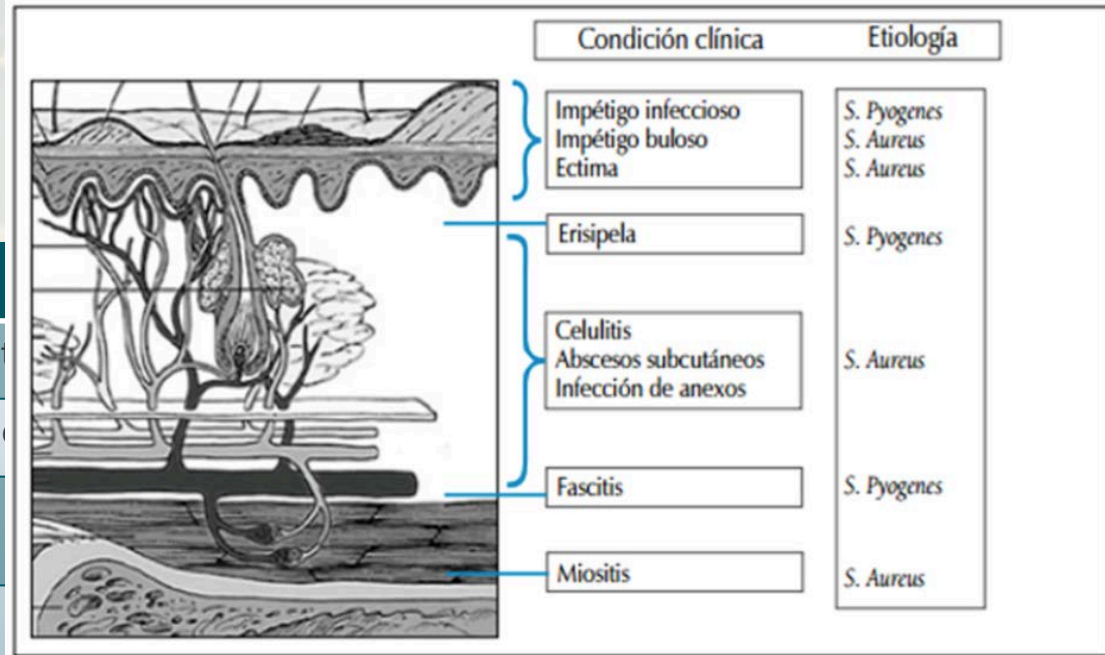
Enfermedades crónicas? Inmunodeficiencia?: *Pseudomonas aeruginosa* (neutropénicos).

PROCESO DIAGNÓSTICO

Examen físico
2

-
-

Afecto
Suelo



febre > 38 °
maño IPB).

músculo
nicos.
ena (sitio

PROCESO DIAGNÓSTICO

Absceso

Foliculitis

Forúnculo

Ántrax

Impétigo

Celulitis

Erisipela

Ectima

Hidrosadenitis

Paroniquia

Dactilitis

Fascitis
necrotizante

Piomiositis

Sd. Shock
tóxico

Sd. Piel
Escaldada

1. CLASIFICACIÓN IPB: ABSCESO

- **Definición:** acumulaciones localizadas de pus en cavidades formadas por necrosis o desintegración de tejido dentro de la dermis y grasa subcutánea.
- **Examen Físico:** nódulos dolorosos y sensibles que progresan a pústulas protuberantes fluctuantes, rodeadas por borde edematoso eritematoso.
- **Ubicación:** posterior del cuello, cara, axilas y nalgas.
- **MO:** ++ S. Aureus.

Skin abscess



2. CLASIFICACIÓN IPB: HIDROSADENITIS

- **Definición:** glándula sudorípara inflamada con pus que luego de tratamiento puede quedar con zona cicatricial.
- **FR:** adolescentes obesos.
- **Ubicación:** axila → glándula sudorípara.
- **MO:** ++ S. Aureus.



3. CLASIFICACIÓN IPB: FOLICULITIS

- **Definición:** IPB superficial de los folículos pilosos con material purulento en epidermis. Evidenciando grupos de pápulas o pústulas eritematosas.
- **Examen Físico:** Pápulas y pústulas dolorosas pueden fusionarse en placas.
- **Ubicación:** ++ cuero cabelludo, extremidades, perioral, paranasal, áreas propensas a humedad y fricción (axilas o muslos región medial).
- **MO:** ++ S. Aureus.

Staphylococcal folliculitis



Staphylococcal folliculitis



Small, inflammatory papules and pustules.

UpToDate

and pustules are present on

4. CLASIFICACIÓN IPB: FORÚNCULO

- **Definición:** infección del folículo piloso con material purulento se extendido de la dermis al tejido subcutáneo, formando un pequeño absceso.
- **Examen Físico:** abscesos dolorosos de cualquier parte de piel con vello. Pueden evolucionar con cicatrices.
- **Ubicación:** frecuente en adolescentes → mayor frecuencia: cuero cabelludo, nalgas o extremidades.
- **MO:** ++ S. Aureus.



5. CLASIFICACIÓN IPB: ÁNTRAX O CARBUNCO

- **Definición:** fusión de varios folículos inflamados en una sola masa inflamatoria con drenaje purulento de múltiples folículos en la epidermis.
- **Examen Físico:** A menudo presentan fiebre, síntomas sistémicos y las lesiones suelen curar dejando cicatrices.
- **Ubicación:** comúnmente en piel engrosada como la nuca, espalda o muslos.



Carbuncle, which is a series of abscesses in the subcutaneous tissue that drain via hair follicles.

Reproduced with permission from: Berg D, Worzala K. Atlas of Adult Physical Diagnosis. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. Copyright © 2006 Lippincott Williams & Wilkins.

6. CLASIFICACIÓN IPB: IMPÉTIGO

Definición: IPB común y contagiosa, con compromiso superficial de epidermis, evolucionando con pápulas a vesículas, pústulas y costras.

- Incidencia +2 a 5 años.
- Colonización piel (*S. Pyogenes*) o narinas (*S. Aureus*) → previo impétigo.
- Síntomas sistémicos ausentes.
- Complicación impétigo estreptocócico (2-5%): glomerulonefritis postestreptocócica.

Examen Físico:

- Impétigo no ampolloso (70% impétigos) → ++ *S. Aureus*, y *S. Pyogenes*.
- Impétigo buloso: → cepas productoras toxinas *S. Aureus*.

- **Ubicación:** áreas expuestas cuerpo (cara y extremidades).



7. CLASIFICACIÓN IPB: CELULITIS

- **Definición:** IPB de dermis y tejidos subcutáneos → Estreptococos, suelen dar infecciones de diseminación difusa, mientras que S. Aureus tiende a ser más localizada, rodeando una lesión purulenta.
- **Examen Físico:** edema, dolor, sensibilidad, calor, eritema con márgenes irregulares.
- **Ubicación:** ++ extremidades inferiores.
- **Celulitis localizaciones especiales:**
 - Celulitis perianal → S. Pyogenes.
 - Celulitis preseptal → S. Pyogenes o S. Aureus.
- **MO:** S. Pyogenes y S. Aureus (MRSA en aumento).



8. CLASIFICACIÓN IPB: ERISIPELA

- **Definición:** IPB dolorosa y bien delimitada de la dermis que afecta a los linfáticos cutáneos.
- **Examen Físico:** lesión abrupta e intensamente eritematosa solevantada con bordes delimitados, asociado a fiebre, adenopatías y linfangitis. Puede tener vesículas, ampollas, equimosis, petequias o piel de naranja.
- **Ubicación:** ++ piernas o cara.
- **MO:** ++ S. Pyogenes, estreptococos B, C, G o S. Aureus.

Erysipelas of the leg



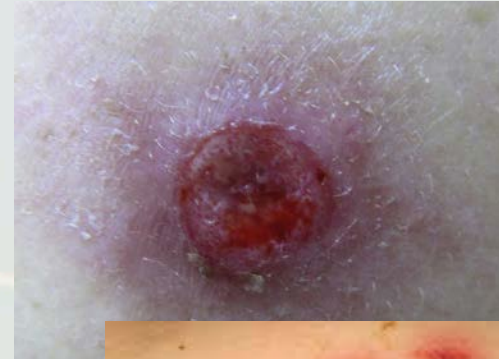
Erysipelas of the lower leg. The rash is intensely red, sharply demarcated, swollen, and indurated.
Reproduced with permission from: Berg D, Worzala K. Atlas of Adult Physical Diagnosis. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. Copyright © 2006 Lippincott Williams & Wilkins.

DIFERENCIAS ERISIPELA Y CELULITIS

	Celulitis	Erisipela
Compromiso piel	Dermis - Hipodermis	Epidermis y dermis superficial
Bordes	Limites imprecisos	Bordes bien delimitados
Eritema	Discreto	Intenso
Lesión solevanta?	NO	SI
Inicio	Subagudo	Agudo
Síntomas sistémicos	+/-	++
Etiología	S. Aureus, S. Pyogenes	S. Pyogenes

9. CLASIFICACIÓN IPB: ECTIMA

- **Definición y Examen Físico:** IPB ulcerosa y profunda, parecida inicialmente al impétigo, pero progresa a una penetración más profunda en la dermis, evolucionando a una úlcera costrosa de hasta 4 cm de diámetro con escara y márgenes elevados.
- **Complicaciones:** linfangitis, celulitis, glomerulonefritis postestreptocócica, progresión de ectima típico a gangrenoso → diseminación sistémica → múltiples lesiones: vasculitis bacteriana necrosante (*Pseudomonas aeruginosa* y *S. Aureus*)
- **Ubicación:** ++ piernas: asociación con traumas, picaduras de insectos o sarna.



10. CLASIFICACIÓN IPB: PARONIQUIA

- **Definición:** infección del pliegue de tejido que rodea una uña 2ª traumatismo que facilita la entrada de bacterias.
- **FR:** dermatitis, morderse uñas y chuparse el dedo.
- **Examen Físico:** eritema, edema y dolor a la palpación del pliegue ungueal que puede extenderse por debajo de la uña y supurar.
- **MO:** Paroniquia aguda + *S. Aureus*. Paroniquia crónica: *Cándida spp.*



11. CLASIFICACIÓN IPB: DACTILITIS

- **Definición y Examen Físico:** es una una bulla tensa, no dolorosa, con una base eritematosa que afecta la almohadilla grasa palmar distal de las falanges.
- Síntomas sistémicos generalmente ausentes.
- **Ubicación:** dedos manos.
- **MO:** S. Pyogenes (con menos frecuencia por S. Aureus).



12. CLASIFICACIÓN IPB: FASCITIS NECROTIZANTE

- **Definición:** infección profunda de la fascia que causa dolor intenso y fiebre.
- **Afectación:** infección de la fascia que causa toxicidad sistémica.
- **Emergencia quirúrgica:** requiere cirugía urgente.
- **MO:** Staphylococcus aureus y Streptococcus pyogenes.
- **→30%**

Box 1

Clinical features suggesting deep necrotizing infection

- Severe, excruciating pain
- Wooden-hard feel of lesion
- Systemic toxicity: fever, leukocytosis, thrombocytopenia, hypotension/shock, altered mental status, renal failure
- Presence of bullae (related to occlusion of deep blood vessels)
- Ecchymosis preceding skin necrosis
- Presence of gas in soft tissues detected by palpation (crepitus) or imaging
- Edema extending beyond the margin of erythema
- Cutaneous anesthesia
- Rapid spread despite initiation of appropriate antibiotic therapy

Data from Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis 2005;41(10):1373-40.

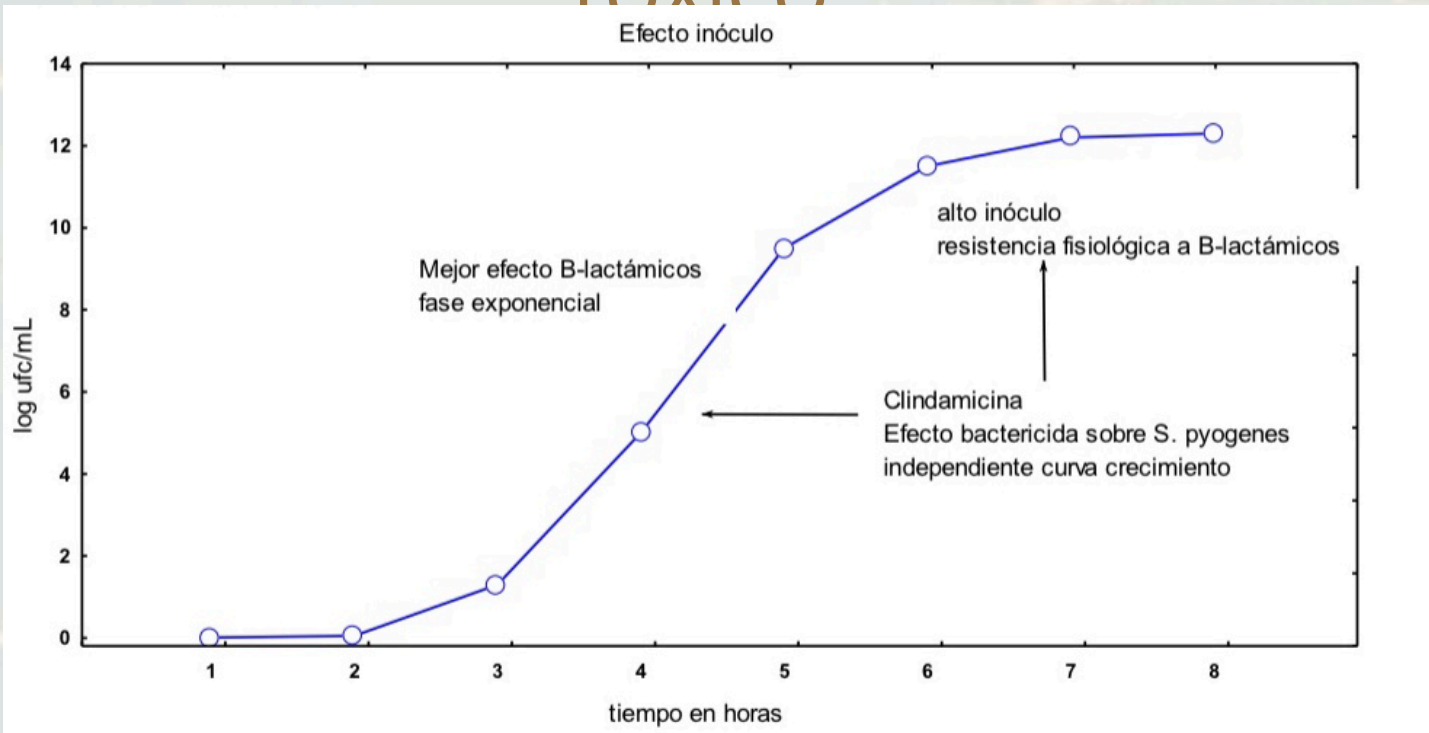


13. CLASIFICACIÓN IPB: PIOMIOSITIS

- **Definición:** infección purulenta del músculo esquelético que surge por diseminación hematogena, generalmente con formación de abscesos.
- **Examen Físico:** Evoluciona desde calambres con febrícula hasta dolor muscular con síntomas sistémicos. La piel que recubre: calor leve a eritema.
- **Complicaciones:** osteomielitis (41%) o artritis séptica (7%).
- **Ubicación:** ++músculos grandes muslos y nalgas, + músculos columna u hombros.
- **MO:** ++ S. Aureus, incluyendo MRSA, pero S. Pyogenes es una causa cada vez más importante.



14. CLASIFICACIÓN IPB: SD. SHOCK TÓXICO



14. CLASIFICACIÓN IPB: SD. SHOCK TÓXICO

TABLA III. Criterios diagnósticos del shock tóxico estreptocócico.

Aislamiento del Estreptococo del grupo A	<ul style="list-style-type: none"> - Localización estéril: diagnóstico definitivo - Localización no estéril: diagnóstico probable
Hipotensión	
Al menos dos de los siguientes:	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia renal - Coagulopatía: plaquetas < 100.000 o CID - Afectación hepática: de AST, ALT o bilirrubina X2 los límites normales - Síndrome de dificultad respiratoria agudo - Necrosis de partes blandas (fascitis necrotizante, miositis o gangrena) - Exantema maculo-eritematoso generalizado ± descamación

Debe cumplir los tres criterios. Caso definitivo si el aislamiento del S. pyogenes se realiza en una localización estéril y caso probable si es una localización no estéril⁵⁴.

TABLA IV. Criterios diagnósticos de shock tóxico estafilocócico.

Fiebre: temperatura ≥ 38,9° C	
Hipotensión	
Descamación: 1-2 semanas tras el inicio predomina en palmas y plantas	
Exantema: eritrodermia maculopapular difusa	
Compromiso multiorgánico	Afectación gastrointestinal (vómitos y diarrea)
	Afectación muscular (mialgias graves o ↑ CPK)
Tres o más de:	Afectación de mucosas: hiperemia vaginal, orofaríngea o conjuntival
	Afectación renal (piuria o de creatinina)
	Afectación hepática (bilirrubina o transaminasas)
	Plaquetopenia < 100.000
	Afectación del SNC
Resultados negativos de:	Hemocultivo (excepto para S. aureus)
	Cultivo de LCR
	Cultivo faríngeo
	Serología frente a: sarampión, Rickettsia y Leptospira

Caso confirmado si se producen los seis criterios o 5 pero el paciente fallece antes de que se produzca la descamación. Caso probable si se cumplen 5 criterios⁵³.

15. CLASIFICACIÓN IPB: SD. PIEL ESCALDADA

- **Definición:** eritrodermia con signo de Nikolsky positivo.
- **Examen físico:** Los signos son más severos en recién nacidos (enfermedad de Ritter) y leves en niños mayores (fiebre escarlatina estafilocócica).
- **Patogenia y MO:** toxina exfoliativa de cepas *S. Aureus*. → diseminación hematógica → disrupción primera capa piel → **signo de Nikolsky**.



PROCESO DIAGNÓSTICO

- **Hemograma + PCR + PCT:** curva febril.
- **Función renal:** ajuste de antibióticos.
- **Pruebas serológicas SGA:** celulitis recurrente → ASO.

- **Tinción de Gram, Cultivo secreción y Antibiógrama:** infecciones graves, signos sistémicos, abscesos recurrentes o múltiples, vínculo MRSA, falla tratamiento, RN, comorbilidades (linfedema, malignidad, neutropenia, inmunodeficiencia, esplenectomía, DM).

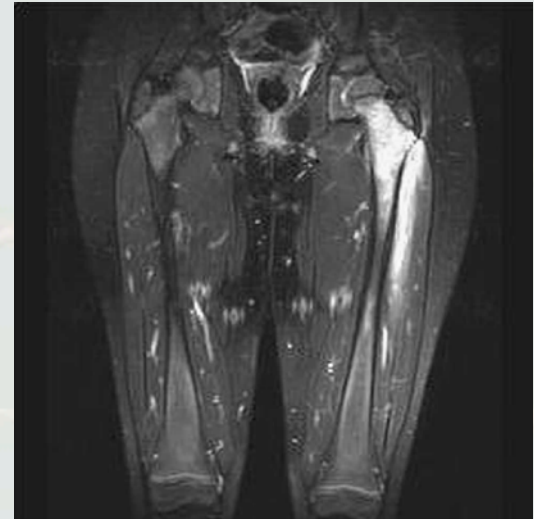
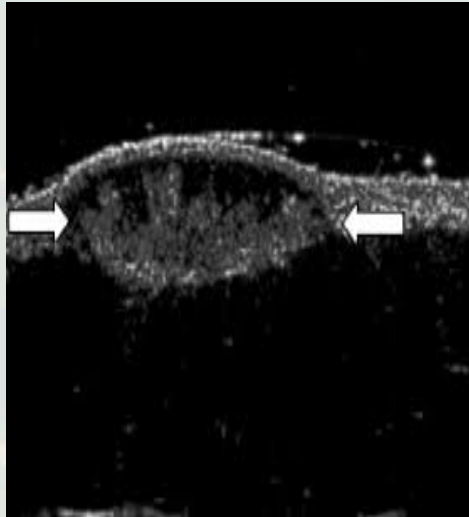
- **Hemocultivo:** signos de infección sistémica grave, neutropenia o inmunodeficiencia.
 - HCT (+) 12,5% inmunocompetentes IPB graves.
 - HCT rara vez (+) en IBP leves.



PROCESO DIAGNÓSTICO

La evaluación imagenológica está justificada en inmunosuprimidos, diabetes, insuficiencia venosa, linfedema y pacientes con síntomas sistémicos persistentes.

- **Ecografía:** determinar un absceso cutáneo.
- **RM partes blandas:** determinar osteomielitis.



An Pediatr (Barc). 2009;70:401-3

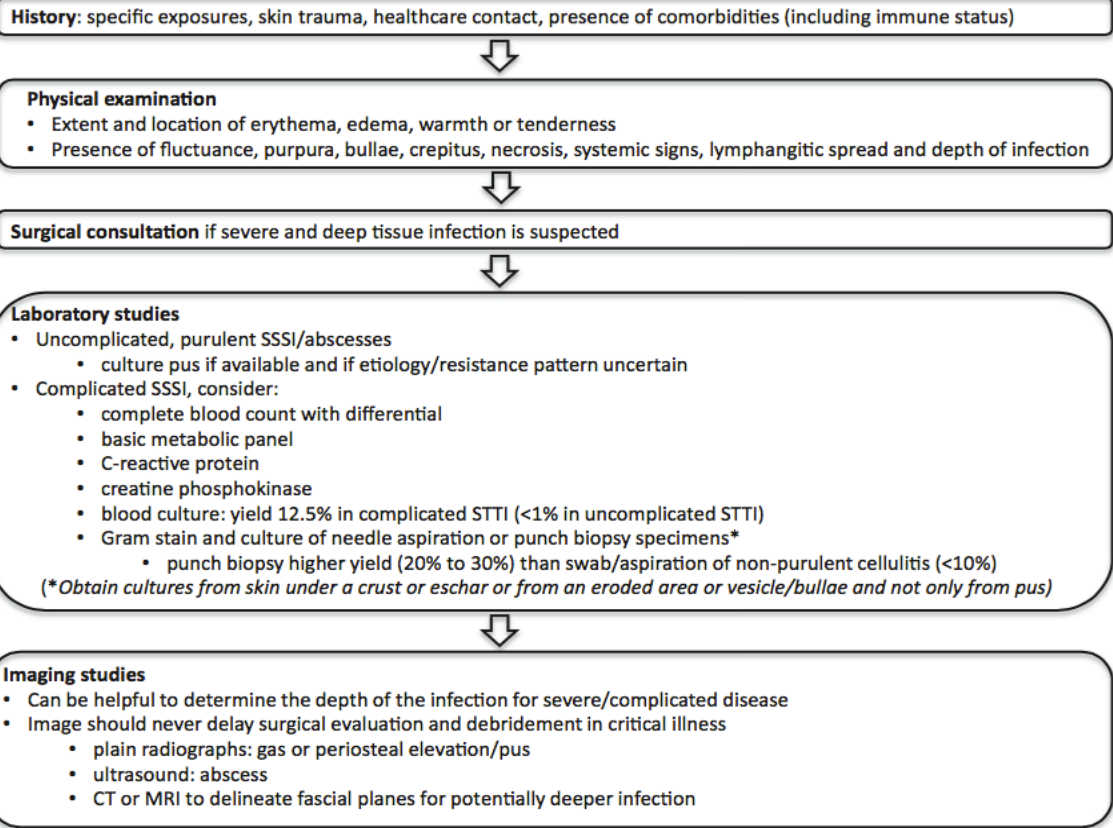


Fig. 1. Approach to the diagnosis of SSSI. (Adapted from Rajan S. Skin and soft-tissue infections: classifying and treating a spectrum. Cleve Clin J Med 2012;79(1):57–66.)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL IPB

Infecioso:

- Eritema migratorio (Lyme) eritema picadura garrapata, aclaramiento central y centro necrótico.
- Herpes zoster: inicio con pápulas eritematosas que evolucionan a vesículas.
- Artritis séptica: celulitis articulación → dolor y rango limitado.

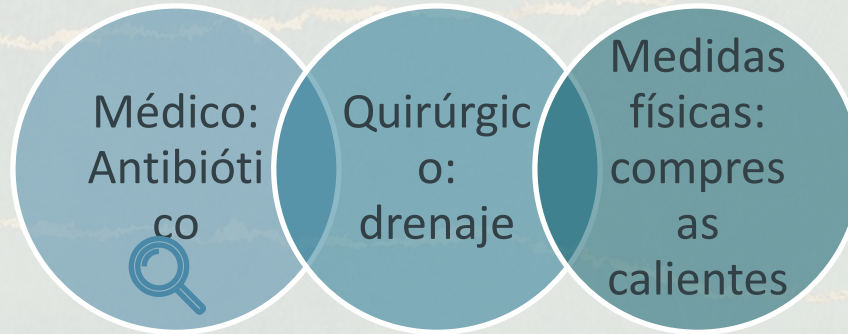
No infecciosos celulitis (bilateral):

- Linfedema, Dermatitis por estasis y Lipodermatoesclerosis: insuficiencia venosa

No infecciosos (unilateral):

- Dermatitis de Contacto, RAM, Vasculitis, Picadura de insecto, TVP, Paniculitis, Reacción vacunación.

TRATAMIENTO



- Terapia empírica: *S. Pyogenes* IPB no purulentos, *S. Aureus* para IPB purulentos.
- Ajustes según microbiología local.
- Ajustes según antibiograma siempre.
- Duración ATB depende: extensión infección + drenaje adecuado + Eº inmunológico huésped + respuesta clínica (generalmente 5-7 días).

ANTIMICROBIANOS

Table 3
Commonly used antimicrobials for *S aureus* and *S pyogenes* SSSI

Antimicrobial	Spectrum			Pediatric Dose
	GAS	MSSA	MRSA	
Amoxicillin	++	-	-	40-90 mg/kg/d q8-q12h PO
Amoxicillin/ clavulanate	++	++	-	25 mg/kg/d of amoxicillin component q12h PO
Ampicillin/ sulbactam	++	++	-	100-400 mg/kg/d of ampicillin component q6h IV (max 8 g ampicillin component/d)
Cefazolin	++	++	-	50-100 mg/kg/d q8h IV (max 6 g/d)
Cephalexin	++	++	-	50-100 mg/kg/d q6h PO (max 4 g/d)
Clindamycin ^a	+	+	+ ^b	15-30 mg/kg/d q8h PO (max 1.8 g/d) or 25-30 mg/kg/d q8h IV (max 2.7 g/d)
Dicloxacillin	++	++	-	25-50 mg/kg/d q6h PO
Doxycycline	+/-	+	+	Not recommended <8 y ≤45 kg: 4.4 mg/kg in 2 divided doses on day 1, then 2.2 mg/kg q24 divided in 1 or 2 doses, PO or IV >45 kg: 100 mg q12h on day 1 followed by 100 mg q24h, PO or IV
Linezolid	++	++	++	10 mg/kg/dose q12 (preterm neonates and children) or q8h (term neonates), PO or IV
Nafcillin	++	++	-	100-200 mg/kg/d q4-q6h IV (max 12 g/d)
Oxacillin	++	++	-	150-200 mg/kg/d q4-q6 IV (max 2 g every 4-6 h)
Penicillin G aqueous	++	-	-	100-400 KU/kg/d divided q4-q6h IV (max 20 KU/d)

Table 3
Commonly used antimicrobials for *S aureus* and *S pyogenes* SSSI

Antimicrobial	Spectrum			Pediatric Dose
	GAS	MSSA	MRSA	
Penicillin V potassium	++	-	-	15-50 mg/kg/d divided q6-q8h PO (max 3 g/d)
TMP-SMX	+/-	++	++	6-12 mg/kg/d (based on TMP component) q12, PO
Vancomycin	++	++	++	10-15 mg/kg/d q6h, IV
Newer Antimicrobials				
Daptomycin ^c	++	++	++	Adult: 4-6 mg/kg/dose q24h, IV Neonates (GA ≥32 wk): 6 mg/kg/dose q12h, IV (limited data available) Children 2-6 y: 8-10 mg/kg/dose q24h, IV (limited data available) Children ≥6 y to <12 y: 7 mg/kg/dose q24h, IV (limited data available) Children >12 y: 4-6 mg/kg/dose q24h, IV
Ceftaroline ^c	++	++	++	Adult: 600 mg q12 h, IV Safety and efficacy not established for children <18 y
Telavancin ^c	++	++	++	Adult: 10 mg/kg q24h, IV Safety and efficacy not established for children <18 y
Tigecycline ^c	++	++	++	Adult: 100 mg initial followed by 50 mg q12h, IV Children ≥12 y: 1.5 mg/kg initial as a single dose followed by 1 mg/kg/dose q12h (limited experience)
Quinupristin/ dalfopristin ^c	++	++	++	Adult: 7.5 mg/kg q12h, IV Safety and efficacy not established for children <18 y

IPB	Agente	Tratamiento
Impétigo vulgar	S. Pyogenes.	Aseo, descostraje. + Mupirocina. Múltiple: Cefadroxilo.
Impétigo buloso	S. Aureus: toxina exfoliativa A y B.	VO: Flucloxacilina. EV: Cloxacilina o cefazolina. Sd piel escaldada: vancomicina + clinda o PNC + clinda o linezolid o daptomicina.
Ectima	S. Aureus y S. Pyogenes. P. Aeruginosa en inmunosuprimidos.	Cloxacilina, cefadroxilo.
Erisipela	S. Pyogenes.	EV: PNC sódica o cefalosporina 3°G VO: amoxicilina.
Celulitis	S. Aureus y S. pyogenes. P. Aeruginosa, Pasteurella en mordeduras. Aeromonas o Vibrio en inmersión. S. pneumoniae y H. Influenzae b en bacteriemias.	VO: Amoxi-clavulánico, cefadroxilo EV: Cefazolina, ceftriaxona, clindamicina, cloxacilina.
Foliculitis	S. Aureus. Malassezia o P. Aeruginosa.	Cloxacilina o cefadroxilo.
Fasciitis Necrotizante	S. Pyogenes, polimicrobiana (anaerobios y aerobios) y Clostridium perfringens.	Hospitalizar, antibiótico de amplio espectro, desbridamiento quirúrgico.

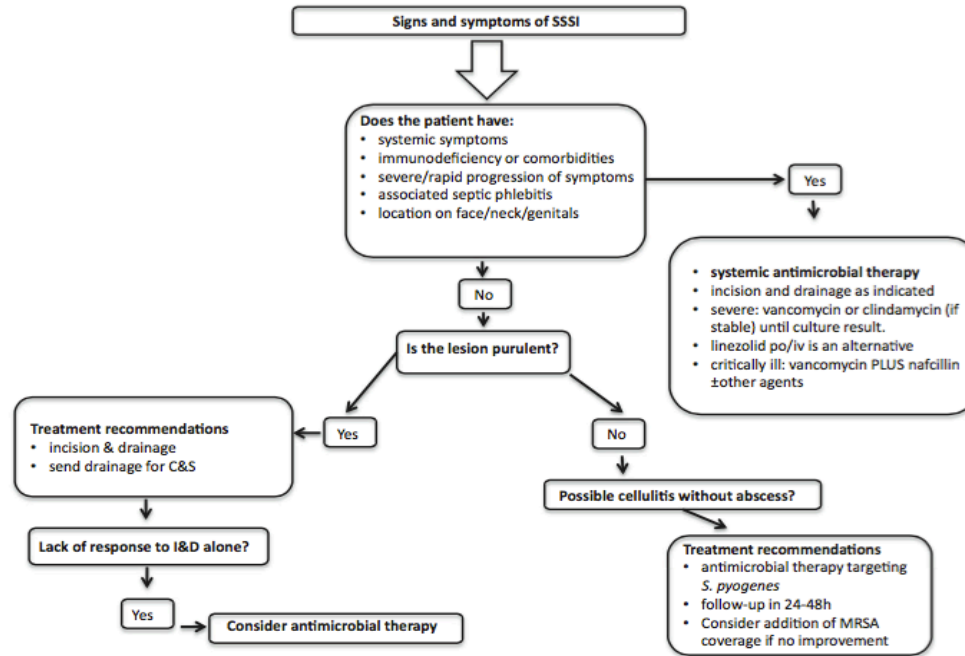


Fig. 4. Outpatient approach to management of SSSI. C&S, culture and sensitivities; I&D, incision and drainage. (Adapted from Neville-Swensen M, Clayton M. Outpatient management of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin and soft tissue infection. *J Pediatr Health Care* 2011;25(5):308–15.)

FALLA DE TRATAMIENTO

Drenaje inadecuado
(aparición o reformación
absceso).

Resistencia del
patógeno al ATB.

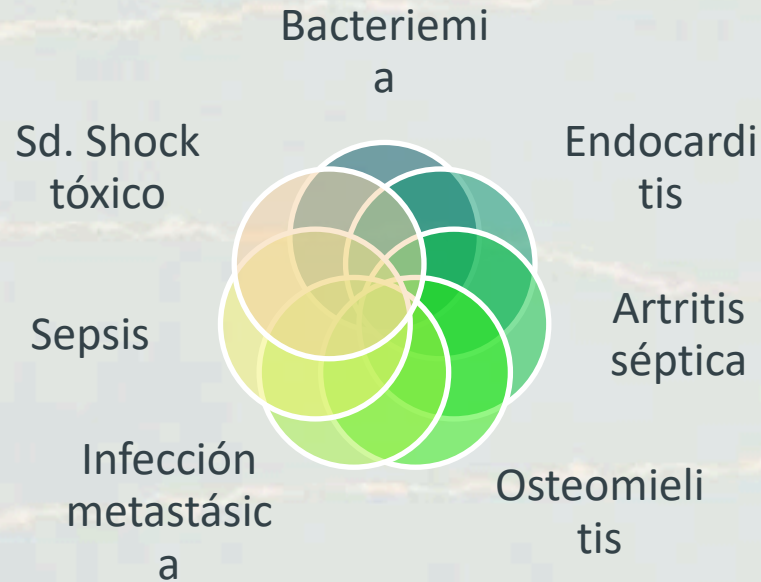
Tipo ATB mal indicado.

Incumplimiento terapia
oral.

Factor de base
descendante no
tratado: Quiste
pilonidal, hidradenitis
supurativa, cuerpo
extraño.

FR huésped mala
evolución: obesidad,
inmunosupresión, sd.
Edematoso, anomalía
drenaje linfático, insuf.
venosa y tinea pedís.

COMPLICACIONES



CONCLUSIONES

- IPB bacterianas **son comunes** e incluyen afecciones **generalmente benignas** como el impétigo, así como **infecciones graves** que ponen en peligro la vida, como el Sd. Shock Tóxico.
- El diagnóstico se basa en gran medida en **fundamentos clínicos** y la terapia antimicrobiana suele **ser empírica**.
- **S. Pyogenes** causa IPB no purulentos (celulitis) y **S. Aureus** es más frecuente en IPB purulentos (Abscesos).
- **Se observa un aumento de MRSA en infecciones** como pilar en el tratamiento de abscesos.
- Es **importante manejar conceptos de antibioticoterapia** para minimizar las complicaciones de IPB y evitar resistencia ATB.



The background features a repeating pattern of overlapping, semi-transparent blue circles of various shades. Superimposed on these circles are delicate, golden-brown branches that resemble coral or seaweed, with thin, tapering limbs. The overall aesthetic is soft and organic.

MUCHAS
GRACIAS!

14 de Septiembre 2021

BIBLIOGRAFÍA

- Beatriz Larru, MD, PhD, Jeffrey S. Gerber, MD, PhD . Cutaneous Bacterial Infections Caused by Staphylococcus aureus and Streptococcus pyogenes in Infants and Children *pediatr Clin N Am* 61 (2014) 457–478.
- Sheldon L Kaplan. “Suspected Staphylococcus aureus and streptococcal skin and soft tissue infections in children >28 days: Evaluation and management”. En *uptodate* Aug 2021.
- Denis Spelman, Larry M Baddour. “Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis”. En *uptodate* Jul 26, 2021.
- Saavedra Lozano, M. Santos Sebastián, F. González, T. Hernández Sampelayo Matos, M.L. Navarro Gómez. “Infecciones bacterianas de la piel y tejidos blandos”. Sección de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.