



CASO CLÍNICO: INFECCIONES CUTÁNEAS
BACTERIANAS EN PEDIATRÍA

GUILLERMO OCTAVIO MARTÍNEZ LÓPEZ

TUTOR: PEDRO ALCALÁ

ROTATORIO PEDIATRÍA: G1A



1. Anamnesis a su ingreso (3/12)

Paciente de 8 años que acude remitida por su pediatra de zona por presentar celulitis en pie izquierdo, que no ha mejorado tras 2 días de tratamiento antibiótico, amoxicilina-clavulánico 80mg/día.

El cuadro comienza el viernes con prurito en una pequeña herida; desarrollando edema, tumefacción y calor local a las 48h.

2. Antecedentes personales y familiares

-No RAMc

-No otras enfermedades médico-quirúrgicas de interés para la patología actual

-Vacunación correcta para la edad

-Antecedentes familiares: sin interés para la patología actual

3. Exploración física a su ingreso

Dolor1 T:35,5 peso 33,9kg. BEG, NC, NH, NN. Orofaringe hiperémica sin exudados.

Locomotor, miembro inferior izquierdo: **Placa edematosa y eritematosa** a nivel de tobillo y región medial del pie, **bien delimitada**, con dificultad a la movilización de dedos. **Dolor** a nivel del maléolo tibial externo. **Impotencia funcional** con dolor a la movilización de dedos. **Lesión costrosa** en región anterior tarso.

4. Pruebas diagnósticas complementarias

- **ANALÍTICA SANGUÍNEA(3/12)** hemograma, bioquímica y coagulación **NORMAL**
- **HEMOCULTIVO(3/12):** **negativo** a las 48 horas



5.Diagnóstico principal Erisipela

6.Diagnóstico secundario Celulitis

7.Tratamiento

(1/12)Urgencias de pediatría: amoxicilina-clavulánico 80mg/kg, 9ml cada 8 horas durante 7 días. Ibuprofeno 4% 8 ml cada 8 horas durante 3 días

(3/12) ingreso: se cambia a **pauta intravenosa**

(5/12) al alta: amoxicilina + clavulánico(100/12.5)MG en 1 ml solución oral. 8,7ml cada 8 horas durante 7 días.

desloratadina 0,5mg/ml solución oral. 5ml cada día durante 5 días.

EVOLUCIÓN(1/12): Acuden a servicio de Urgencias, donde se diagnóstica como celulitis de pie izquierdo. Se describe posible picadura de hace 2-3 días con dolor y dificultad a la marcha. En la exploración se informa de un tobillo edematoso, eritematoso, caliente, doloroso y duro.



EVOLUCIÓN(3/12)



- Acude a revisión por su pediatra de atención primaria, el cual decide ingreso por: No hay mejora clínica, persiste dolor e impotencia funcional, tobillo edematoso, indurado y caliente. Pequeña Costra y vesículas.
- Ante evolución tórpida de infección a pesar de tratamiento oral con Amoxicilina-Clavulánico se ingresa para pauta Ab iv.
- DÍA DE INGRESO

EVOLUCIÓN(5/12)



- En hospitalización: se continua tratamiento antibiótico IV con buena tolerancia
- Evolución adecuada, con disminución de la inflamación local y sin clínica sistémica. Buen estado clínico.
- DÍA DE ALTA

	IMPÉTIGO	ERISPELA	CELULITIS
LOCALIZACIÓN	Generalmente zonas expuestas	Dermis superior tejido celular subcutáneo y a veces sistema linfático. + frecuente en MMII y cara.	Dermis y tejido celular subcutáneo. Su localización puede proporcionar orientación etiológica. <ul style="list-style-type: none"> • Planta del pie con herida punzante: <i>Pseudomonas Spp.</i> • Mordeduras: <i>P. multocida.</i>
FACTORES PREDISPONENTES	Transmisión por autoinoculación por contacto directo con objetos contaminados	Abrasiones, úlceras, infecciones fúngicas intertriginosas del pie, edema, obstrucción venosa/linfática.	Traumatismos, heridas, infección preexistente.
M.O.	<ul style="list-style-type: none"> • Forma NO ampollosa: <i>S. pyogenes</i> y <i>S. aureus</i> y ocasionalmente grupos C y G. • Forma ampollosa: <i>S.aureus</i> productor toxina exfoliativa. 	<i>S. pyogenes</i> o Estreptococos grupos B, C, o G.	<i>S.aureus</i> y <i>S.pyogenes</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i> y gram- en neonatos.
MORFOLOGÍA LESIONES	<p>Lesiones epidérmicas no cicatriciales, bien delimitadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma no ampollosa: Evolución lesiones. Mácula a pápula; después vesícula y pústula que termina en costra melicérica gruesa. • Forma ampollosa: De vesículas a ampollas de contenido purulento, amarillas, con costra fina. 	Placa eritematosa de características bordes bien definidas y ligeramente elevadas. Cuando la infección se resuelve produce descamación e hiperpigmentación. Suele haber síntomas generales (fiebre, escalofríos, malestar) a veces precediendo los signos cutáneos.	Placa eritematosa, caliente y dolorosa, con límites mal definidos. En ocasiones presenta flictenas y petequias.
COMPLICACIONES LOCALES Y SISTÉMICAS	Principalmente evolución a celulitis o linfadenitis	Sepsis, Síndrome. Shock tóxico estreptocócico, endocarditis (raras en pacientes sanos).	Necrosis local, linfadenitis y síntomas sistémicos.

TRATAMIENTO

Impétigo

- leve no complicado: mupirocina o ácido fusídico cada 8h, o retapamulina cada 12h
- extenso o con complicación sistémica: Antibiótico vía oral amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas de primera o segunda generación, o cloxacilina.

Erisipela penicilina o amoxicilina vía oral.

- Indicaciones tratamiento parenteral e ingreso: Lesión mayor a 5cm, MEG, lactantes e inmunodeprimidos

Celulitis

Debe recomendarse siempre el tratamiento antibiótico sistémico con buena cobertura frente a *S. aureus* y *S. pyogenes*

- En casos leves y con vigilancia se puede considerar vía oral con: Amoxicilina-clavulánico, cloxacilina, cefuroxima, cefalexina o clindamicina.

8/12 acude a su última revisión en el hospital: mejora sintomática con lesión residual parduzca, sin inflamación y recuperando la movilidad articular.

16/12 reingreso: alteraciones analíticas, pendiente de RMN a las 13:30 del siguiente día para descartar osteomielitis en pie izquierdo.

CONCLUSIÓN

1. Las infecciones de partes blandas constituyen motivo de consulta frecuente en Pediatría.
2. Las infecciones de piel y tejidos blandos abarcan un espectro de enfermedad muy variable, desde las más leves hasta las más graves.
3. Es importante conocer las diversas formas de manifestación clínica para ofrecer un adecuado tratamiento empírico.
4. Tener en cuenta aquellos microorganismos, que generan resistencias en nuestro medio según diferentes grupos de edad.

Bibliografía diapositivas 6 y 7

1. D.L. Stevens, A.L. Bisno, H.F. Chambers, E. Patchen, A.J. Goldstein, S.L. Gorbach, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis., 59 (2014), pp. e10-e52
2. H.S. Lawrence, A.J. Nopper. Superficial bacterial skin infections and cellulitis. Principles and practice of pediatric infectious diseases, 4th ed., pp. 427-435
3. M.A. Jackson. Skin infections bacterial skin infections. Feigin and Cherry's textbook of pediatric infectious diseases, 7th ed., pp. 772-781
4. C.R. Millett, A.V. Halpern, A.C. Reboli, W.R. Heymann. Bacterial diseases. Dermatology, 3rd ed., pp. 1187-1220
5. B. Larru, J.S. Gerber. Cutaneous bacterial infections caused by Staphylococcus aureus and Streptococcus pyogenes in infants and children. Pediatr Clin N Am., 61 (2014), pp. 457-478
6. M. Santos Sebastián. Infecciones cutáneas y de partes blandas. Tratado de pediatría Cruz, pp. 761-767
7. F.A. Moraga Llop, M. Tobeña Rue. Infecciones bacterianas cutáneas y de partes blandas. Enfermedades infecciosas en pediatría, pp. 651-662

