

IMPETIGO

Generalidades

Es una piodermatitis superficial, que se caracteriza por presentar una ampolla epidérmica que se rompe con facilidad, desecándose el líquido formando costras melicéricas.

Afecta más frecuentemente a niños de entre 2 y 5 años, siendo la enfermedad dérmica bacteriana más común en esta franja etárea. Puede afectar a adultos.

Es de distribución universal, más frecuente en verano. Esta distribución estacional se relaciona con mayor exposición de la piel, con mayores posibilidades de presentar una puerta de entrada.

Es altamente transmisible a través del contacto directo.

Afecta principalmente a cara y miembros.

Los principales **agentes etiológicos** son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*, Pueden encontrarse combinados. En ocasiones puede ser producido por *Streptococcus* del grupo C y G.

Factores Predisponentes:

- Falta de higiene
- Hacinamiento
- Lesiones de piel (varicela, escabiosis, etc)

Manifestaciones clínicas

Periodo de incubación, desde la colonización hasta la aparición de las lesiones, 10 días. No todas las personas colonizadas, presentan lesiones.

Existen dos formas clínicas:

-Impétigo ampollar o bulloso: 30% de los casos. Menos contagioso que el no ampollar. Producido por toxinas epidermolíticas del *S aureus*. Se presenta más frecuentemente en neonatos, afectando principalmente áreas húmedas como axilas, cuello e intertrigos.

Produce ampollas flácidas visibles con márgenes delimitados, con contenido claro que puede volverse turbio o purulento, sin eritema circundante. Al romperse, deja una costra fina, amarilla o marrón. Un signo patognomónico es el “collarete” epidérmico, constituido por los restos del techo de la ampolla rota.

Suele resolver sin cicatriz, en algunas semanas. Los síntomas sistémicos son infrecuentes.

El ectima, es una complicación de un impétigo que evoluciona en forma tórpida y se extiende en profundidad, presentando úlceras que se cubren de costras gruesas, amarillo-grisáceas adheridas, dejando cicatriz.

-Impétigo no ampollar o no bulloso: producido principalmente por el *S. pyogenes*, aunque puede ser agente también el *S. aureus*. Constituyen más del 70% de los casos. Se disemina por autoinoculación.

Se manifiesta en cara, principalmente periorificial y en extremidades.

Inicia con una mácula de 2 a 4 mm, que pasa a pápula y vesícula de contenido claro con eritema perilesional, que posteriormente se transforma en pústula que se agranda, rompiéndose en 4 a 6 días, dejando erosiones que se cubren por costras de aspecto melicérico, pudiendo adquirir el aspecto en “quemadura de cigarrillo”. Suelen producir prurito o dolor. Resuelve sin cicatriz en algunas semanas espontáneamente, dejando en ocasiones áreas pigmentadas.

Ectima: es una forma ulcerosa de impétigo en la que las lesiones se extienden a través de la epidermis y profundamente en la dermis.

Complicaciones:

Los síntomas sistémicos son infrecuentes, pero de no mediar un tratamiento adecuado el impétigo estafilocócico puede complicarse con una infección invasora como celulitis, linfangitis o bacteriemia.

-1-5% pueden desarrollar glomerulonefritis postestreptocócica. Ocurre con mayor frecuencia dentro de una o dos semanas después de la infección.

Diagnósticos diferenciales

- Dermatitis atópica y de contacto
- Dermatofitosis
- Lupus eritematoso discoide
- Herpes simple
- Varicela
- Picadura de insecto
- Pénfigo foliáceo
- Escabiosis
- Candidiasis
- Necrólisis epidérmica tóxica

Métodos complementarios

El diagnóstico es clínico.

No es necesario realizar laboratorio.

Diagnóstico microbiológico:

No se recomienda el cultivo de lesiones excepto en casos refractarios al tratamiento, o en brotes.

En estos últimos casos se deberá tener en cuenta la posibilidad de infección por SAMR adquirido en la comunidad.

Anticuerpos antiestreptocócicos: no tienen valor diagnóstico

Componente terapéutico

La terapia tópica se utiliza para pacientes con afectación cutánea limitada, mientras que la terapia oral se recomienda para pacientes con numerosas lesiones o con ectima.

Tratamiento tópico

Tiempo y frecuencia: 3 veces al día por 5 días

- Ácido fusídico 2% (crema o ungüento)
- Mupirocina 2% (crema o ungüento)

Tratamiento con antibióticos orales.

El antibiótico oral prescrito para el impétigo y la ectima debe ser eficaz tanto para *S. aureus* como de infecciones estreptocócicas.

Tiempo estimado: 5 a 7 días

- Cefalexina 500 mg 3 o 4 veces al día o cefadroxilo 1g c/12h

Alérgico a β -lactámicos:

-Trimetoprima-sulfametoxazol 160/800mg c/12h

- Clindamicina 300mg c/8hs

Si se sospecha *S aureus* metilinoresistente, utilizar trimetoprima-sulfametoxazol 160/800mg c/12h ó doxiciclina 100mg c/12h ó minociclina 100mg c/12h.

Niveles de atención

Para ser tratado en primer nivel de atención.

Se debe derivar al segundo nivel de atención, en caso de complicaciones que requieran hospitalización.

Medidas de prevención

-Higiene de manos frecuente

-No compartir toallas y otros elementos de uso personal

-Lavado diario de ropa, ropa de cama, toallas de personas con impétigo

-No retornar a actividades habituales (escuela, club, etc) hasta cumplidas 24 a 48 h de tratamiento

-Las lesiones supurantes deben mantenerse cubiertas.

Referencias bibliográficas

- 1- Consenso SADI-SAM-SAD-CACCVE. Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas – Parte I. Rev Panam Infectol 2009;11(3):49-65.
- 2- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJC, Gorbach SL, Hirschmann JV, Kaplan SL, Montoya JG, Wade JC. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. CID. 2014;59(2):10–52. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/59/2/e10/2895845>
- 3- Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. Comité Nacional de Infectología de la SAP. Arch Argent Pediatr 2014;112(1): e96-e102.
- 4- Larry M, Baddour, MD. Impétigo. 13 de mayo de 2022. <https://www.uptodate.com/contents/impetigo>.