

INFECCIONES BACTERIANAS EN LA INFANCIA

Dra Ada Brizuela, Dr. Francisco González Otero

Las infecciones bacterianas son frecuentes en la población pediátrica y de ellas el impétigo contagioso es la más común. Estas infecciones pueden dividirse en : 1. infección cutánea primaria, 2. infección secundaria de una enfermedad cutánea primaria y 3. lesiones cutáneas como manifestación de infección primaria en otro órgano, ejemplo de este último grupo tenemos: *S.aureus* causando síndrome de shock toxico y síndrome de piel escaldada estafilocócico, *S. pyogenes* escarlatina, *N. meningitides*, sepsis por meningococo (petequias), *S. thiphy*, fiebre tifoidea (roséola tifoidea), *Rickettsia conorii*, *Tifus africano* (rahs macular).

Staph. aureus y *Strep. pyogenes* son bacterias comensales de la piel, que mas allá de estar presentes en la infecciones bacterianas pueden ejercer un efecto protector. El desarrollo de la infección bacteriana de la piel , implica una compleja interacción entre factores ambientales y locales y para el inicio de la infección se requiere una ruptura en la integridad de la función barrera de la piel o las membranas mucosas, aunque con frecuencia la lesión inicial es trivial o no aparente.

Si bien el mecanismo que inicia esta infección se desconoce , parece ser que la disrupción de la barrera epidérmica, ubicada en el estrato córneo, puede ser el "gatillo" que permite el acceso de las bacterias hacia las diferentes capas de la piel. Factores como trauma local, alteración en los mecanismos de defensa sistémica y/o local de los tejidos del huésped favorecen la penetración, replicación bacteriana y posibilidad de progresión hacia estructuras mas profundas de la piel

Las Piodermitis son las infecciones causada por cocos piógenos ,primordialmente por *Staph. aureus* y *Strep. pyogenes* y menos frecuentemente originadas por otros cocos patógenos u otros agentes.

Estas infecciones bacterianas cutáneas , son patologías muy frecuentes , sobre todo en edad pediátrica y con frecuencia son infecciones mixtas

El espectro clínico es muy variable , desde las formas menos agresivas y mas comunes hasta las formas graves y menos frecuentes ; la forma más común es el impétigo.

Los agentes infecciosos pueden afectar cualquier parte de la piel, a continuación se mencionaran las infecciones y agentes infecciosos según el grado de profundidad en la piel y afección de anexos cutáneos:

Estructura anatómica	Infección	Agente causal
Epidermis	Impétigo	<i>S. pyogenes</i> , <i>S. aureus</i>
Dermis	Erisipela	<i>S. pyogenes</i>
Panículo adiposo	Celulitis	<i>S. pyogenes</i> , <i>S. aureus</i>
Folículo piloso	Foliculitis, forúnculo ántrax	<i>S. aureus</i>
Glándulas sebáceas	Acné	<i>P. acnes</i>

Estructura anatómica	Infección	Agente causal
Fascia	Fasceítis necrotizante	<i>S. pyogenes</i> , infección anaerobia mixta
Músculo	Miositis	<i>S. aureus</i>

En esta revisión nos centraremos en la infecciones bacterianas cutáneas primarias.

IMPÉTIGO

Es la infección bacteriana superficial y contagiosa más frecuente en los niños, producida por *Estafilococo Aureus*, *Streptococo B* hemolítico del grupo A (*pyogenes*) o ambos ; puede se puede ser primario en caso de invadir piel sana ó secundario cuando existe daño de la barrera cutánea previamente, como ocurre en la dermatitis atópica., escabiosis.....

Se describen dos patrones clínicos:

A.) Impétigo Contagioso, Costroso ó no ampollar :

Infección muy frecuente representa el 70% de los casos; predomina en niños de todas las edades, aunque también se puede ver en adultos; el contagio se origina sobre todo por rascado.

Etiología : la infección puede ser originada por Strep. Pyogenes (15%), Staph. Aureus (70 a 80 %) o ambos (15 a 200%) .

Localización : La cara es la zona más frecuente de localización, sobre todo en las uniones muco - cutáneas, por ejemplo : introito nasal, boca y en todas las zonas periorificiales, manos, etc.; pero, como es contagioso, se puede ver en cualquier zona corporal.

Clínica : La lesión inicial son pápulas eritematosas pequeñas que rápidamente evolucionan a una vesícula que se rompen rápidamente dando paso a erosiones cubiertas por costras melicéricas y lesión residual hipocrómica temporal, sin dejar cicatriz; si hay dolor es leve y puede presentar linfadenopatía regional, pero no hay síntomas sistémicos. Las lesiones suelen propagarse por autoinoculación originando lesiones satélites. La resolución es espontánea entre la segunda y tercera semana de evolución, pero debe ser tratada con prontitud y así se acorta el período de enfermedad y el contagio, así como las eventuales complicaciones glomerulonefritis post estreptocócica, escarlatina o psoriasis.

Diagnóstico : se basa en la clínica pero se puede confirmar con un gram y cultivo

Diagnóstico diferencial más importante, sobre todo en escasas lesiones es con Herpes simple y Tiña corporis,

B.) Impétigo ampollar: representa el 30% restante, se observa más frecuentemente en neonatos y lactantes.

Etiología : Es ocasionado por la toxina exfoliativa tipo A del *Staph. Aureus*; esta toxina actúa como una serina proteasa de desmogleína 1, ocasionando de esta manera la acantólisis subcorneal que conduce a la formación de ampollas.

Localización : Las lesiones se pueden localizar en cualquier área de la superficie corporal, pero lo más frecuente es alrededor de los orificios de la boca , nariz, área genital y en las extremidades

Clínica : ampollas flácidas , que se rompen con facilidad en el curso de 1 a 2 días, dejando erosiones cubiertas por una costra periférica fina, de ahí que también se conozca como impétigo circinado; las lesiones aparecen usualmente agrupadas.. Existe una tendencia a la curación espontánea sin cicatriz, pero pueden dejar hipopigmentación residual temporal.

Diagnóstico : se basa en la clínica pero se puede confirmar con un gram y cultivo

El diagnóstico diferencial mas importante , es con la Tiña corporis, Síndrome Estafilocócico de la Piel Escaldada , Prurigo ampollar ó epidermólisis ampollar.

El tratamiento es igual en ambos tipos clínicos:

- 1) Realizar Antisepsia, por ej con Clohexidine, con eliminación de las costras.,
Mejorar la higiene persona y recortar las uñas
- 2) Terapia Tópica, con antibacterianos preferiblemente de origen sintético ,
con espectro sobre los agentes causales mas frecuentes : por ej
mupirocina, ácido fusídico o mas recientemente retapamulina
- 3) Si hay mas de 2 áreas corporales afectadas , presencia de muchas
lesiones, enfermedad sistémica subyacente, como la Dermatitis Atópica,
Inmunosupresión ó varios familiares afectados , se debe agregar terapia

sistémica, por ej: amoxilina con Ac Clavulanico , dicloxacilina, cefalexina, cefradina , macrólidos u otros si hay resistencia bacteriana.

Si no hay una buena respuesta clínica en forma rápida se debería cultivar y realizar antibiograma