

Título: PIODERMITIS RECURRENTE.

Autores:

Dra. Martha Edvigés Amador Díaz.
Especialista de 1er. Grado en Dermatología. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesora Auxiliar.

Dr. Alberto Cesar Castillo Oliva.
Especialista de 2do. Grado en Dermatología. Máster en enfermedades infecciosas. Profesor Auxiliar.

Dra. Elena Mary Cortina Morales.
Especialista de 2do. Grado en Dermatología, Diplomado en Anatomía Patológica, Profesora Asistente.

Servicio de Dermatología
Email: dermato@hha.sld.cu

Introducción

Las Piodermitis son infecciones de la piel ocasionadas fundamentalmente por el *Estafilococo aureus*, el *Estreptococo* β -hemolítico del Grupo A, o por la combinación de ambos. Se denominan piodermitis **primarias** cuando aparecen sobre una piel aparentemente sana, y **secundarias** cuando lo hacen sobre una dermatosis preexistente (picaduras de insectos, escabiosis, dermatitis, psoriasis, etc.)

Las piodermitis constituyen motivo frecuente de asistencia a instituciones médicas en la práctica diaria del dermatólogo. Ocupan el quinto lugar dentro de las afecciones dermatológicas y representan el 17% de todas las consultas pediátricas, pudiendo tener un impacto negativo en el estado nutricional de los

niños y adultos, siendo la causa principal de morbilidad y mortalidad en pacientes de edad pediátrica e inmunodeprimidos en la mayoría de los países de África, Asia y América Latina.

Este tipo de infecciones se caracterizan por un amplio grupo de cuadros clínicos de diversa etiología, patogenia y pronóstico, dependiendo de la localización anatómica, el tipo de germen, la profundidad y el curso evolutivo de las mismas.

Tiene una alta prevalencia en adolescentes, adultos, jóvenes y ancianos, representando una verdadera condición de salud para el paciente y para el dermatólogo, debido a la variada resistencia de los gérmenes productores a los antimicrobianos de uso común.

Han cobrado interés en nuestro medio debido al importante número de pacientes que son observados en la práctica médica diaria, siendo necesario darle una atención dermatológica de acuerdo a los avances en la detección de agentes infecciosos, determinación del estado inmunológico y al impulso terapéutico producido por nuevos antimicrobianos y las pautas que implican su uso a través del protocolo asistencial.

Objetivos:

- Tratar los diferentes cuadros clínicos de Piodermitis recurrente, que no responden al tratamiento convencional, siendo refractarias a tratamiento.

- Determinar gérmenes bacterianos asociados al cuadro clínico, según cultivos bacteriológicos y antibiograma.
- Evitar resistencia bacteriana según positividad del antibiograma.

DESARROLLO

Cuadro clínico

Áreas inflamatorias cutáneas asociadas o no con eritema, dolor, tumefacción, exudación, vesículas, costras, pústulas, acompañadas de malestar general y fiebre. Evolución corta o prolongada de acuerdo a la forma clínica y la severidad de la Piodermitis. Localizaciones más frecuentes: cuello, región facial, axilas, zona de la barba, regiones glúteas, pubis y muslos, aunque pueden aparecer en cualquier parte de la superficie cutánea.

Clasificación de las Piodermitis

Piodermitis primarias	Foliculares	Superficiales	-Impétigo de Bockhart -Foliculitis crónica cara anteriorpiemas -Infundíbulo foliculitis crónica recurrente
		Profundas	-Foliculitis de la barba -Furúnculo, Ántrax -Foliculitis hipertrófica de la nuca -Foliculitis decalvante -Acné necrótico -Pseudo foliculitis -Foliculitis perforante
	Extra Foliculares	Superficiales	-Impétigo contagioso
		Profundas	-Hidrosadenitis -Perionixis piógena -Paroniquia, Ectima
Piodermitis secundarias (a otras dermatosis)	-Dermatitis atópica, dermatitis de contacto -Escabiosis, pediculosis -Micosis superficiales, Virosis cutáneas		

-Picaduras de insectos, etc.

Diagnóstico de sospecha clínica de piodermitis

Impétigo de Bockhart	✓ Presencia de lesiones pustulosas centradas por un pelo, agrupadas en placas, que evolucionan por brotes y localizadas en barba, muslos y pubis.
Foliculitis de la barba	✓ Afección casi privativa del sexo masculino, de evolución crónica, con lesiones inflamatorias, papulopustulosas o pustulosas localizadas en folículos pilosos de la región de la barba y bigote.
Furúnculo	✓ Presencia de lesiones pustulosas con base eritematosa, de localización folicular, centro necrótico, compromiso del TCS, con necrosis, dolor y localizadas en cualquier zona de la piel donde existan folículos pilosos.
. Ántrax	✓ Reunión de forúnculos, que produce placa extensa con múltiples áreas abscedadas y salida de pus por varios focos ("signo de la espumadera"). Puede existir toma del estado general
Hidro adenitis	✓ Lesiones nodulares que se abscedan y pueden localizarse fundamentalmente en axilas. Pueden aparecer también en pubis y región inguinal.
Ectima	✓ Lesiones pústulo-costrosas y ulcero-costrosas, profundas, fundamentalmente localizadas en miembros inferiores y evolución crónica

Con esta sospecha clínica debe realizarse una historia clínica completa y examen físico, para describir las características clínicas y extensión de las lesiones cutáneas así como determinar la presencia de otras manifestaciones generales.

Diagnóstico

- **Por sospecha clínica:** presencia de lesiones cutáneas sugestivas de Piodermitis. El criterio diagnóstico de **Piodermitis recurrente** está dado por la ocurrencia de más de un episodio de una de las enfermedades clasificadas como tal en el periodo de un año.

- **Por Microbiología:** exámenes bacteriológicos de las lesiones cutáneas, exudado nasal, exudado faríngeo, exudado vaginal, TASSO, VDRL y VIH.
- **Por Laboratorio Clínico:** Hemoglobina, Hematocrito, leucograma con diferencial, eritrosedimentación globular, conteo de plaquetas, glicemia, creatinina, urea, uratos, TGO, TGP, FAL, lipidograma, bilirrubina.
- **Por Alergología:** realización de Pruebas Demoradas.
- **Por Inmunología:** Inmunoglobulinas séricas (IgA, IgA e IgM), Proteínas complemento séricas (C₃, C₄), Función fagocítica.

Tratamiento

- **Medidas Generales**
 - ✓ Limpieza de la zona afectada con soluciones antisépticas, drenar el pus cuando sea necesario, corregir y/o tratar desórdenes endocrino-metabólicos y otras manifestaciones que constituyan factores predisponentes si existieran. Si se confirma que algún convivente es portador asintomático o no del germen patógeno, se deberá realizar tratamiento adecuado a los mismos.
- **Tratamiento tópico** (de acuerdo al estado de la piel)

- ✓ Fomentos antisépticos: Pueden ser utilizadas las fomentaciones con el Permanganato de Potasio 1 x 20 000, Solución de Acriflavina 1 x 5 000, Solución Sulfato de cobre. Se utilizan 3 veces/día durante 30 min.
Cremas antibióticas: crema de Gentamicina, Ácido fusídico, Neobatin, Neomicina o Mupirocina 2%. Se aplican 3 veces al día.

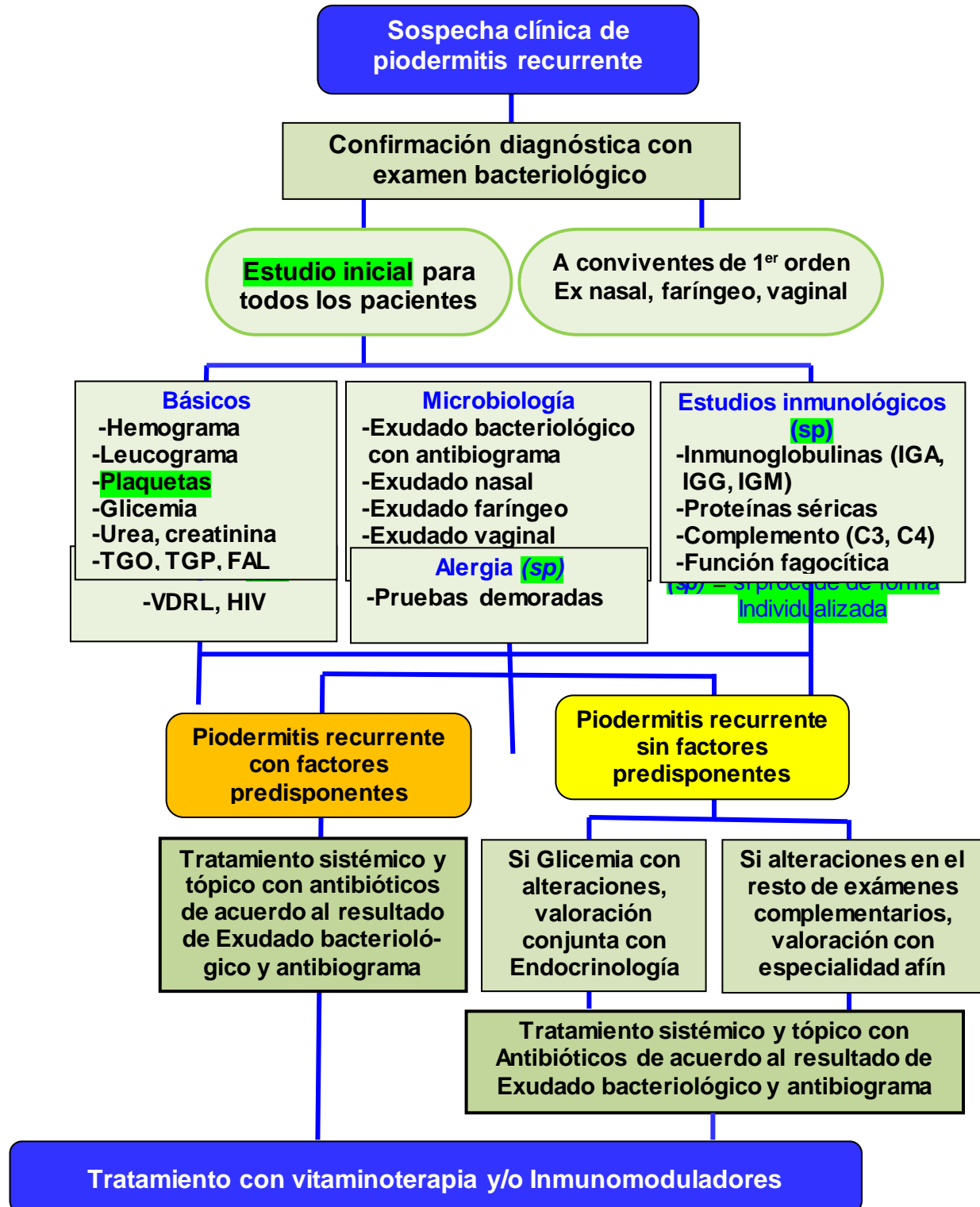
- **Tratamiento sistémico**

- ✓ Antibioticoterapia de acuerdo a la etiología: (según antibiograma) de acuerdo al esquema terapéutico establecido y severidad del cuadro clínico: Tetraciclina, Minociclina o Doxiciclina. Eritromicina o Azitromicina. Sulfaprim. Amoxicilina, Amoxicilina +Acido Clavulánico, Cefalexina o Ciprofloxacina.

Vitaminoterapia: Vitamina C (500 mg): 1-2 g/día en periodo prolongado

- ✓ **Inmunomoduladores:**
 - Factor de Transferencia (Bb 1 Ud): 1 bbo IM o SC 3 v/semana por 4 semanas, o 2 v/semana por 4 semanas, o semanal por 4 semanas
 - Levamisol (tab 150 mg): 1 tableta diaria por tres días continuos a la semana. El tratamiento durará tres semanas.

**ALGORITMO DEL PROCESO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE
PACIENTES CON PIDERMITIS RECURRENTE**



--	--

INDICADORES

Indicadores de Estructura		Estándar
Recursos humanos	% de personal calificado relacionado con el PA con entrenamiento específico disponible para su aplicación	100 %
Recursos materiales	% de disponibilidad de reactivos laboratorio clínico, y microbiología , e inmunología relacionados con el PA	100%
	% de medicamentos disponibles según establece el PA	≥95%
Recursos organizativos	% de disponibilidad planilla de recolección de datos (PRD)	100 %
	% de disponibilidad de la Base de Datos	100 %
Indicadores de Procesos		Estándar
% de pacientes diagnosticados en el Centro que son vistos en consulta de Dermatología		> 98%
% de pacientes con confirmación histológica		> 95%
% de pacientes con adecuado seguimiento (acorde a las presentes guías) en el seguimiento		>90%
% de pacientes perdidos de seguimiento		<10%

Indicadores de Resultados	Estándar
% de pacientes complicados	≤5%
% de pacientes que recurrieron después de tratados en 2 ocasiones o más	≤5%
% de pacientes mejorados con la terapéutica indicada	≥95%

Bibliografía

Abramowicz S, Rampa S, Allareddy V, Lee MK. (2017) The Burden of facial cellulitis leading to Inpatient hospitalization. J Oral Maxillofac Surg.;17:30117-9.PubMed PMID: 28242238.

Bowen AC, Mahé A, Hay RJ, Andrews RM, Steer AC, Steven Y, et al. (2015) The Global Epidemiology of Impetigo: A Systematic Review of the Population Prevalence of Impetigo and Pyoderma. PLoS One; 10:e0136789.PubMed PMID:26317533.

Dudley M, Parsh B. (2016) Recognizing staphylococcal scalded skin syndrome.Nursing.;46:68.PubMed PMID:27875404.

Falabella FR. (2009) Estructura y función de la piel. Dermatología. Fundamentos de la Medicina 7ma ed. Medellín: Colombia. Corporación para la investigaciones Biológicas; 1:2-24.

Geria AN, Schuartz RA. (2011) Impetigo Update: New Challenges in the Era of Methicillin Resistance. *Cutis*; 85(2):65-70

Grillo E, Vañ Galván S, Jiménez-Gómez N, Ballester A, Muñoz-Zato E, Jaén P. (2013) Urgencias dermatológicas: análisis descriptivo de 861pacientes en un hospital terciario. *Actas dermatosifiliogr*;104:316---24

**Gupta AK, Versteeg SG, Abramovits W. (2017) Ozenoxacin Cream,1%-
Topical Treatment of Impetigo. Skinmed.;15:57-9.PubMed PMID: 28270312.**

**Herz ME, González G, Bodden BA, Martínez SA. (2017) Recalcitrant Facial
Eruption. J Pediatr;182:393.PubMed PMID:27956019.**

**Jeon H, Ma SH, Jo HJ, Woo MS, An H, Park H,et al. (2016) Long-term
persistence of sequence type 89 methicillin-resistant Staphylococcus aureus
isolated from cases of staphylococcal scalded skin syndrome in a Korean
community.J Med Microbiol;65:1542-4.PubMed PMID:27902366**

**Karlsson M, Tarp B. (2016) Intubationskrævende facial erysipelas.Ugeskr
Laeger 178(30).PubMed PMID:27460575.**

**Koufakis T, Gabranis I, Karanikas K. (2015) Staphylococcal scalded skin
syndrome in an adult,immunocompetent patient.Braz J Infect Dis;19:228-
9.PubMed PMID: 25701548.**

**Kozłowska D, Myśliwiec H, Kiluk P, Baran A, Milewska AJ, Flisiak I. (2016)
Clinical and epidemiological assessment of patients hospitalized for primary
and recurrent erysipelas. Przegl Epidemiol;70:575-84.PubMed
PMID:28221013.**

Lamanna O, Bongiorno D, Bertoncello L, Grandesso S, Mazzucato S, Pozzan G, et al. (2017) Rapid containment of nosocomial transmission of a rare community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (CA-MRSA) clone, responsible for the Staphylococcal Scalded Skin Syndrome(SSSS).*Ital Pediatr*;43:5.PubMed PMID:28061866.

Lee JJ, Tsibris HC, Mostaghimi A, Lian CG. (2014) Staphylococcal Scalded Skin Syndrome in an Adult on Chemotherapy.*Dermatopathology (Basel)*1:75-80.PubMed PMID:27047925.

Madkaikar M, Italia K, Gupta M, Desai M, Aggarwal A, Singh S, et al. (2015) Leukocyte adhesion deficiency-I with a novel intronic mutation presenting with pyoderma gangrenosum- like lesions. *J Clin Immunol*;35:431-4.PubMed PMID: 25876705

Meşină C, Vasile I, Mogoantă SŞ, Ciurea ME, Pârvănescu H, Dumitrescu TV, et al. (2015) Pyoderma vegetans of the posterior area of the neck: case presentation. *Rom J Morphol Embryol.*;56:563-8.PubMed PMID: 26193230.

Miyashita K, Ogawa K, Iioka H, Miyagawa F, Okazaki A, Kobayashi N, et al.(2016) Adult case of staphylococcal scalded skin syndrome differentiated

from toxic epidermal necrolysis with the aid of dermoscopy. *J Dermatol*;43:842-3. PubMed PMID:26825551.

Pasternack MS. Cellulitis, Necrotizing Fasciitis, and Subcutaneous tissue Infections. En: Mandell GL et al. Mandell, Douglas, and Bennett's (2012.). Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; . 1289-1312

Sabater V, Escutia B, Botella R. (2015) Eosinophilic follicular reaction induced by Demodex folliculorum mite: a different disease from eosinophilic folliculitis. *Clin Exp Dermatol.*;40:413-5. PubMed PMID: 25623943.

Simsek O, Uluhan K, Orhan A, Kırıs T, Kocael A, Pinar K. (2015) Pyoderma Gangrenosum common variable immunodeficiency. *Wounds.*;27:129-33. PubMed PMID:2596518

Stausholm KR, Spaun E, Koppelhus U. (2016) A Case of Therapy-Resistant Folliculitis due to Adrenal Insufficiency? *Case Rep Dermatol.*;8:267-71. PubMed PMID:28101019.

Su J, Li J, Luo H, Xiao Z, Luo B, Chen X,et al. (2016) Demographic and clinical characteristics and risk factors for Staphylococcal scalded skin syndrome in Hunan.Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban;41:417-21.PubMed PMID: 27241154.

Tseng HC, Wu WM, Lin SH. (2014) Staphylococcal scalded skin syndrome in an immunocompetent adult, clinically mimicking toxic epidermal necrolysis.J Dermatol41:853-4.PubMed PMID:25041582

VanRavenstein K, Durham CO, Williams TH, Smith W. (2017) Diagnosis and management of impetigo. Nurse Pract.;42:40-4.PubMed PMID:28278083.

Yeoh DK, Bowen AC, Carapetis JR. (2016) Impetigo and scabies - Disease burden and modern treatment strategies. J Infect. 20;72:61-7.PubMed PMID: 27180311.

ANEXO 1

Hospital CQ “Hermanos Ameijeiras”

Servicio de Dermatología

Protocolo de atención al paciente con Piodermitis

Nombre	1er apellido	2do apellido	# Historia clínica
Dirección particular			
Municipio	Provincia	Teléfono: e-mail:	
Ocupación Actual:	Anterior:		
ASPECTOS GENERALES			
Edad(años)	Sexo M_____ F_____	Estado Civil Soltero_____ Casado_____ Divorciado_____ Viudo_____	
Color de la piel Blanca___ Negra___ Mestiza___ Otra___	Lugar de nacimiento:		
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES			
Reacción a medicamentos: Si___ No___ Especifique_____			
Hábitos tóxicos: Tabaquismo Si___ No___ Alcoholismo Si___ No___ Café Si___ No___ Drogas Si___ No___ Factores desencadenantes locales: obesidad:___ rasurado:___ sudoración profusa:___ roce o fricción:___ ropa ajustada:___ otros:___			
Operaciones e Instrumentaciones: Especifique_____ Fecha_____			
Antecedentes de enfermedades: Obesidad___ Diabetes Mellitus ___ Especifique(diag., control, tto)_____ Enf. Autoinmunes ___ Especifique(diag., control, tto)_____ Enf. Cutáneas ___ Especifique(diag., control, tto)_____ Hepatopatías ___ Especifique(diag., control, tto)_____ Otras___ Especifique(diag., control, tto)_____			
Estado nutricional: Bueno___ Regular___ Malo___ Peso:___ Talla:___ IMC:___			
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES			
Con vivientes con lesiones de Piodermitis Si___ No___ Especifique(tiempo de evolución, diag., control, tto)_____			
Otros familiares y/o amigos con cuadro similar Si___ No___ Especifique:_____			
ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD ACTUAL			

Lesiones cutáneas similares anteriores Si ____ No ____
 Especifique (tiempo de evolución, diag., control, tto) _____

Lesiones cutáneas actuales
 Tiempo de evolución _____ Diag. Previo _____
 Tratamientos recibidos recientemente: _____

Características clínicas de las lesiones actuales

CLASIFICACION: PIODERMITIS PRIMARIA
 PIODERMITIS SECUNDARIA _____ A: _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

MICROBIOLOGIA

Estudio	Si	No	Fecha	Especifique
Ex. Bacteriol.				
Antibiograma				
Ex. Nasal				
Ex. Faríngeo				
Ex. Vaginal				
TASO				
VDRL				
VIH				

LABORATORIO CLINICO

Parámetros	Fecha	Resultado
Hemoglobina		
Hematocrito		
Leucograma y diferencial		
Eritrosediment.		
Glicemia		
Urea		
Colesterol		
Creatinina		
ASAT		
ALAT		
FAL		
Bilirrubina		
Plaquetas		

Parámetros	Fecha	Resultado
Heces fecales		
Cituria		
ESTUDIOS INMUNOLOGICOS		
Pruebas Demoradas		
OTROS ESTUDIOS		

CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO

Tratamiento tópico Si ____ No ____ Especifique(medicamento, fecha, dosis, tiempo de administración) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Tratamiento sistémico Si ____ No ____ Especifique(medicamento, fecha, dosis, tiempo de administración) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Inmunomoduladores Si ____ No ____ Especifique(medicamento, fecha, dosis, tiempo de administración) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
Otros Si ____ No ____ Especifique(medicamento, fecha, dosis, tiempo de administración) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
VALORACION POR OTRAS ESPECIALIDADES				
Especialidad	Fecha	Criterios expresados	Estudios indicados	Tratamiento
Medico que llena la planilla			Firma	Fecha