

Infecciones de piel y tejidos blandos

Carolina Zapata Muriel
Servicio infectología Hospital Alma Mater
Médica UdeA

Caso clínico

Femenina, 65 años



Diabetes no insulino-requiriente.

07/10/23 edema, rubor y calor en pie derecho.

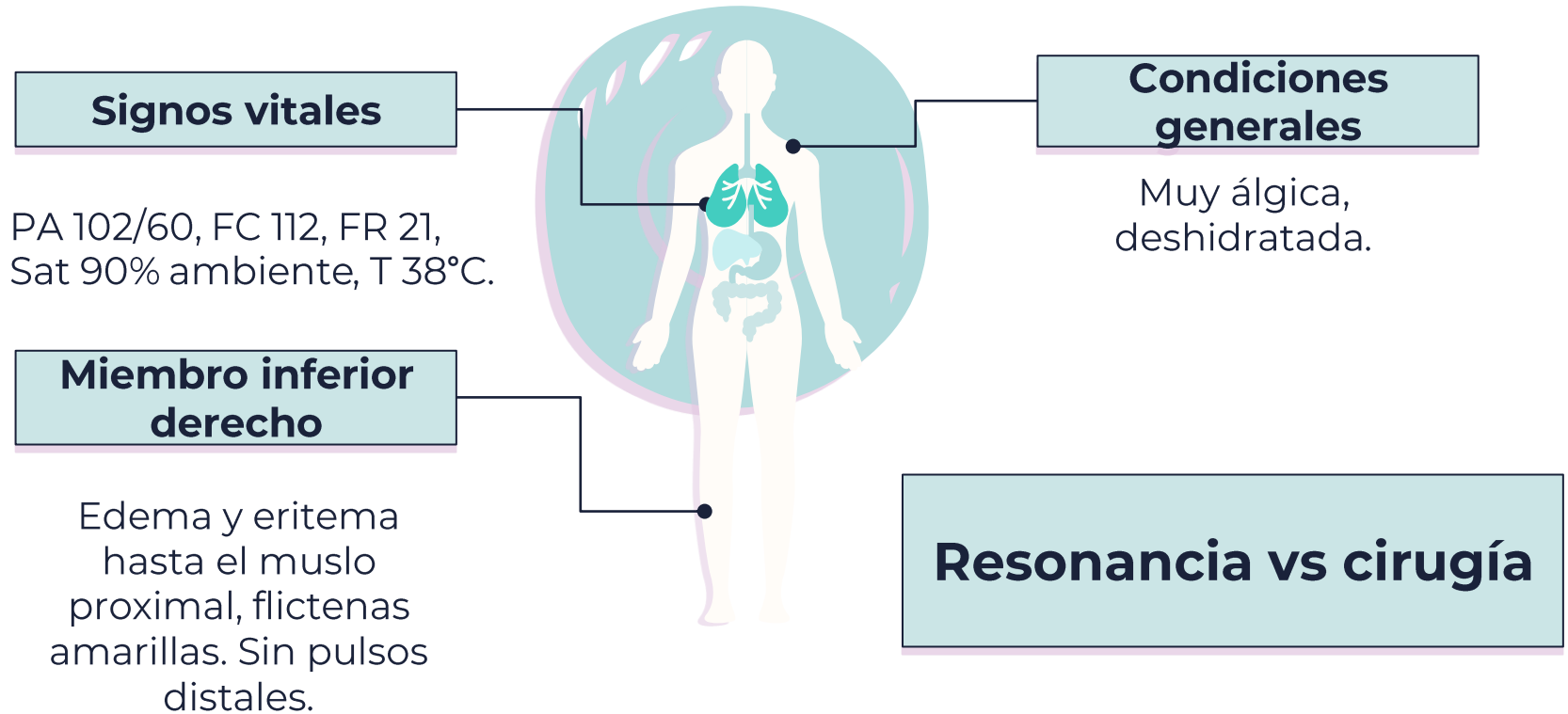
Consulta 10/10/23 a segundo nivel.

Dos días cefazolina, aumento de edema hasta la rodilla, dolor de alta intensidad.

Inician pip/tazo y vancomicina, recibe dos días.

Continúa dolor intenso, más edema y ampollas. Inician meropenem, remiten 18/10/23.

Caso clínico



Epidemiología

- Principales motivos de consulta.

COMORBIDITY	n	Percent %
Diabetes mellitus 2	250	22.05
Immunosuppression	99	8.73
Obesity	79	6.97
End-stage renal disease	72	6.35
Congestive Heart Failure	42	3.70
Chronic Obstructive pulmonary disease	42	3.70
Stroke	30	2.65
Other	319	28.13

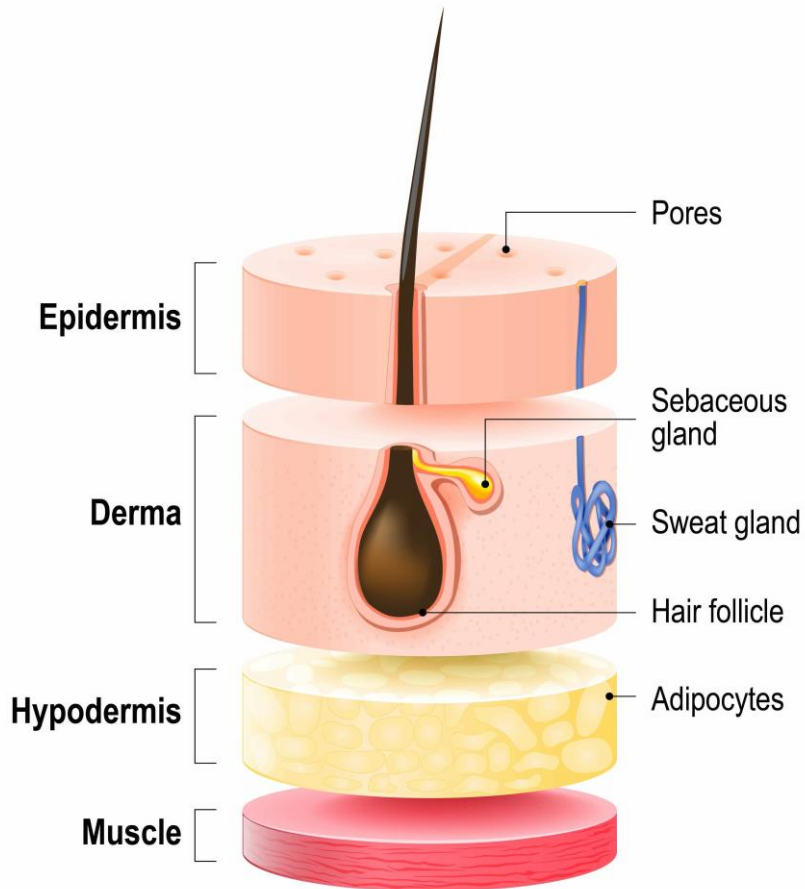
Valderrama S, Gutierrez S, Mackenzie S. Poster ID Week 2015

Definición

“Manifestación clínica de la invasión de la epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo y músculos que induce una respuesta del huésped local o sistémica, pudiendo ser supurativas o no”.

Infection and Drug Resistance 2018;11 1959–1974.

Clasificación anatómica



Impétigo / foliculitis

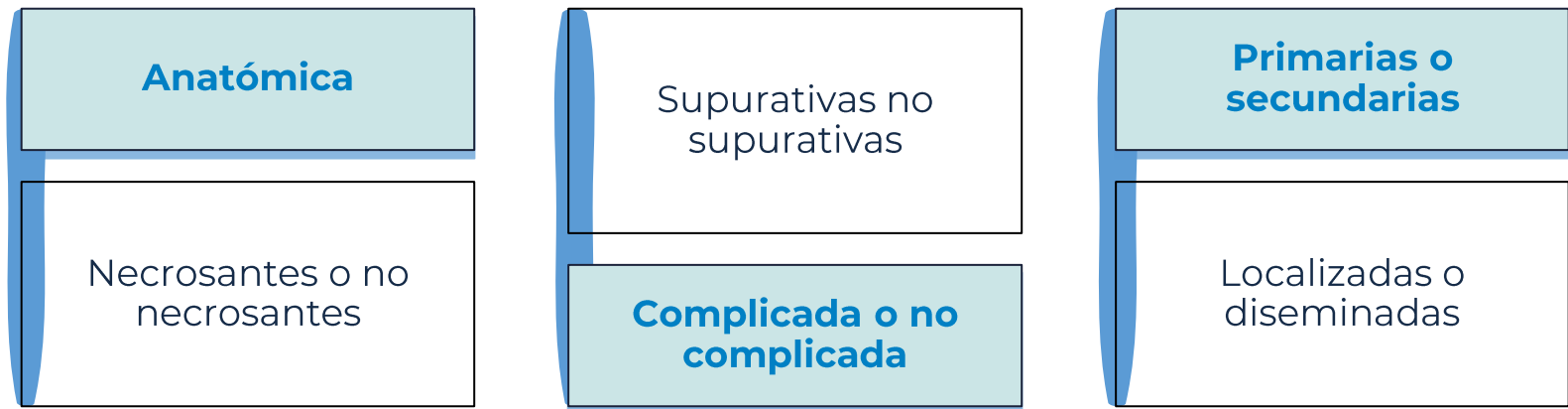
Erisipela / forúnculos

Celulitis

Fascitis necrosante, piomiositis

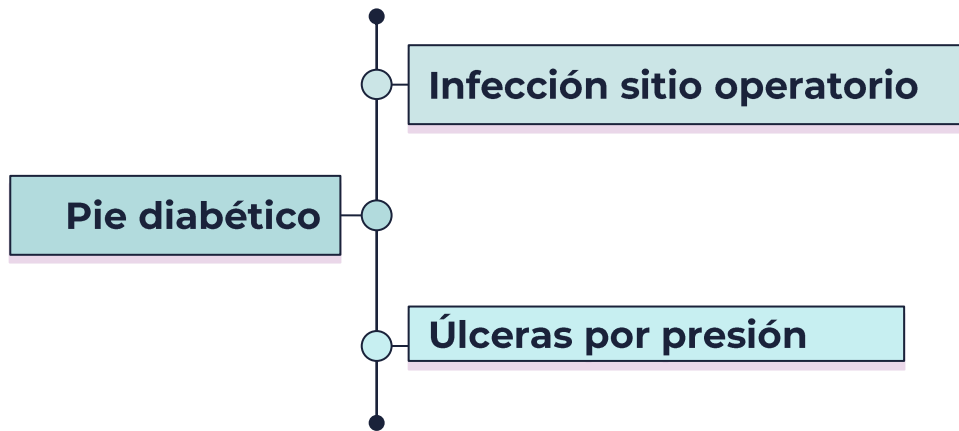
IDSA Practice Guidelines for SSTIs

Clasificación



IDSA Practice Guidelines for SSTIs

Secundarias



Puntos clave

“Banderas rojas”

- Dolor desproporcionado con respecto a los hallazgos al examen clínico.
- Bulas violáceas.
- Hemorragias cutáneas.
- Anestesia de la piel.
- Rápida progresión.
- Gas en el tejido “crepitación”.



Rev Panam Infectol 2013;15(1 Supl 1):S39-41.

Puntos clave

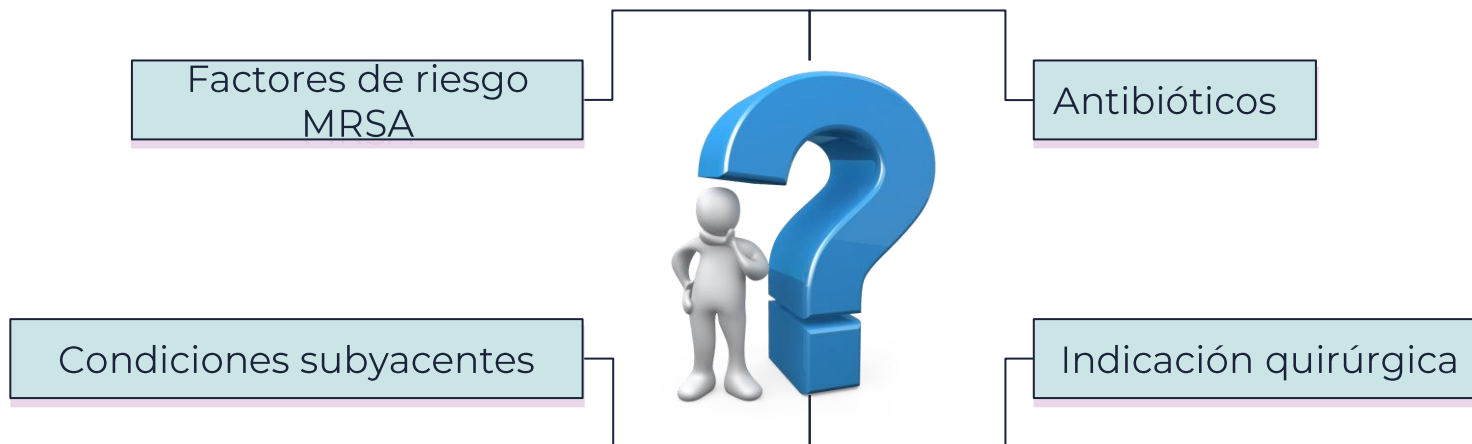
Pacientes vulnerables

Inmunosuprimidos

- VIH.
- Neutropenia febril.
- Trasplantados.



Evaluar



Factores de riesgo S.aureus meticilino resistente

Contacto con portador

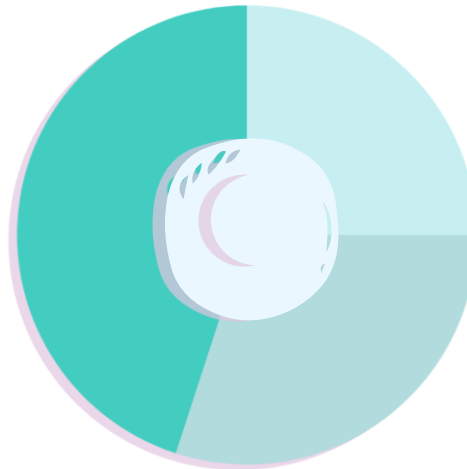
Infección previa por SAMR

Comunidades cerradas:
cárceles /soldados

Atletas/deportes de contacto

Hemodiálisis

Usuarios de drogas IV

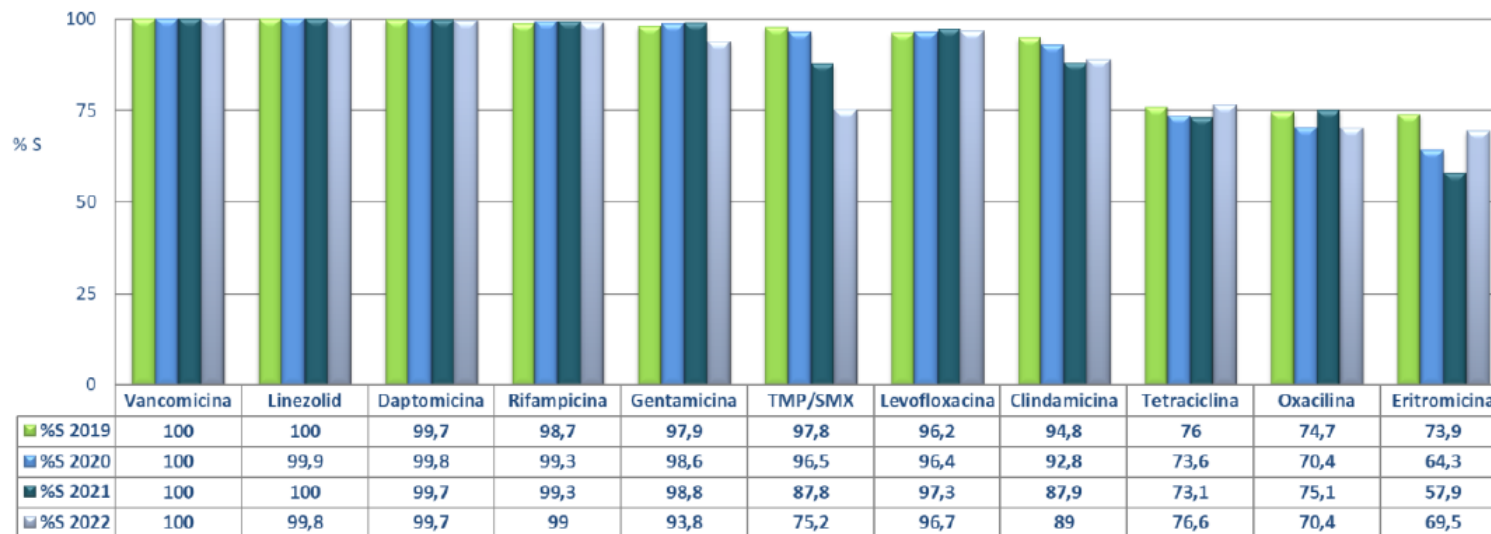


STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Perfiles de sensibilidad a antibióticos de *Staphylococcus aureus* en UCI
2019-2022



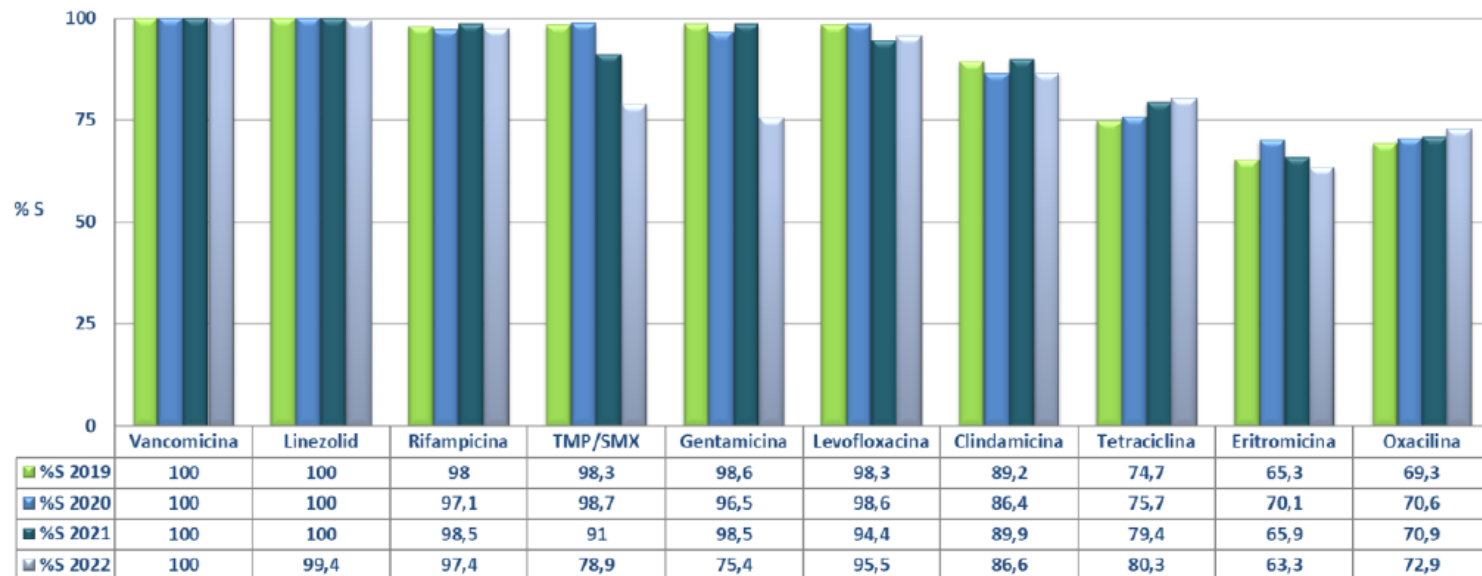
1115 2019 n: 716 2020 n: 849 2021 n: 1691 2022 n:



Perfiles de sensibilidad a antibióticos de *Staphylococcus aureus* en atención ambulatoria
2019-2022.



2019 n: 294 2020 n: 311 2021 n: 412 2022 n: 359



Enfoque

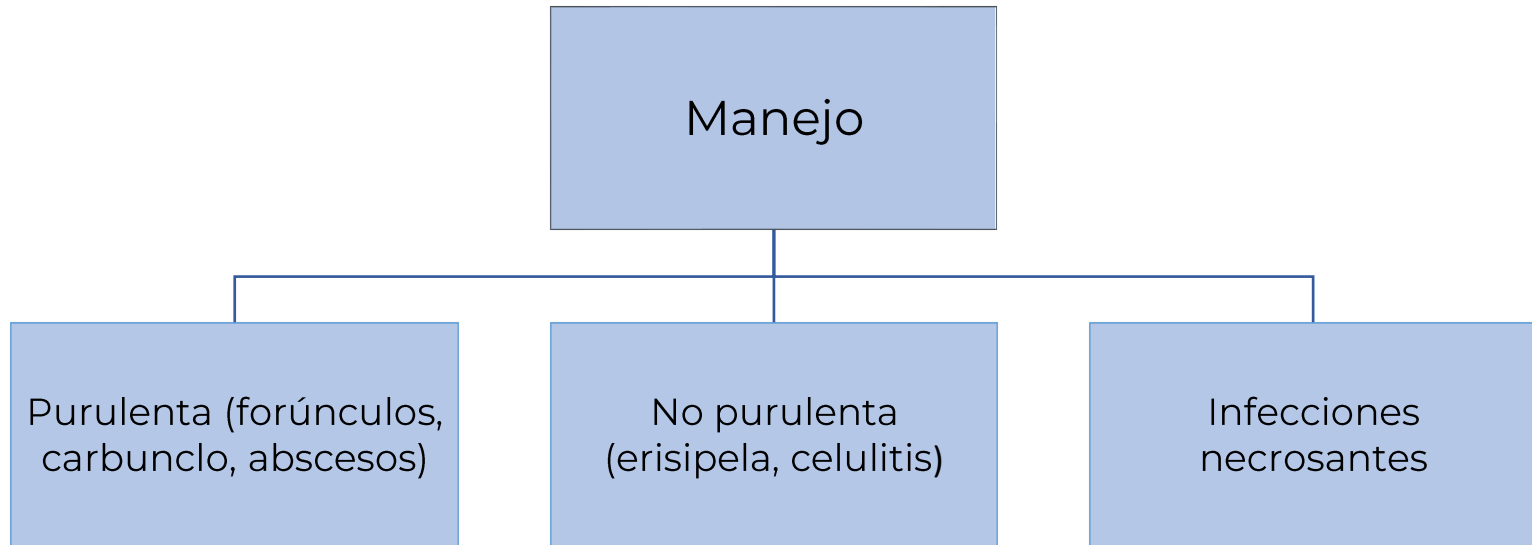


infectio

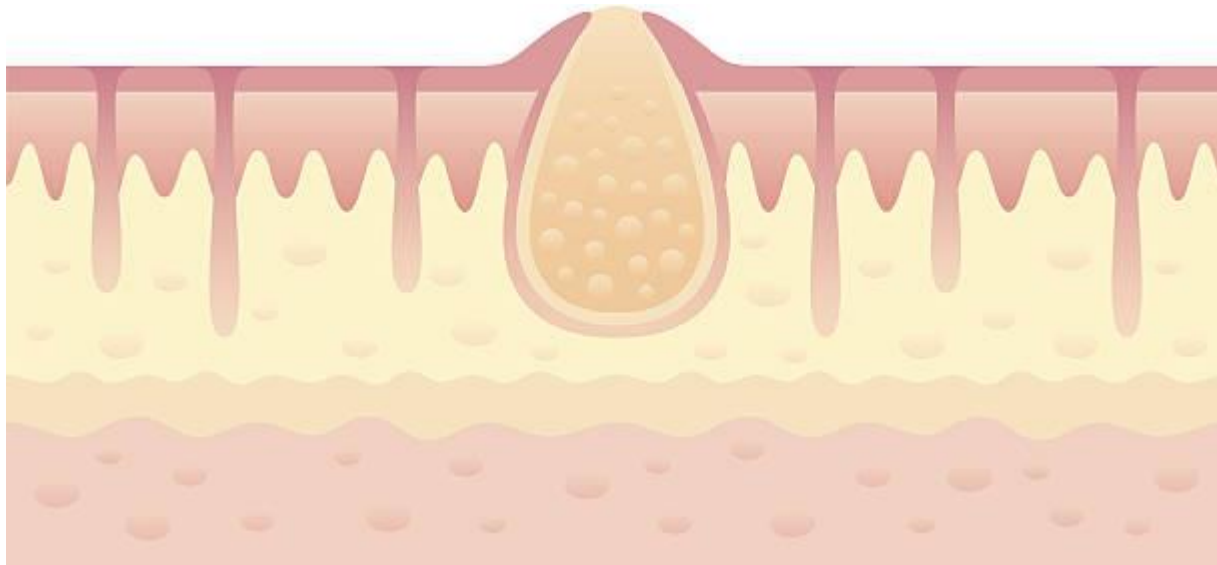
ARTÍCULO ORIGINAL

Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de las Infecciones de Piel y Tejidos Blandos en Colombia

Manejo de infecciones de piel y tejidos blandos



Purulentas



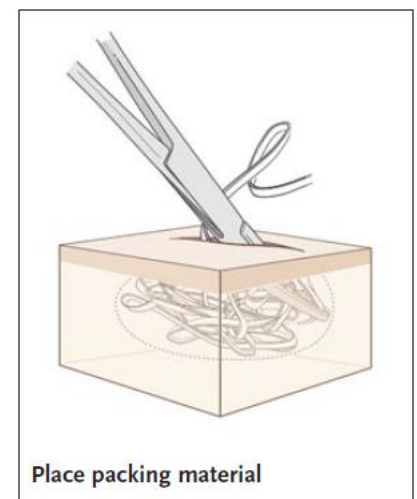
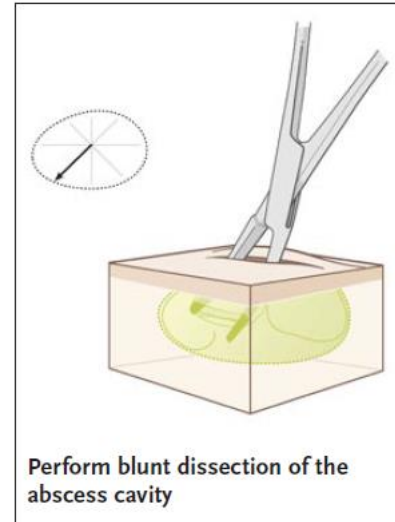
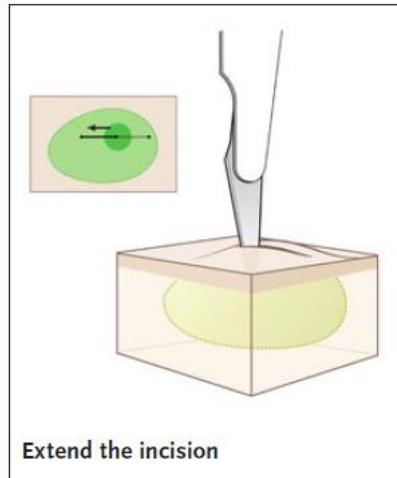
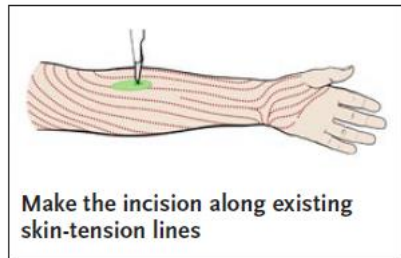
Purulenta

- Gram y cultivo.
- Ecografía de piel y tejidos blandos, dudas presencia de abscesos.
- Lesiones más de 2 cm: incisión.



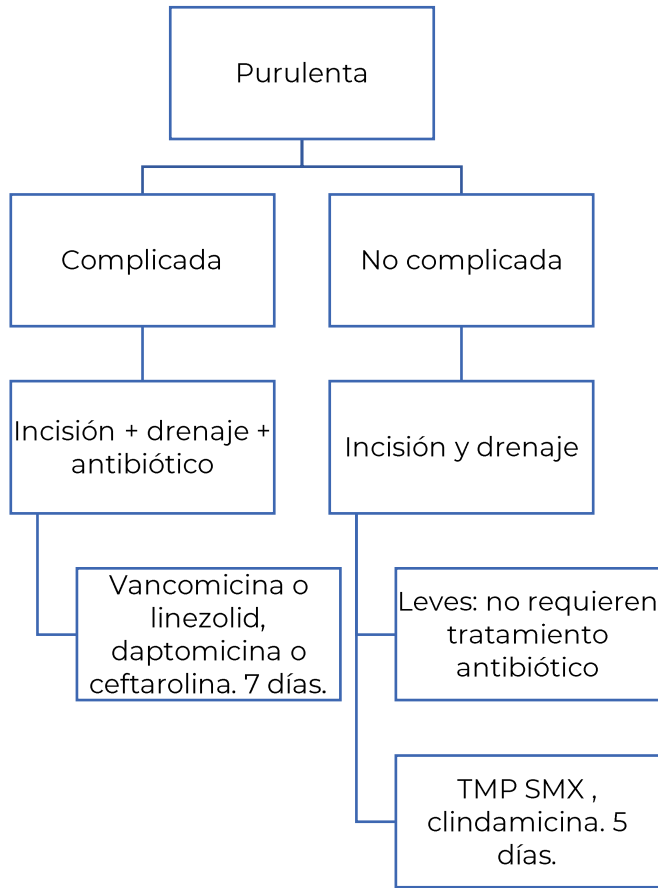
Abscess Incision and Drainage

Michael T. Fitch, M.D., Ph.D., David E. Manthey, M.D.,
Henderson D. McGinnis, M.D., Bret A. Nicks, M.D., and Manoj Pariyadath, M.D.



SIRS
Inmunosupresión
Absceso > 5 cm
Celulitis extensa
Recurrencia

No mejoría
Efectos adversos tratamiento
Diagnóstico diferencial
Interconsulta infectología

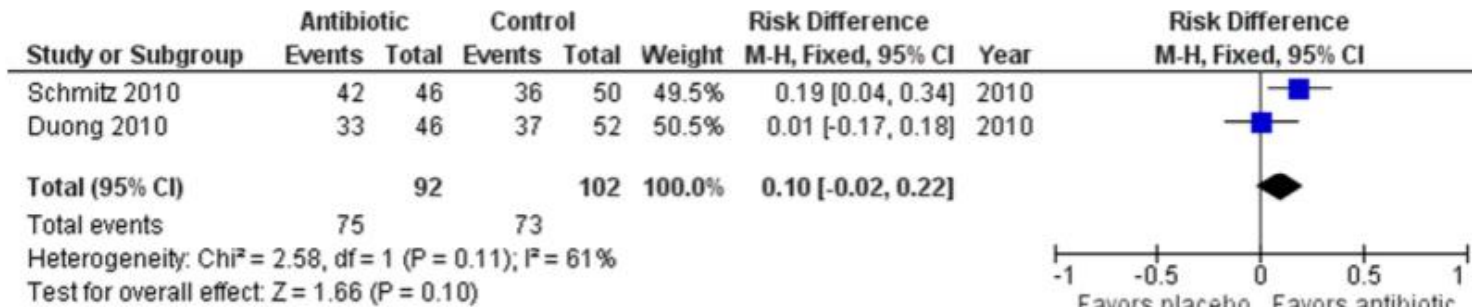


Garantizar espectro para SAMR

Systemic antibiotics after incision and drainage of simple abscesses: a meta-analysis

Adam J Singer, Henry C Thode Jr

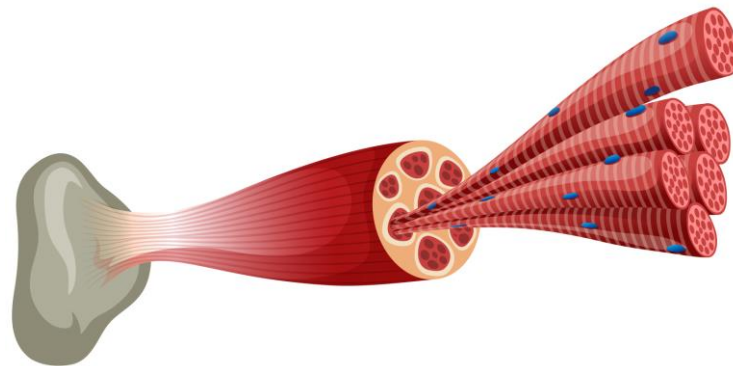
Outcome measures Percentage of patients with complete resolution of abscess without the need for recurrent incision and drainage, additional antibiotics, or hospital admission within 7–10 days of treatment.



Forest plots for 30–90-day recurrence rates.

Miositis

No necesariamente precedidas de cambios inflamatorios en piel.
Diseminación hematológica - por contiguidad.
Psoas, gastrocnemios, femorales.
S. aureus: principal agente.
Tratamiento: drenaje, 4-6 semanas de tratamiento.



No purulentas



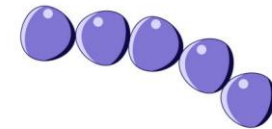
Celulitis - erisipela

Diagnóstico

Hemocultivos, aspirado o biopsia de piel. Importante en neutropenia, inmunodeficiencia celular, interés epidemiológico.

Etiología

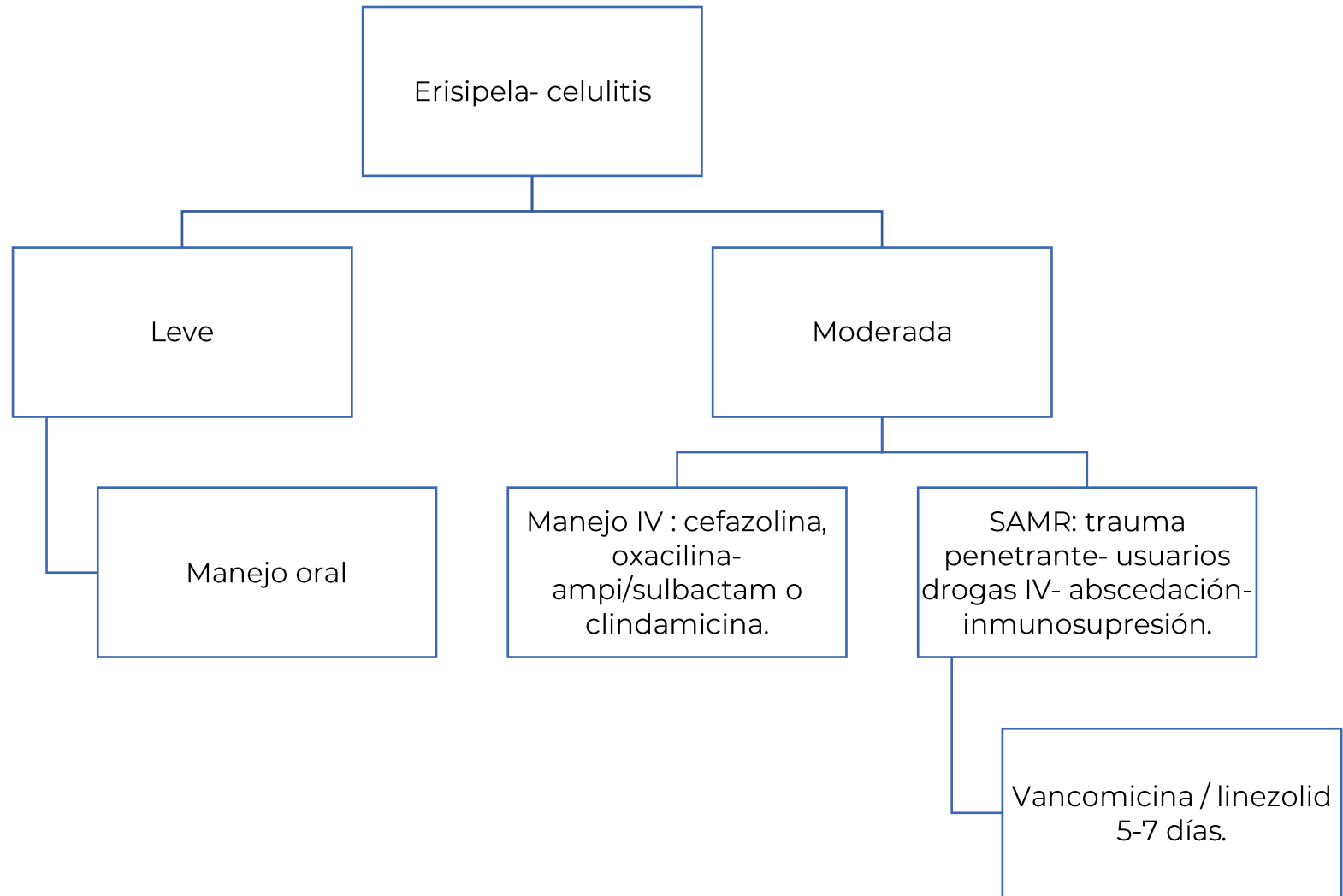
S.pyogenes, menos común S. aureus.



Streptococcus
pyogenes

>65 años

Mejorar condiciones subyacentes
Estancia hospitalaria, recurrencia (75%) y muerte.



No purulentas

¿Cuándo tratar *S.aureus* meticilino resistente en no purulentas?

Trauma penetrante, infección/colonización previa, drogas IV, inmunosupresión.

Comorbilidades y riesgo de infección por otros microorganismos

Diabetes y bacilos gram negativos.

Otras medidas

Elevación de área afectada. Terapia de drenaje linfático.



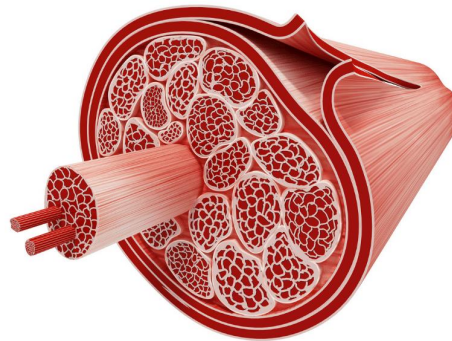
Necrosantes



Infecciones de piel y tejidos blandos necrosantes

Más de 70% dolor desproporcionado
Rápida progresión 24-48 h
Compromiso del estado general
Mortalidad 25-30%
Inciencia 0.4/1000.000

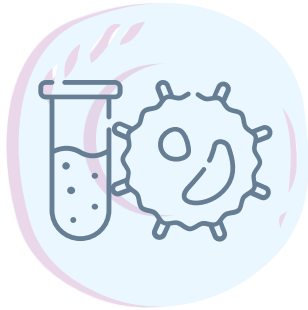
Edema a tensión, flictenas,
equimosis
Crepitación 30% (tardío)
Hipoestesia
Antecedente cirugía



Tipos de fascitis necrosante

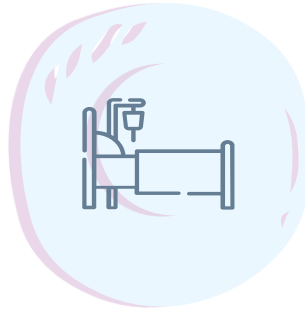
Tipo	Causa	Microorganismo	Características clínicas	Mortalidad
Tipo I (70-80%) ●	Polimicrobianas	Aerobios y anaerobios	Curso más insidioso, Mejor pronóstico	Variable, si hay comorbilidad subyacente
Tipo II (20-30%)	Generalmente monomicrobianas	Usualmente <i>Streptococcus B-hemolítico</i>	Comportamiento agresivo, compromiso sistémico	> 30%
Tipo III	Generalmente gram negativos	<i>Vibrio spp</i>	Exposición a comida cruda de mar o actividades que involucran agua salada.	30-40%
Tipo IV (fúngico)	Asociado a trauma	<i>Candida spp, zygomycetos</i>	Agresivo, especialmente en inmunocomprometidos	>50 %

Infecciones necrosantes



Diagnóstico

Gram, cultivos
intraoperatorios



Escalas

LRINEC



Hallazgos

Diagnóstico
intraoperatorio

Modified Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (m-LRINEC) Score System in Diagnosing Necrotizing Fasciitis: A Nested Case–Control Study

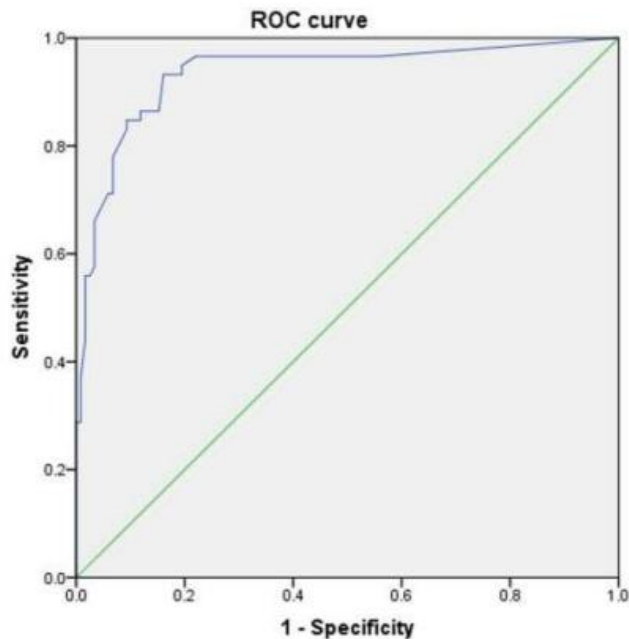


Figure 3 ROC for the combination variables (ie, m-LRINEC), which showed a sensitivity of 0.932 and a specificity of 0.869, corresponding to an optimal cut-off value of 17 points and AUC of 93.5%.

Comorbilidades: DM y
ERC

HPCR

Ajustaron puntos de
corte

Sodio y glucosa/
Eritrocitos

Fibrinógeno

Puntos importantes

No retrasar el manejo quirúrgico.
Retrasos quirúrgicos aumentan la mortalidad.
SAMR+ gram negativos+ pseudomonas.

INFECCIÓN NECROSANTE

SIGNOS - SÍNTOMAS CLÁSICOS

Valoración urgente : Ortopedia

LRINEC Modificado

Hemocultivos – tejido profundo: gram - cultivo

Duda diagnóstica
Imagen
1. ECO – 2. TAC – 3.
RNM

MANEJO QUIRÚRGICO

Vancomicina + Pip/Tazo o Cefepime

Tipo I
Polimicrobiana

Tipo II
Monomicrobiana

Tipo III
Gram Negativos

Tipo IV
Fúngica

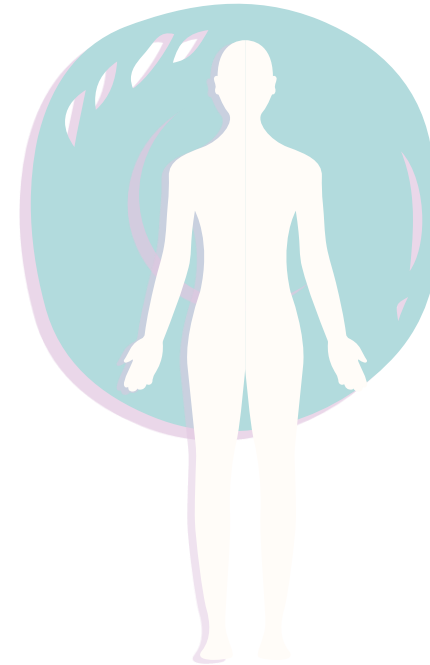
SAMS – SAMR - Estreptococo Grupo A

Aeromonas – Vibrio Vulnificus

Desenlace caso clínico

Hallazgos quirúrgicos 18/10/23

Extenso compromiso necrótico de tejidos blandos, fascitis de tercio distal de la pierna cara lateral, fascitis de compartimiento anterior y del gastrosoleo y absceso pretibial 20 cc en cara medial.



Si el paciente no mejora...

Diagnóstico equivocado - mayor profundidad - abscesos

Condiciones subyacentes

Resistencia antibiótica