

Estrategias terapéuticas en el manejo de la erisipela

Therapeutic strategies in the management of erisipela

Leonardo A. Sánchez Saldaña¹

La erisipela es una infección bacteriana cutánea aguda que afecta de forma difusa la dermis e hipodermis superficial (es una celulitis superficial), siendo importante el compromiso de los vasos linfáticos, manifestada clínicamente por la presencia de signos inflamatorios agudos: eritema, edema y dolor local en el tegumento cutáneo, acompañadas de síntomas generales, escalofríos y fiebre, siendo sus localizaciones preferenciales las extremidades inferiores, área centro facial y pabellones auriculares^{1,2}. Es una infección común, representa una causa importante de morbilidad, hospitalización y en ocasiones, de mortalidad en la población general. Afecta a todas las razas, es más común en mujeres, afecta todos los grupos de edad, se presenta característicamente en niños pequeños o en pacientes adultos, con un pico de incidencia entre los 60 y 80 años de edad. El 85% de los casos ocurre en las piernas, solo el 20 % en la cara, en los niños es común en la piel del abdomen^{1,4}.

Es causada por el *estreptococo β hemolítico del grupo A*, ocasionalmente por el *estafilococo aureus*, y menos frecuentemente los grupos B, C y G. En los niños, el estreptococo del grupo B y H influenzae tipo B. En diabéticos e inmunosuprimidos los Gram negativos como E Coli, P mirabilis, Acinetobacter, Enterobacter y P aeruginosa^{1,2}. La infección se inicia a menudo cuando se produce una pérdida de la integridad de la barrera epidérmica. Son factores de riesgo más relevantes el linfaedema crónico y lesiones cutáneas como úlceras de las piernas, dermatitis, dermatofitosis de localización interdigital, picaduras y fisuras. Otros factores predisponentes incluyen la

diabetes mellitus, alcoholismo, síndrome nefrótico, inmunodeficiencias e infección por VIH^{1-3,5}

La erisipela suele tener inicio brusco, con síntomas generales caracterizado por alza térmica, malestar general y astenia. Tras un periodo de incubación breve aparecen las manifestaciones cutáneas en 1 a 2 días después. Al inicio los pacientes notan escozor y enrojecimiento del área afectada que progresivamente se delimita en una placa indurada, tumefacta, caliente, roja y brillante, de bordes sobre elevados, netamente diferenciada de la piel normal circundante que se extiende excéntrica y progresivamente a modo de llamarada. Debido a la importante afectación linfática, la placa presenta un aspecto de piel de naranja. En ocasiones pueden aparecer vesículas y ampollas, incluso de contenido hemorrágico. Krasagakis et al⁵ sugiere que el *S. aureus* está frecuentemente involucrado en la erisipela y probablemente actúe sinérgicamente con el estreptococo β hemolítico en las formas ampollares de erisipela. El cuadro clínico es localizado, unilateral y asimétrica, presenta adenopatía regional y es frecuente las recurrencias^{1,2,55}. La erisipela puede evolucionar a una celulitis si la infección progresa en profundidad afectando a todo el espesor del tejido celular subcutáneo, mostrándose entonces las lesiones menos congestivas y con límites imprecisos. La fase de curación cursa con descamación superficial de la piel^{1,2}. Cuando el cuadro clínico no es tan característico, la zona afectada es distinta de las típicas y el paciente está sólo levemente enfermo, debemos sospechar la implicación de otros patógenos diferentes al *S. pyogenes*, como el *S. aureus*.

La erisipela asienta con facilidad en áreas con drenaje linfático distorsionado o con linfedema crónico como las piernas (localización más frecuente) con síndrome posflebítico, úlceras crónicas, o afectada previamente por erisipela o celulitis recidivante; o brazo homolateral

1. Médico Dermatólogo de Clínica Privada
Past Presidente de la Sociedad Peruana de Dermatología
Ex Jefe del Departamento de Dermatología Hospital Militar Central.
Profesor Invitado de Post grado de Dermatología. UNMSM. Lima-Perú.

a una mastectomía o a una disección ganglionar regional. En la erisipela facial la localización más característica es la malar, con posible extensión por el puente nasal a la región contralateral, adquiriendo un aspecto en alas de mariposa. El edema es marcado y los ojos están a menudo cerrados por la hinchazón¹⁻⁵. Otra ubicación de erisipela estreptocócica es sobre heridas quirúrgicas recientes, donde el *S. pyogenes* es uno de los escasos patógenos bacterianos que produce signos de infección en las primeras 24 horas. Tras circuncisión puede aparecer una erisipela localizada en la zona perineal. En recién nacido la localización más frecuente es periumbilical, con vía de entrada a partir del muñón umbilical^{1,2}.

INVESTIGACIONES ESPECÍFICAS

▲ Hemograma

Suele encontrarse leucocitosis marcada de 15,000 a 40,000 con una pronunciada desviación izquierda.

▲ Cultivo - hemocultivo

5% de positividad del cultivo

▲ Para identificar el microorganismo la aglutinación con látex suele ser más sensible que el cultivo

▲ Serología: ASO y antiDNasa B

Es diagnóstica en el 40% de los casos, pero sólo es útil para el diagnóstico retrospectivo

▲ Biopsia cutánea

Usualmente no se realiza

Tinción de Giemsa o Gram

Pueden ponerse de manifiesto cocos agrupados

Técnica de inmunofluorescencia directa frente a estreptococos sobre los tejidos de biopsia, se han obtenido resultados positivos en un 70% de los casos.

▲ Resonancia magnética nuclear

Útil para localizar abscesos subcutáneos

▲ Radiografía simple de partes blandas

Para detectar presencia de gas en casos sospechosos de gangrena por anaerobios.

El *diagnóstico* se fundamenta en la historia clínica y la exploración física. El *diagnóstico diferencial* debe hacerse fundamentalmente con la celulitis. Otros diagnósticos diferenciales con trastornos inflamatorios no infecciosos como tromboflebitis, trombosis venosa profunda, dermatitis de estasis, urticaria "gigante", angioedema, dermatitis de contacto, síndrome de Sweet, eritema nodoso, erupción

fija medicamentosa, fascitis eosinofílica, carcinoma inflamatorio de mama, entre otros. También con diversas infecciones cutáneas como forúnculos, herpes zóster prevesicular, erisipeloide, eritema crónico migratorio, mucormicosis, osteomielitis secundaria a sinusitis paranasal, infecciones gangrenosas o necrotizantes y fiebre mediterránea familiar.

Diagnóstico diferencial entre la erisipela y la celulitis es^{1,2}:

1. Erisipela:

- ▲ Inicio agudo, menor de 24 hora
- ▲ Inflamación superficial
- ▲ Asociado a síntomas generales: fiebre mayor 38°, escalofríos
- ▲ Inflamación cutánea bien delimitada y sobreelevada
- ▲ Generalmente unilateral (98%), afecta predominantemente la pierna o pie (85%)
- ▲ Factores de riesgo en la mayoría de pacientes
- ▲ Linfaedema, puerta de entrada local
- ▲ Títulos ASO positivos bajo al inicio o durante el seguimiento (<40%).

2. Celulitis:

- ▲ Inicio insidioso y progresivo
- ▲ Inflamación más profunda
- ▲ Asociado a síntomas generales en ocasiones
- ▲ Inflamación cutánea de límites imprecisos y no sobreelevada
- ▲ No tiene un correlato anatómico patológico preciso
- ▲ Factores de riesgo similares a los de la erisipela

Las complicaciones más comunes son la flebitis, tromboflebitis, los abscesos, gangrena, glomerulonefritis aguda, endocarditis, septicemia, linfaedemas persistentes, elefantiasis, trombosis retrógrada del seno cavernoso y complicaciones tóxicas que comprometen articulaciones contiguas. El pronóstico de los pacientes con erisipela es bueno cuando recibe tratamiento oportuno. El tratamiento antibiótico precoz previene las complicaciones y produce mejoría del estado general en las primeras 24 a 48 horas.

ESTRATEGIAS DE MANEJO

El tratamiento de la erisipela debe instalarse en forma rápida. Las medidas son^{1,2,6-10}:

1. Medidas generales

- ▲ Hospitalización según la gravedad (Clase II-IV de la clasificación de Eron)
- ▲ Reposo y elevación de la zona afectada. Disminuye el edema y la hinchazón
- ▲ Corregir los factores predisponentes
- ▲ Tratamiento de la puerta de entrada
- ▲ Prevenir la tromboflebitis

2. Tratamiento local

- ▲ No se sugiere tratamiento tópico de la erisipela, a menos que curse con ampollas, costras o ulceraciones, en cuyo caso se utilizará:
- ▲ Fomentos antisépticos con sulfato de cobre, algún antibiótico o antiséptico tópico
- ▲ Fomentos con compresas frías de suero fisiológico estéril mejoran el dolor local y son astringentes en presencia de ampollas
- ▲ Compresas con solución de permanganato de potasio 1/10,000, en caso lesiones ulceradas y necróticas
- ▲ Solución acuosa de Sulfato de zinc, sulfato de cobre al 1/1000
- ▲ Cremas antibióticas: Mupirocina, ácido fusídico, nadifloxacina
- ▲ Desbridamiento quirúrgico cuando es necesario.

3. Estrategias: casos leves y no complicados (Clase I de la clasificación de Eron)

- ▲ Tratamiento de primera línea
 - Amoxicilina:
 - Niños:* 30 - 50 mg /Kg/día vía oral dividida en tres tomas
 - Adultos:* 500 mg cada 8 horas
 - Amoxicilina / ácido clavulánico son suficientes para resolver el problema.
 - Niños < 40 kg:* 25-30/3,6 - 45-50/6,4 mg / kg / día vía oral en 2 tomas.
 - Adultos y niños > 40 kg:* 875/ 125 mg vía oral dividido en 2 tomas
 - Fenoximetil penicilina (Penicilina V)
 - Niños:* 40,000 UI / kg / día vía oral en 4 dosis
 - Adultos:* 400,000 a 1,000,000 UI, vía oral cada 6 horas por 10 días.
 - Cloxacilina
 - Dosis en RN:* 50 - 100 kg/kg/día IM en 2 dosis.

Dosis en niños: 100 - 200 mg/kg/día IM en 4 dosis

Dosis adultos: 4 - 6 gr/día IV en 4 dosis.

- ▲ Otros antibióticos de primera línea:
 - Cefalosporinas de primera generación
 - Cefalexina:
 - Dosis en adultos:* 1 gramo cada 8 horas vía oral por 10 días
 - Dosis en niños:* 50 - 100 mg/Kg./día en 3 a 4 tomas por 10 días.
 - Cefadroxilo:
 - Dosis en niños* 40 - 50 mg / Kg / día vía oral en 2 dosis.
 - Dosis en adultos:* 500 mg vía oral cada 12 horas.
 - Cefalotina:
 - Dosis en niños* 80 - 160 mg / kg /día IV o IM en 4 dosis.
 - Dosis en adultos:* 500 mg IM o IV cada 6 horas.
 - Cefazolina:
 - Dosis en niños* 50 - 100 mg / Kg / día VO en 4 dosis.
 - Dosis en adultos:* 500 mg - 1000 mg IV cada 6 horas.
 - Cefradina:
 - Dosis en niños* 50 - 100 mg / Kg / día VO, IM, IV.
 - Dosis en adultos:* 500 mg IM, IV, VO
 - ▲ Estrategias de segunda línea
 - Clindamicina
 - Niños:* 25 - 40 mg/kg/día divididos en 3 a 4 dosis IM
 - Adultos:* 300 a 600 mg cada 6 a 8 horas VO/IV/IM
 - Levofloxacina
 - Dosis adultos:* 500 mg cada 24 horas.

4. Casos con severidad y signos de toxicidad (Clasificación Eros II-IV)

- ▲ Necesita hospitalización
- ▲ Deben ser tratados con agentes antimicrobianos intravenosos.
- ▲ Tratamiento de primera línea:
 - Penicilina G (bencilpenicilina) y/o flucloxacilina
 - Antibiótico bactericida del grupo de la penicilina de acción rápida.
 - Dosis niños:* 50,000 UI cada 6 horas por 10 días. IV
 - Dosis adultos:* 1millon UI cada 6 horas por 10 días. IV.

- Cloxacilina
Uso preferentemente intramuscular.
Dosis en RN: 50 - 100 mg/kg/día IM en 2 dosis.
Dosis en niños: 100 - 200 mg/kg/día IM en 4 dosis
Dosis adultos: 4 - 6 gr/día IV en 4 dosis.
- ▲ Se puede utilizar una amplia gama de antibióticos de segunda línea:
 - Ceftriaxona
Cefalosporina de amplio espectro, bactericida, de acción prolongada para uso parenteral.
Dosis lactantes y niños menores de 12 años (desde 15 días a 12 años).
Dosis diaria recomendada es de 20-80 mg/kg de peso vía IV.
Dosis adultos y niños mayores de 12 años: 1 - 2 g cada 24 horas vía IV.
Casos graves hasta 4 g una sola vez al día.
 - Oxaciclina 2 gr IV cada 6 horas + dicloxacilina 500 mg cada 6 horas VO. X 10 días.
 - Ciprofloxacina
En infecciones de la piel y tejidos blandos.
Dosis en adultos: 200 - 400 mg cada 12 horas vía IV. La dosis puede aumentarse hasta 400 mg cada 8 horas en casos muy graves.
No se recomienda su uso en niños y adolescentes.
- ▲ Otras alternativas
 - Vancomicina
En infecciones de la piel y tejidos blandos graves causadas por bacterias Gram + sensibles a la vancomicina.
Dosis adultos y mayores de 12 años: 15 - 20 mg/kg de peso corporal cada 8 - 12 h IV. En pacientes gravemente enfermos puede utilizarse una dosis inicial de 25 - 30 mg/kg de peso corporal.
Dosis lactantes y niños (entre un mes y menores de 12 años): 10 - 15 mg/kg de peso corporal cada 6 horas.
Dosis recién nacidos a término (desde nacimiento hasta los 27 días postnatal): Médico experto en régimen de dosificación de RN.
 - Teicoplanina
Bactericida para infecciones de la piel y tejidos blandos en adultos, niños y recién nacidos.
Dosis adultos y niños mayores de 12 años: Dosis inicial 400 mg (6 mg/kg de peso) cada 12 horas IV/IM por 5 dosis. Dosis de mantenimiento 400 mg una vez al día.
Dosis de 2 meses a menores de 12 años: Dosis inicial 10 mg/kg peso corporal cada 12 horas. Dosis de mantenimiento 8 mg/kg de peso una vez al día.
 - Imipenem/cilastatina
Antibiótico B-lactámico del grupo de los carbapenems. Tiene amplio espectro que incluye que bacterias G+ y G- aerobias y anaerobias.
Utilidad en infecciones de la piel y tejidos blandos vía IM con dosis de 500 - 750 mg cada 12 horas.
 - Daptomicina
Indicado en infecciones complicadas de la piel y tejidos blandos
 - Linezolid
Indicado en infecciones complicadas de la piel y tejidos blandos causadas por Staphylococcus aureus y streptococcus que no responden a otros antibióticos. Indicado vía oral e IV.
Dosis 600 mg cada 12 horas vía IV o VO.
Niños mayores de 12 años de edad y adolescentes: 600 mg cada 12 horas
Niños menores de 12 años: 10 mg/kg dosis cada 8 horas (máximo 600 m/día)
Neonatos hasta 2 kg: 10 mg/kg/dosis cada 12 horas.
 - Oritavancina.
Indicada en infecciones bacterianas agudas de la piel y tejidos blandos. Vial de 400 g.
Dosis: 1200 mg intravenosa en 3 horas cada 24 horas.
- ▲ Si se sospecha estafilococo se deberá usar dicloxacilina o quinolonas.
- ▲ Considerar la posibilidad de cepas productoras de penicilinas en casos de no respuesta a la terapia convencional, y en éstos casos la opción sería la combinación de amoxicilina/ácido clavulánico o quinolonas.
- ▲ En caso de cepas meticilino resistentes se usará vancomicina o sulfametoxazol-trimetoprim.
- ▲ En casos de recurrencia se empleará la quimoprofilaxis con penicilina G benzatínica 2.4 millones de UI IM cada 3 a 4 semanas o penicilina V 1 millón de UI vía oral durante 6 a 12 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez-Saldaña L, Saenz-Anduaga E. Infecciones cutáneas bacterianas. *Dermatología peruana* 2006;16(1):7-3
2. Sánchez-Saldaña L. Piodermias. En *DERMATOLOGÍA. O TINCOPA-WONG*. 1° ED. LIMA. UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, 2011:60-78
3. Bañuls J, Ramón R. Erisipela, celulitis y linfangitis. *Monogr Dermatol* 1999;12:39-44.
4. Gil MJ. Infecciones cutáneas causadas por estreptococos. En: Jiménez JM, Drobnic L, editores. *Infecciones en Dermatología*. (1.a ed.). Barcelona: Laboratorios Menarini, SA, 2002:269-79.
5. Swartz MN, Weinberg AN. Infections due to Gram-Positive Bacteria. En: *Dermatology in General Medicine*. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K et al (eds.). New York: McGraw-Hill, 1999:2344-64.
6. Epstein ME, Amodio-Groton M, Sadick NS. Antimicrobial agents for the dermatologist. I. β -Lactam antibiotics and related compounds. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:149-65.
7. Epstein ME, Amodio-Groton M, Sadick NS. Antimicrobial agents for the dermatologist. II. Macrolides, fluorquinolones, rifamycins, tetracyclines, trimethoprim-sulfamethoxazole, and clindamycin. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:365-81.
8. Ramos JR, Belinchón I. Avances de la antibioticoterapia en dermatología. *Piel* 1995;10:489-99.
9. Sanford JP, Gilbert DN, Gerberding JL et al: *Guía de terapéutica antimicrobiana*, 1996.
10. Veien NK. The clinician's choice of antibiotics in the treatment of bacterial skin infection. *Br J Dermatol* 1998;139:30-6.

Correspondencia: Dr. Leonardo A Sánchez Saldaña
Email: dr_leonardosanchez@yahoo.es

Recibido: 22 - 09 - 19
Aceptado: 20 - 10 - 19



VISITA NUESTRA REVISTA

DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

www.dermatologiaperuana.pe

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA