

## INFECCIONES CUTÁNEAS BACTERIANAS EN EL ADULTO

Rosa Madrideo Mora. Farmacèutica d'Atenció Primària. Mútua de Terrassa.

Núria Barriendos metgessa especialista en medicina familiar i comunitària. CAP Sant Cugat. Mútua Terrassa

### Resumen

*Las infecciones cutáneas bacterianas son uno de los motivos de consulta más frecuentes por causa infecciosa en la Atención Primaria, seguidas de las infecciones respiratorias y urinarias. El tipo y la gravedad de la infección depende de la profundidad y del compartimento de la piel afectada. Puede ser una infección primaria si se produce sobre piel sana, o secundaria si se produce sobre lesiones previas. Este Boletín revisa el tratamiento de las infecciones cutáneas más frecuentes como el impétigo, la erisipela, la celulitis, la foliculitis, la hidrosadenitis supurativa, el acné y las infecciones por mordeduras.*

*En el abordaje de las infecciones cutáneas se recomienda tratamiento empírico, y solo en los casos en los que no evoluciona favorablemente se recomienda solicitar un estudio microbiológico. Las infecciones superficiales generalmente solo requieren un buen lavado, la utilización de antisépticos y limitar el uso de antibióticos tópicos ya que generan resistencias de forma rápida. El tratamiento con antibióticos por vía oral se debe reservar para las formas más graves o para pacientes de alto riesgo. La duración de los tratamientos deberá ser lo más corta posible, habitualmente no más de 5 días.*

### Introducción

Las infecciones cutáneas bacterianas son uno de los motivos más frecuentes de consulta por causa infecciosa, en la Atención Primaria seguida de infecciones respiratorias y urinarias<sup>1</sup>.

La piel es la principal barrera estructural de defensa del organismo frente a agentes externos. Está formada por tres capas: la epidermis (capa externa más protectora y avascular), la dermis y el tejido celular subcutáneo más profundo y con irrigación sanguínea. En condiciones óptimas existe un equilibrio entre los microorganismos externos y el huésped, pero existe una gran variedad de causas que pueden producir un desequilibrio y favorecer la infección<sup>2-5</sup>. Las causas más frecuentes se observan en la tabla 1.

El tipo y gravedad de la infección depende de la profundidad y del compartimento de la piel afectada. Habitualmente son procesos banales, pero en algunos casos complicados pueden llegar a ser letales como en las fascitis necrosantes que presenta una mortalidad superior al 70%<sup>5, 6</sup>.

Las infecciones cutáneas bacterianas se pueden clasificar como primarias, si se producen sobre piel previamente sana. Pueden afectar a la epidermis como el impétigo, a la dermis superficial como la erisipela, a la dermis profunda como la celulitis o a los anexos como la foliculitis, la hidrosadenitis supurativa o el acné vulgar por ejemplo. Por otro lado, se consideran infecciones secundarias si se producen sobre lesiones previas, como pueden ser las infecciones causadas por mordiscos, las del pie diabético, las infecciones por úlceras por presión, las de heridas quirúrgicas, etc.<sup>5-7</sup>.

Este *Boletín* hace una breve revisión de las infecciones cutáneas más frecuentes de motivo de consulta en la Atención Primaria de nuestro entorno, concretamente se abordará el tratamiento de impétigo, erisipela, celulitis, foliculitis, hidrosadenitis supurativa, acné e infección por mordedura.

**Tabla 1. Causas que pueden favorecer las infecciones cutáneas**

Debidas a la disminución de las defensas del huésped:
Disminución de la integridad de la barrera
Heridas Fracturas Quemaduras Dermatitis Mordiscos, picaduras
Alteraciones de la flora saprófita propia
Calidad de la piel disminuida por: flujo sanguíneo disminuido, limpieza, humedad
Variaciones en la inmunidad
Patologías basales: Diabetes Mellitus
Debidas al agente infeccioso
Virulencia del agente infeccioso
Cantidad de inóculo

## Diagnóstico y selección del tratamiento

El diagnóstico es fundamentalmente clínico por lo que es esencial una valoración del entorno en el que se ha producido y conocer con detalle la exposición profesional, la exposición a

animales, aguas, viajes, estilos de vida o la presencia de traumatismos previos, lesiones, etc.<sup>5, 7</sup>.

Las bacterias más frecuentes como flora transitoria de la piel son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* y, por lo tanto, son los más implicados en las infecciones cutáneas. Otras bacterias que pueden producir infecciones con menos frecuencia son *Corynebacterium minutissimum*, *Erysipelothrix rhusiopathiae*, etc. En algunos casos, como en las mordeduras, pueden ser polimicrobianos<sup>4-6, 8</sup>.

En la tabla 2 se observan las infecciones bacterianas más frecuentes, su localización y los microorganismos más habituales.

En general los estreptococos del grupo A son las bacterias más predominantes en las infecciones no purulentas, mientras que el *S. aureus* lo es en las infecciones purulentas<sup>9</sup>.

El *S. pyogenes* es siempre sensible a las penicilinas, aún así el *S. aureus* presenta alrededor de un 90% de resistencia a las penicilinas por penicilinasas. En pacientes hospitalizados, sondados, institucionalizados o inmunodeprimidos es frecuente la presencia de *S. aureus* resistentes a meticilina (SARM) lo cual representa un riesgo para el control de la infección<sup>10</sup>. En la Atención Primaria la incidencia no es elevada y, por este motivo, para el tratamiento empírico de la mayoría de infecciones no es necesario considerar la potencial presencia de SARM<sup>4, 5</sup>.

Para el abordaje de las infecciones cutáneas en la Atención Primaria se recomienda tratamiento empírico y solo en caso de una evolución desfavorable se recomienda solicitar un estudio microbiológico.

La indicación o no de tratamiento antibiótico dependerá de la localización, gravedad de la infección y selección del tratamiento del microorganismo más frecuente, las resistencias locales y características individuales del paciente<sup>5, 11</sup>.

**Tabla 2. Infecciones cutáneas más frecuentes: localización y microbiología**

Tipo de infección	Localización	Microorganismo más frecuente	Observaciones
Impétigo	Epidermis	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus grupo A</i>	Ampolloso ( <i>S. aureus</i> )
Erisipela	Dermis- Tejido subcutáneo superficial	<i>Streptococcus grupo A</i>	Afecta a menudo a portadores orofaríngeos
Celulitis	Dermis-Tejido subcutáneo profundo	<i>Streptococcus grupo A</i> o <i>S. aureus</i> (incluido SARM),	Monomicrobiana si es primaria. Si es secundaria polimicrobiana con anaerobios y BGN
Foliculitis	Folículo piloso superficial	<i>Staphylococcus aureus</i>	
Forúnculo/Ántrax	Folículo piloso dermis-tejido subcutáneo	<i>Staphylococcus aureus</i>	
Hidrosadenitis supurativa	Folículo pilosebáceo glándulas apocrinas	<i>Staphylococcus aureus</i>	Otros patógenos <i>Streptococcus</i> spp., BGN y anaerobios.
Acné	Folículo pilosebáceo	<i>Propionobacterium acnes</i>	Se producen lesiones cutáneas debido a la queratinización anormal del folículo pilosebáceo por la interacción con andrógenos
Infección por mordedura	Variable. Tejido subcutáneo superficial-profundo	Perro: <i>Pasteurella multocida</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , anaerobios y <i>Capnocytophaga canimorsus</i> . Gato: <i>Pasteurella multocida</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Bartonella henselae</i> . Humanos: estreptococos y estafilococos.	

**Tabla 3. Espectro de actividad de los antibióticos más empleados en las infecciones cutáneas**

Antibiótico	S aureus	S pyogenes	SARM	Enterobacterias
Fusídico	SÍ	SÍ	SÍ	NO
Mupirocina	SÍ	SÍ	SÍ	NO
Penicilina V	NO	SÍ	NO	NO
Amoxicilina	NO	SÍ	NO	NO
Cloxacilina	SÍ	SÍ	NO	NO
Cefadroxilo	SÍ	SÍ	NO	NO
Cefuroxima-axetilo	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Amoxicilina- ácido clavulánico	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Clindamicina	SÍ	SÍ	20% R	SÍ
Cotrimoxazol	SÍ	NO	3% R	SÍ
Macrólidos	20% R	7% R	50% R	SÍ

Las infecciones superficiales habitualmente solo requieren un buen lavado y utilización de antisépticos como la povidona yodada al 10%. El tratamiento con antibióticos sistémicos se ha de reservar para formas más graves o para pacientes de alto riesgo<sup>5, 12</sup>. Las duraciones de tratamiento tendrán que ser lo más cortas posible, habitualmente no más de 5-7 días<sup>5, 11-13</sup>.

En los pacientes que presenten infecciones con abscesos drenables será necesario realizar una incisión y drenaje<sup>11</sup>.

En la tabla 3 se observa la sensibilidad a los antibióticos de los patógenos más habituales en las infecciones cutáneas.

## Utilización de antibióticos por vía tópica

Los antibióticos que se aplican por vía tópica sobre la piel se han relacionado de forma inequívoca con la aparición de resistencias, y por este motivo hay que limitar su uso. La mupirocina se tendría que reservar para el tratamiento de los casos con SARM y utilizar el ácido fusídico como primera elección para el resto de infecciones cutáneas que requieran tratamiento tópico<sup>5, 12</sup>.

Los tratamientos con antibióticos tópicos no han de tener duraciones superiores a 5-7 días.

Los profesionales sanitarios deberían informar a los pacientes de que no se deben almacenar antibióticos tópicos en el botiquín de casa para utilizar como antiséptico de primera línea en pequeñas heridas, granitos, forúnculos, etc.

## Infecciones cutáneas más habituales en Atención Primaria que pueden requerir tratamiento antibiótico

### Impétigo

Se trata de una infección superficial que afecta a la epidermis y puede presentar 2 formas clínicas diferentes<sup>13, 14, 15</sup>:

- No ampollosa: causada por *S. aureus* y estreptococos  $\beta$ -hemolíticos del grupo A. Afecta a cara y extremidades. Comienza con la aparición de unas pequeñas máculas que evolucionan a pápulas y vesículas que al romperse forman costras melicéricas. Puede presentar adenopatías regionales.
- Ampollosa: causada por *S. aureus*. Es más frecuente en recién nacidos y afecta al cuello, axilas y el área del pañal. Esta presentación se caracteriza por la formación de unas vesículas de color claro que pasan a ser purulentas y dejan unas costras melicéricas con un collar descamativo. No presenta adenopatías regionales.

Puede ser primaria o infectar lesiones previas, ya que es muy contagioso.

Los factores de riesgo son la falta de higiene, el calor y climas húmedos así como la inmunodepresión.

En formas leves y localizadas se puede utilizar ácido fusídico tópico al 2% , dos veces al día durante 5 días. En casos con una mayor extensión, cuando afecta a la cara o cuando no hay mejora con el tratamiento tópico, se recomienda tratamiento oral con cloxacilina o cefadroxilo<sup>4, 7, 8</sup> (véase tabla 4).

### Erisipela

Es una infección que afecta la dermis superficial causada principalmente por estreptococos  $\beta$ -hemolíticos del grupo A y raramente por *S. aureus* o estreptococos del grupo B, C o G<sup>8, 14</sup>.

Se presenta como una placa roja, brillante, muy delimitada que es dura, caliente y dolorosa al tacto. Afecta principalmente a la población en edades extremas de la vida y se localiza en las extremidades inferiores unilateralmente seguido de cara, orejas y extremidades superiores. El paciente puede presentar malestar general, fiebre elevada, escalofríos, linfadenopatías, leucocitosis y otros marcadores inflamatorios<sup>4, 6</sup>. Si hay signos de afectación sistémica se necesitará derivación hospitalaria<sup>5</sup>.

Los factores de riesgo son la inmunodepresión, la insuficiencia venosa, el linfedema, el sobrepeso y sobretodo haber sufrido un episodio previo. A menudo afecta a portadores orofaríngeos<sup>7, 14</sup>.

**Tabla 4. Tratamiento antibiótico de las infecciones cutáneas más frecuentes<sup>4-8, 15-18</sup>**

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			
<b>IMPÉTIGO</b>			
Leve y localizado			
Vía de administración tópica	Fusídico 2%	1 aplicación/12h	5-7 días
Extenso o que no responde al tratamiento tópico			
Oral:	Cloxacilina	500 mg/6h	5 días
	Cefadroxilo oral	500 mg/12h	5 días
Alérgicos penicilinas:	Clindamicina	300 mg / 8 h	5 días
<b>ERISIPELA</b>			
Oral	Penicilina V	250-500mg/6h	5 días*
	Amoxicilina	500 mg/8 h	5 días*
	Cefadroxilo	1g/12-24h	5 días*
Si el diagnóstico no está claro y no se puede descartar <i>S. aureus</i>	Cloxacilina	500mg/6h	5 días*
Alérgicos penicilinas:	Clindamicina	300 mg / 8 h	5 días*
*Valorar al tercer día y si no presenta buena evolución ampliar la duración hasta los 10 días			
<b>CELULITIS</b>			
De elección	Cloxacilina	500 mg/6h	5 días*
	Cefadroxilo oral	1g/12-24h	5 días*
Si facial o en pacientes de riesgo como diabéticos, usuarios de drogas por vía endovenosa o secundaria a mordiscos	Amoxicilina-ácido clavulánico	500**/125 mg / 8 h	7 días*
Alérgicos:	Clindamicina	300-600**/ 8 h	5 días*
Si sospecha SARM	Trimetoprima-sulfametoxazol	160/800/12h	10 días
*Si no hay buena evolución es necesario prolongar el tratamiento hasta 10 días			
** Si lesión muy extensa. Es necesaria derivación hospitalaria			
<b>FOLICULITIS/FORÚNCULO</b>			
Habitualmente no es necesario tratamiento antibiótico.	El tratamiento de los factores de predisposición puede resolver la situación. En foliculitis o forúnculos de repetición, la descolonización tópica nasal puede disminuir la frecuencia.		
Si muy localizado antibiótico por vía de administración tópica	Fusídico 2%	1 aplicación/12h	5-7 días
Forúnculo con absceso y signos de infección sistémica	Cloxacilina	500 mg/6h	5 días
	Cefadroxilo oral	1g/12-24h	5 días
<b>HIDROSADENITIS SUPURATIVA*</b>			
Vía de administración tópica	Clindamicina 0,1% solución	1 aplicación/12h	3 meses
Alternativa oral	Doxiciclina	100 mg/12-24h	3 meses
*El tratamiento es complejo. En la tabla solo se incluyen los antibióticos más utilizados.			
<b>ACNÉ*</b>			
Alternativas de tratamiento tópico	Peróxido de benzoilo 2,5-10% (gel o crema)	1- 2 aplicaciones/día	3 meses
Si no mejora, añadir a la terapia de peróxido de benzoilo	Clindamicina 1% (gel o solución)	1 aplicación / noche	3 meses
Si no mejora, añadir a la terapia de peróxido de benzoilo	Doxiciclina oral	50-100 mg/día	3 meses
*Solo se incluyen los tratamientos del acné leve moderado			
<b>MORDEDURA</b>			
Si son mordiscos humanos o de gato es necesario tratar siempre. Si son de perro iniciar tratamiento si existen factores de riesgo.	Amoxicilina-ácido clavulánico	500/125 mg / 8 h	5 días
Alternativa	Doxiciclina +	200 mg/día 1º día 100 mg/día 2º-5º día	5 días
	Metronidazol	500 mg / 8 h	5 días

El tratamiento de elección es la penicilina V durante 5 días, en todo caso es necesaria una valoración en el tercer día y si no presenta buena evolución aumentar la duración del tratamiento hasta los 10 días (véase tabla 4)<sup>7, 8, 13</sup>.

Si afecta a las extremidades inferiores se puede considerar como una auténtica celulitis<sup>7</sup>. Se recomienda reposo, elevar el miembro afectado y es necesario valorar la probabilidad de tromboembolismo, sobretodo en pacientes de edad avanzada y/u otros factores de riesgo<sup>5, 7</sup>.

En caso de recurrencia se puede realizar una profilaxis con penicilina benzatina 1, 2 MU vía intramuscular cada mes o 1 g de penicilina V cada 24h durante 6 - 12 meses<sup>6, 7</sup>.

## Celulitis

Es una infección que afecta a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo. Los microorganismos más habituales son el *S. aureus* y los estreptococos  $\beta$ -hemolíticos del grupo A.

Se manifiesta como una placa eritematosa mal delimitada, caliente y dolorosa al tacto en la que pueden aparecer vesículas y petequias sobre la lesión. La localización más frecuente son las extremidades inferiores y las manifestaciones sistémicas suelen ser leves. Si afecta a compartimentos más profundos puede causar una patología más grave como abscesos, fascitis o mionecrosis<sup>4, 14</sup> sobretodo en pacientes con diabetes, enfermedad vascular periférica, alcoholismo, desnutrición, neoplásicos, inmunodeprimidos, obesos o con cirrosis hepática<sup>7, 8</sup>.

Es necesario derivar al hospital si hay gran afectación sistémica, hipotensión, creatinina elevada, CPK (x2-3) o PCR > 13 mg/L o en pacientes muy frágiles y en afectaciones facial extensa o periorbitaria<sup>6</sup>.

Los factores de riesgo más frecuentes son las infecciones por mordedura, la insuficiencia venosa, el linfedema, el sobrepeso, las úlceras de decúbito o vasculares, la erisipela previa o la inmunodepresión, y se manifiesta, más frecuentemente, en adultos y ancianos<sup>8, 14</sup>.

El tratamiento antibiótico recomendado depende de la localización, gravedad y factores de riesgo del paciente. Habitualmente se recomienda utilizar cloxacilina o cefadroxilo oral pero si afecta a la cara o a diabéticos, usuarios de drogas por vía endovenosa o es secundaria a mordiscos se prefiere utilizar amoxicilina-clavulánico<sup>7, 8</sup> (véase tabla 4). Se debe indicar reposo, evitar la sequedad cutánea y elevar la extremidad afectada<sup>7</sup>.

La duración del tratamiento debe ser lo más corta posible (5-7 días) pero puede alargarse hasta los 10 días según evolución<sup>8, 13, 15</sup>.

Si la celulitis es purulenta hay que sospechar de SARM como agente etiológico<sup>5</sup>. Otros factores de riesgo para la presencia de SARM son: brotes en residentes de comunidades cerradas (residencias), uso previo y frecuente de antibióticos y portadores de sonda vesical entre otros<sup>8</sup>.

## Foliculitis, forúnculos

La foliculitis es una infección superficial del folículo piloso causada mayoritariamente por el *S. aureus* y en algunos casos por *Ps. aeruginosa*. Se presenta como una pápula eritematosa alrededor del folículo, produce prurito pero sin dolor ni afectación sistémica. Se suele curar espontáneamente, pero puede empeorar y evolucionar a furúnculo o abscesos. Se puede manifestar en cualquier parte del cuerpo con pelo, siendo más frecuente en cara y espalda.

Como factores de riesgo se encuentran la inmunosupresión, la diabetes, el afeitado, las depilaciones, los portadores nasales de *S. aureus*, la utilización de antibióticos y corticoides de administración por vía tópica, la hiperhidrosis, etc. En el caso de infección por *Ps. aeruginosa* los factores de riesgo se relacionan con el contacto de agua contaminada, baños calientes, piscinas, etc.<sup>7, 8</sup>.

El furúnculo afecta en la zona más profunda del folículo piloso, atravesando la dermis y el tejido subcutáneo. Se presenta en zonas como cuello, axilas, ingles y glúteos.

Puede ser peligroso si afecta la zona naso-labial por riesgo de afectación a estructuras meníngeas. La presencia de forúnculos recurrentes se denomina forunculosis y habitualmente se relaciona con ser portador de *S. aureus*<sup>14</sup>.

Habitualmente no es necesario tratamiento antibiótico (véase tabla 4). El tratamiento de los factores de predisposición como la limpieza con antisépticos suaves (clorhexidina o povidona yodada), cubrir con preparados con peróxido de benzoilo o gel de etanol, etc. puede resolver la situación<sup>8</sup>. En la foliculitis por pseudomonas puede ser de utilidad la limpieza con ácido acético al 5% aplicado durante 15-30 minutos varias veces al día<sup>6</sup>. En lesiones muy localizadas se puede indicar ácido fusídico 2%, 2 veces al día durante 5 días.<sup>7, 8</sup>

En foliculitis o forunculosis de repetición, la descolonización tópica nasal (mupirocina aplicada 2 veces al día durante 5 días), puede disminuir la frecuencia<sup>8</sup>.

El ántrax se produce por la confluencia de diversos forúnculos y suele presentar afectación sistémica y requiere derivación hospitalaria.

Tanto los forúnculos como el ántrax pueden requerir incisión para facilitar el drenaje. Ambas infecciones pueden dejar cicatrices.

## Hidrosadenitis supurativa

Se trata de una oclusión crónica del folículo en zonas cutáneas con gran densidad de glándulas apocrinas. Es más frecuente en las mujeres, siendo las localizaciones más habituales las axilas en las mujeres y la zona perianal en hombres<sup>4, 5, 15, 16</sup>.

Actualmente está clasificada como una enfermedad crónica rara autoinmune.

La etiología es desconocida a pesar de que se consideran varios factores implicados como genéticos, hormonales, bacterianos, estrés, tabaco, cosméticos, humedad, obesidad o fármacos. Se producen estos nódulos inflamatorios que con las recurrencias forman quistes y abscesos. Las lesiones tienen mal olor y son dolorosas<sup>6</sup>.

El tratamiento es complejo y varía según la gravedad y las características de cada paciente. Se utilizan tratamientos destinados a reducir la obstrucción del folículo piloso con retinoides, otros para controlar la respuesta inflamatoria como inmunosupresores, antiTNFalfa, bloqueadores de hormonas androgénicas, etc.

El mecanismo por el cual los antibióticos pueden mejorar la hidrosadenitis supurativa no es del todo conocido, parece que disminuyen la carga bacteriana de la piel y que también podrían tener un efecto antiinflamatorio<sup>15</sup>.

El tratamiento antibiótico tópico que ha mostrado mejor resultado en la hidrosadenitis leve moderada es la clindamicina 0,1% con 2 aplicaciones diarias durante 3 meses<sup>15</sup>. En los pacientes que no se controlan con el tratamiento tópico, se recomienda probar un tratamiento antibiótico con tetraciclinas vía oral<sup>15, 16</sup>.

Si fracasa el tratamiento farmacológico o ante numerosas recurrencias, es necesario considerar la cirugía (incisión y drenaje)<sup>5, 7</sup>.

## Acné

Se trata de una dermatosis inflamatoria crónica del folículo pilosebáceo. Afecta principalmente a la cara, pero también a cuello, espalda, brazos, etc. Es muy frecuente en adolescentes (80-85%) pero puede persistir en la edad adulta.

El microorganismo implicado es el *Propionibacterium acnes* que al interactuar con los andrógenos produce unas lesiones cutáneas como resultado de la queratinización anormal del folículo pilosebáceo<sup>7, 17</sup>.

Las manifestaciones clínicas pueden ser<sup>7</sup>:

- Leve, no inflamatoria con predominio de comedones o espinillas y ausencia de nódulos y quistes.
- Leve-moderada (pápulo-pustulosa inflamatoria) con predominio de pápulas y pústulas inflamatorias.
- Grave (nódulo quístico pápulo-pustuloso inflamatorio) con lesiones de todo tipo con nódulos y quistes y extensas, infiltrantes y dolorosas.

La utilización de antibióticos se ha de limitar a tratamientos que no responden a la primera línea con peróxido de benzoilo, ya

que la sensibilidad de *Propionibacterium acnes* en macrólidos es inferior al 50% lo que reduce la eficacia y el resultado del tratamiento<sup>7</sup>.

El antibiótico de administración tópica más indicado es la clindamicina porque es activa ante *P. acnes* y además presenta una actividad antiinflamatoria, y por vía oral se recomienda la doxiciclina (véase la tabla 4). No se deben de utilizar los antibióticos en monoterapia por el riesgo de seleccionar más resistencias<sup>7, 8</sup>.

## Infección por mordeduras

En las infecciones por mordeduras la etiología infecciosa bacteriana varía según el tipo (véase la tabla 2).

Las infecciones por mordedura suelen ser polimicrobianas. Si son de gatos o perros generalmente hay un predominio de *Pasteurella* y *Bacteroides spp* así como estafilococos y anaerobios. También se han detectado SARM en mascotas<sup>7</sup>. En las humanas predominan los estreptococos y estafilococos<sup>7, 8</sup>.

El tratamiento inicial ha de ser local, de limpieza de la herida, inmovilización con elevación si está localizada en una extremidad inferior y revalorar a las 24-48h los signos de sobreinfección.

Las mordeduras de gato son más susceptibles de infectarse (50-80%) que las de perro (10-20%) y los humanos se infectan localmente casi siempre<sup>4</sup>.

La profilaxis antibiótica está indicada en los siguientes casos<sup>7</sup>:

- Si se ha producido una discontinuación del tejido de la piel tras la mordedura
- Mordedura de humanos y de gato
- Mordedura en la cara, manos, pies o área genital
- Mordedura no tratada antes de las 12h
- Pacientes de riesgo: inmunodeprimidos, pacientes con riesgo de endocarditis, neumopatías crónicas o diabetes por ejemplo.

El antibiótico de primera elección es la amoxicilina-clavulánico durante 5-10 días (tabla 4).

## Puntos clave

- Las bacterias más frecuentes como flora transitoria de la piel son: *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.
- *Streptococcus pyogenes*, es siempre sensible a penicilinas, aún así el *Staphylococcus aureus* presenta alrededor de un 90% de resistencia a las penicilinas por penicilinasas.
- Las infecciones superficiales generalmente solo requieren un buen lavado y utilización de antisépticos como la povidona yodada al 10%.
- La duración de los tratamientos, tanto por vía tópica como por vía oral, debe ser lo más corta posible, habitualmente no más de 5-7 días.



# Bibliografía

1. Llor C i Hernández S. Enfermedad infecciosa en atención primaria: estudio prospectivo efectuado durante todo un año. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28(4):222-226
2. Di Piro J, Talbert RL. *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach.* 8ª edición. McGraw-Hill.N York 2011.
3. Saavedra Lozano J, Santos Sebastián M, González F, Hernández Sampelayo Matos T i Navarro Gómez ML. Infecciones bacterianas de la piel y tejidos blandos. A: *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica.* Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/piel.pdf>. Consultado abril 2021.
4. Manejo de las infecciones cutáneas bacterianas en el ámbito ambulatorio. *INFAC.*2018;26:7. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2018/es\\_def/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_26\\_7\\_infecciones%20cut%C3%A1neas.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_26_7_infecciones%20cut%C3%A1neas.pdf). Consultado abril 2021.
5. Folch Marín B, Palop Larrea V, Martínez-Mir I, Colomina Rodríguez J, Sempere Manuel M. Guía Fistera: Tratamiento empírico de las infecciones cutáneas bacterianas. Última actualización 1/3/2019. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/content/guides\\_techniques/52-s2.0-mt\\_fis\\_430](https://www.clinicalkey.es/#!/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_430). Consultado abril 2021.
6. Batalla Sales M, García Domingo C, Monedero Mira MJ, Persiva Saura B, Rabanaque Mallén G, Tárrega Porcar L. Tratamiento empírico de las infecciones del adulto. *Protocolos. FMC* 2016
7. Batalla Sales M, Madurell Fernández J, Rodríguez Panedas N, Rovira España M, Servent Batlle C i Vera Espallardo F. Infecciones cutáneas. A: Llor et al. *Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria.* Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la semFYC. Cuarta edición: mayo 2017
8. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área de Aljarafe. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeutica-Aljarafe/guia/guia\\_find\\_hsd.asp](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeutica-Aljarafe/guia/guia_find_hsd.asp). Consultado abril 2021
9. Kosar L, Laubscher T. Management of impetigo and cellulitis. Simple considerations for promoting appropriate antibiotic use in skin infections. *Can Fam Physician.*2017 Aug;63(8):615-618.
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial resistance in Europe—Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2017. Stockholm: ECDC; 2018. Disponible en: [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AMR%202017\\_Cover%2BInner-web\\_v3.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AMR%202017_Cover%2BInner-web_v3.pdf). Consultado abril 2021
11. Spelman D i Baddour LM. Cellulitis and skin abscess in adults: Treatment. *UpToDate.* Actualización diciembre 2020. *UpToDate.* [Internet]. [Consulta: abril 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
12. Topical antibiotics for skin infections: when are they appropriate? Febrero 2017. Disponible en: <https://bpac.org.nz/2017/topical-antibiotics-2.aspx>. Consultado abril 2021.
13. Wilson HL, Daveson K, Del Mar CB. Optimal antimicrobial duration for common bacterial infections. *Australian Prescriber.*2019;42(1):5-9. Disponible en: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/optimal-antimicrobial-duration-for-common-bacterial-infections>. Consultado abril 2021.
14. Mínguez Sabater H. Manejo de las infecciones cutáneas frecuentes en Atención Primaria. *Treball Fi de Grau de Medicina.* Universitat Jaume I. Castelló. Última actualización 30/5/2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10234/171266> Consultat abril 2021
15. Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio v2. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; Junio 2019. 55 páginas. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20262> Consultado abril 2021
16. Ingram JR. Hidradenitis suppurativa: Management. *UpToDate.* Actualització gener 2021. *UpToDate.* [Internet]. [Consulta: mayo 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
17. García-Martínez FJ, Pascual JC, López-Martín I, Pereyra-Rodríguez JJ, Martorell Calatayud A, Salgado-Boquetef L y Labandeira-García J. Actualización en hidrosadenitis supurativa en Atención Primaria. *Semergen.* 2017;43(1):34-42.
18. Anónimo. Tratamiento del acné: actualización. *Boletín terapéutico andaluz.* 2019; 34(4):38-48. Consultado abril 2021.

Data de redacció: **Març 2021**

En el pròxim número: **Informació de medicaments a la ciutadania: com traslladem l'evidència als pacients? Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya**

**Direcció:** Marta Chandre

**Subdirecció:** Pilar López

**Coordinació editorial:** Laura Diego i Laia Robert

**Coordinació de la Comissió d'Informació Terapèutica:** Núria Escoda

**Comitè científic:** Jordi Camarasa, Laura Diego, Núria Escoda, Francesc de B. Ferrer, Pilar López, Roser Llop, Josep Manuel Llop, Rosa Madrèjejos, Eduardo L. Mariño, Carlos Martín, Andrea Molina, Eva Martínez, Alba Prat, Manel Rabanal, Laia Robert, Mónica Sanmartín, Amelia Troncoso, Laura Villamarín, Noemí Villén

**Secretaria Tècnica:** Ester Saperas

**Suport tècnic:** CedimCat

**ISSN:** 1579-9441

Per a la reproducció total o parcial d'aquesta publicació, cal fer-ne la sol·licitud a:

**Secretaria Tècnica de la Comissió d'Informació Terapèutica**

**Gerència del Medicament,**

Travessera de les Corts, 131-159, 08007 Barcelona

Es poden consultar tots els números publicats des de l'any 1999 a:

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/butlleti-d-informacio-terapeutica-bit/>

<http://medicaments.gencat.cat/ca>

