

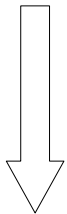
**ANTIMICROBIANOS EN LAS INFECCIONES
OSTEOARTICULARES Y DE PARTES BLANDAS**

Dr. Odette Pantoja Pereda
MSc Infectología
Hospital Pediátrico Universitario William Soler

**INFECCIONES PIOGENAS DE
PIEL Y PARTES BLANDAS**

ESPECTRO CLINICO

IMPETIGO



FASCITIS NECROTIZANTE

ERISPELA
ECTIMA
CELULITIS
ABCESOS
FOLICULITIS
FORUNCULO
CARBUNCO
PARONIQUIA
HIDROSADENITIS
MIOSITIS

IMPETIGO



IMPETIGO NO BULOSO



IMPETIGO BULOSO

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO TÓPICO

Mupirocina
Bacitracina y Neomicina
Ácido fusídico

TRATAMIENTO SISTÉMICO

Cefalosporinas de 1era generación
Cefalexina
Cefazolina

Penicilinas con inhibidor de betalactamasas
Trifamox

Penicilinas antiestafilococcicas
Cloxacilina
Oxacilina

SINDROME DE LA PIEL ESCALDADA

SIGNO DE NIKOLSKI



Síndrome
Estafilocócico de la
Piel Escaldada (SSSS)

TRATAMIENTO

Penicilinas
antiestafilococcicas

Fosfocina

Vancomicina

ERISPELA

EBGA u otros y Estafilococo aureus



TRATAMIENTO

BETALACTAMICOS

Penicilinas naturales
Cefazolina

EN LOS ALERGICOS A
PENICILINAS

Clindamicina

CELULITIS

Inflamación aguda, difusa y extensa de la piel y el TCS, que se caracteriza por hiperemia, infiltración leucocitaria y edema sin necrosis celular ni supuración.

CELULITIS

TRATAMIENTO

PENICILINAS ANTIESTAFILOCOCCICAS

Cloxacilina
Oxacilina

CEFALOSPORINAS 1era G.

Cefalexina - Cefazolina

AMINOPELICINAS CON INHIBIDOR BETALACTAMASAS

Trifamox

ALERGIA A LAS PENICILINAS

Clindamicina
Fosfocina

CELULITIS DE LA CARA

POSTRAUMATICA O POSQUIRURGICA

Aminopenicilina con
inhibidor de betalactamasas
Amoxicillin + Sulbactan
(TRIFAMOX)

Penicilinas antiestafilococcica
Cloxacilina

Si alergia a las penicilinas
Fosfocina
Clindamicina



CELULITIS DE LA CARA

NO TRAUMATICA



CEFALOSPORINAS DE 3eraG

Ceftriaxona
Cefotaxima

CARBAPENEMES

Meropen

AMINOPENICILINAS CON INHIBIDOR DE BETALACTAMASAS

CELULITIS

Post mordedura

Son polimicrobianas

Pasteurella multocida frecuentemente
aislada de las mordeduras de perro.

Pasteurella canis aislada en más del
50% de las mordeduras de gato

Eikenella corrodens puede aislarse
en el 25% de los casos de mordedura
humana, acompañada de *S.aureus*,
H.influenzae y anaerobios.



CELULITIS Post mordedura

TRATAMIENTO

- **Aminopenicilinas con inhibidor de betalactamasas**

- Amoxicilina + Clavulanico
- Ampicilina + Sulbactan

- **Ceftriazona + Metronidazol**

- **Ceftriazona + Clindamicina**

- **Carbapenemes**

CELULITIS PERIANAL

ENFERMEDAD PERIANAL ESTREPTOCÓCICA

**Cefalosporinas de 3ra G
asociado o no a Metronidazol**

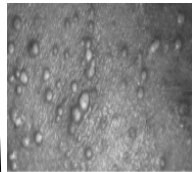
**Aminopenicilinas con inhibidor
de betalactamasas**

**En los alérgicos a Penicilinas
Fosfocina
Clindamicina**

FOLICULITIS



FORUNCULOSIS



PANADIZO



PARONIQUIA

TRATAMIENTO

- **PENICILINAS ANTIESTAFILOCOCCICAS**
Cloxacilina – Oxacilina.

- **CEFALOSPORINAS 1era G**
Cefalexina – Cefazolina.

- **AMINOPELICINAS CON INHIBIDOR DE
BETALACTAMASAS**
Trifamox.

- **ALERGIA A LAS PENICILINAS**
Clindamicina
Fosfocina.

HIDROSADENITIS

Estafilococo Aureus, Streptococo, E. coli, Proteus, anaerobios.



TRATAMIENTO

- PENICILINAS ANTIESTAFILOCOCCICAS
Cloxacilina
Oxacilina
- CEFALOSPORINAS 1era G.
Cefalexina - Cefazolina
- AMINOPELICINAS CON INHIBIDOR BETALACTAMASAS
Trifamox
- ALERGIA A LAS PENICILINAS
Clindamicina
Fosfocina

© AAP

TRATAMIENTO

**ESTAFILOCOCO AUREUS MR AISLADO EN LA COMUNIDAD
CA-mrsa**

Furúnculos y otros abscesos sin manifestaciones sistémicas:



Incisión y drenaje quirúrgico asociado o no al tratamiento antibiótico.

SITUACIONES DONDE SE SUGIERE USAR ANTIBIÓTICOS SISTÉMICOS ADEMÁS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- Severidad y rapidez de la progresión con celulitis asociada
- Signos clínicos de enfermedad sistémica.
- Comorbilidad
- Edades extremas de la vida
- Localización , por dificultad de la incisión y por riesgos de trombosis séptica.
- No existe curación con el tratamiento quirúrgico aislado.

PIOMIOSITIS

**INFECCION BACTERIANA DEL MUSCULO ESQUELETICO PRODUCIDA POR EL ESTAFILOCOCO AUREUS
DIAGNOSTICO POR ECOGRAFIA**

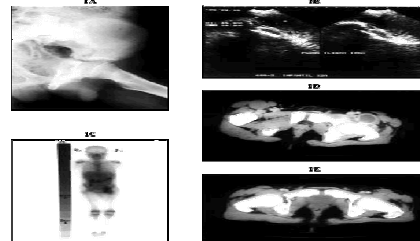


Figura 1. a) Radiografía de mano izquierda que muestra un absceso en el espacio intermetacarpal. b) Ecografía que muestra un absceso en el espacio intermetacarpal. c) Tomografía axial computarizada que muestra un absceso en el espacio intermetacarpal. d) Tomografía axial computarizada que muestra un absceso en el espacio intermetacarpal.

TRATAMIENTO

- PENICILINAS ANTIESTAFILOCOCCICAS
- CEFALOSPORINAS DE 1era G
- AMINOPENICILINAS CON INHIBIDOR DE BETALACTAMASAS
- FOSFOCINA
- DRENAJE QUIRÚRGICO

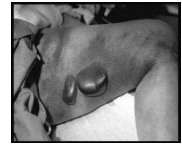
FASCITIS NECROTIZANTE

Infección rápidamente progresiva que afecta piel, TCS, fascia superficial y en ocasiones la profunda, produce necrosis hística y toxicidad sistémica

Etiología polimicrobiana (anaerobios, enterobacterias, estreptococo del grupo A)

CUADRO CLINICO

- Edema o induración más allá del eritema
- Flictenas o bulas de color violáceo con contenido hemorrágico
- Crepitación (o gas en la radiología)
- Síndrome compartimental



FASCITIS NECROTIZANTE TRATAMIENTO

- Cefalosporinas de 3ra G + Metronidazol o Clindamicina
- Ciprofloxacino + Clindamicina
- Carbapenemes
- Aztreonam + Clindamicina
- Drenaje quirúrgico

ATRITIS SEPTICA



Proceso inflamatorio articular de causa infecciosa bacteriana.

Requiere diagnóstico y tratamiento precoz pues son capaces de generar destrucción articular con deterioro funcional.

La mortalidad es de 9%, pero en pacientes con AIJ aumenta al 25%.

Monoarticular habitualmente (rodilla, cadera, tobillo, hombro, aunque puede afectar cualquier articulación).

10% de los casos puede tener afectación poliarticular

ATRITIS SEPTICA

PATOGÉNESIS:

1. Vía hematógica : más frecuente bacteriemia secundaria a focos primarios de infección que pueden ser cutáneos, dentales, respiratorios, urinarios, endocarditis. En ocasiones no se encuentra foco primario.
2. Diseminación desde un foco de osteomielitis de la metafisis o epifisis, importante en los niños.
3. Diseminación de infección de partes blandas periarticulares.
4. Inoculación directa: artrocentesis, cirugía, trauma.

ETIOLOGIA

Estafilococo aureus
Haemophilus influenzae b
Streptococos del grupo A y B
Streptococo pneumoniae
Bacilos gram negativos
Neisseria meningitidis

Adolescentes: Neisseria gonorrhoeae

Drogadictos: Pseudomonas Aeruginosa

SOSPECHA CLINICA

FIEBRE, DOLOR , CALOR, TUMEFACCION... INGRESO

EXAMENES BASICOS **P. ARTICULAR** **HEMOCULTIVO** **IMAGENOLOGIA**

↓
HEMOGRAMA
VSG
PCR

↓
RECUENTO CELULAR
GRAM
CULTIVO

↓
RADIOGRAFIA
ULTRASONIDO

TRATAMIENTO EMPIRICO INICIAL

ANTIBIOTICO EV

Cloxacilina +
Ceftriazona

Vancomicina +
Ceftriazona

Duracion del tratamiento

**TERAPEUTICA
LIQUIDO ARTICULAR**

COCOS GRAM POSITIVOS Penicilinas antiestafilococcicas
Amoxicilina + Sulbactam
Cefalosporinas de 1ª G
Fosfocina
Vancomicina

COCOS GRAM NEGATIVO Ceftriazona

BACILOS GRAM NEGATIVO Piperacilina + Tazobactam
Cefalosporinas 3era o 4ta G
Carbapenemicos
Fluoroquinolonas
Aztreonam

TRAMIENTO QUIRURGICO

- Punción y lavado articular
- Artrotomía con drenaje.

OSTEOMIELITIS AGUDA

Proceso infeccioso que afecta la médula y la cortical del hueso.

Afección casi exclusiva de la niñez

Menores de 5 años en un 50%.

Más frecuente en varones.

Es un problema de salud en los países subdesarrollados.

OSTEOMIELITIS AGUDA

ETIOLOGÍA

Lactante

Staphiloccocus aureus

Streptococcus grupo B

E. Coli

1-10 años

Satphilococcus aureus

Streptococcus grupo A

Haemophilus influenzae

Mycobacterium tuberculosis

> 10 años

Staphilococo aureus

Pseudomona aeruginosa

Enterobacterias

Cándida

OSTEOMIELITIS AGUDA

PATOGÉNESIS:

Por vía hematológica: en el curso de una bacteriemia.

Por diseminación de un foco contiguo de infección: celulitis o abscesos.

Por inoculación directa: asociada a traumatismo óseo, cirugía ortopédica o punción ósea.

OSTEOMIELITIS AGUDA

SOSPECHA CLINICA

FIEBRE, DOLOR, LLANTO, ANTECEDENTE DE INTERES... INGRESO

EXAMENES BASICOS HEMOCULTIVO BIOPSIA IMAGENOLOGIA

↓
HEMOGRAMA
VSG
PCR

↓
CULTIVO

↓
RADIOGRAFIA
GAMMAGRAFIA
TAC
RMN

TRATAMIENTO MEDICO-QUIRURGICO.

Antibióticoterapia

Inicialmente empírico, vía EV.

Tratamiento durante 4 a 6 semanas.

Cefalosporina de 1era generación.

Fosfocina.

Curetaje del foco osteomielítico (extracción de material purulento y tejido óseo comprometido)

Inmovilización del miembro.

Oxigenación hiperbárica.

TERAPEUTICA RESULTADO MICROBIOLÓGICO

S. aureus SM

Penicilinas asociadas a inhibidores de betalactamasas
Cefalosporinas de 1ª y 2ª generación
Fosfocina
Glucopéptidos -Vancomicina y Teicoplanina-
Clindamicina
Acido fusídico
Fluorquinolonas
Rifampicina

S. aureus RM

Glucopéptidos -Vancomicina y Teicoplanina-
Fluorquinolonas y Rifampicina

**TERAPEUTICA
RESULTADO MICROBIOLÓGICO**

Bacilos gramnegativos y en la formas polimicrobianas

Cefalosporinas de 3ª -Cefotaxima, Ceftriaxona y Ceftazidima-

Cefalosporinas de 4ª generación -Cefepima-

Fluorquinolonas -Ciprofloxacino, Ofloxacino y Pefloxacino-

Penicilinas asociadas a inhibidores de betalactamasas-
Amoxicilina/Clavulánico, Ampicilina/Sulbactam y
Piperacilina/Tazobactam-

Carbapenémicos -Imipenem/Cilastatina y Meropenem-

Aztreonam -activo sólo frente a bacilos gramnegativos-

COMENTARIOS

La terapia de primera línea contra el CA-*mrsa* continúa siendo un antibiótico betalactámico.

Es definitivo tomar las muestras necesarias para determinar la sensibilidad antimicrobiana, en los casos sospechosos