



15 DE OCTUBRE AL 15 DE NOVIEMBRE 2024

*"MARCANDO 40 AÑOS DE LA MEDICINA FAMILIAR. RETOS
PERSISTENTES"*

CURSO

**TITULO: Manejo de las infecciones de la piel y los tejidos blandos
más frecuentes.**

Profesores: M.Sc Frank Y. Martínez Lorenzo. Universidad de Ciencias
Médicas Ciego de Ávila. Email: fyml40@gmail.com

M.Sc Milena Hidalgo Ávila. Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila. Email: frank77@infomed.sld.cu

M.Sc Joanne Purón Prieto. Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila. Email: puron77@infomed.sld.cu

Las infecciones de partes blandas, por siempre, han causado preocupación e interés en los seres humanos, tanto en personas que atienden como en aquellos que reciben asistencia, dígase, en la actualidad, médicos y pacientes. Son causa común de hospitalización, incapacidad y de terapia con antibióticos. Las menos graves son manejadas tradicionalmente sin la necesidad de intervención quirúrgica o la participación de cirujanos.

A través de este curso se pretende el reconocimiento de la extensión, la profundidad y la gravedad de la infección de la piel y el tejido blando, las cuales son primordiales para que pueda lograrse una actuación apropiada y en el momento oportuno.



SUMARIO

Furúnculo. Hidradenitis. Absceso caliente. Ántrax. Definición. Etiología. Patogenia. Síntomas y signos. Diagnóstico positivo y diferencial. Complicaciones. Tratamiento.

OBJETIVO GENERAL DEL CURSO

Actualizar los conocimientos sobre el manejo de las infecciones de la piel y los tejidos blandos más frecuentes para mejorar el desempeño del personal de salud y así elevar la calidad de vida de los pacientes.



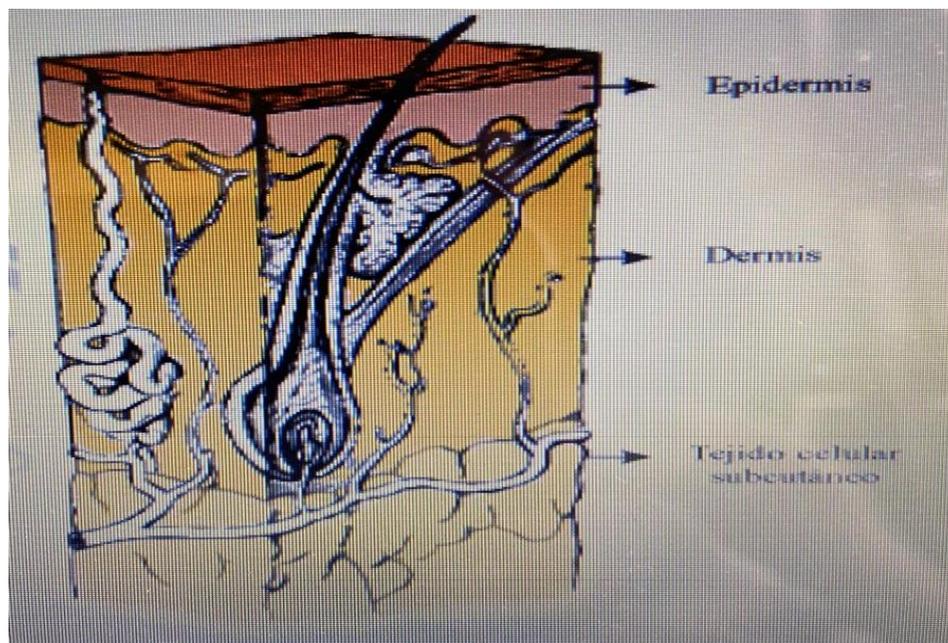
Las infecciones bacterianas de la piel y las partes blandas, alcanzan a afectar la epidermis, la dermis, los anexos y el tejido conjuntivo subcutáneo. La piel constituye el 16 % del peso del cuerpo. Por su carácter de cobertura/envoltura externa corporal, está especialmente expuesta a traumatismos (caídas, heridas, tóxicos) y a diversas infecciones. Estas, en su gran mayoría, son de leve a moderada intensidad, excepcionalmente, severas.

Flora bacteriana permanente:

- ✓ Propionibacterium spp.
- ✓ Corynebacterium spp.
- ✓ Staphylococcus epidermidis.

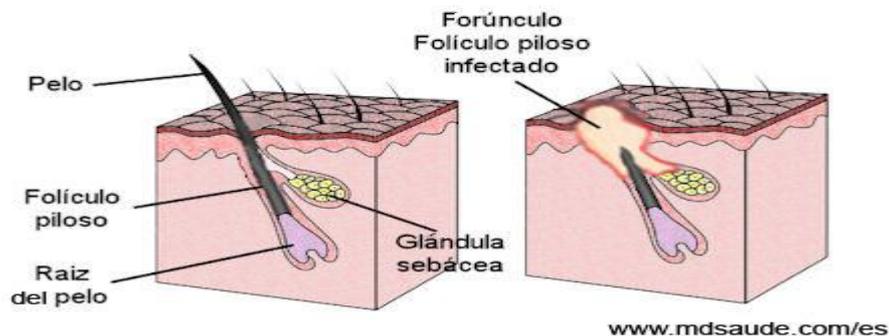
Flora bacteriana transitoria:

- ✓ Streptococcus pyogenes betahemolítico grupo A.
- ✓ Neisseria spp.
- ✓ Staphylococcus aureus.
- ✓ E. coli
- ✓ Proteus



Forúnculo:

Inflamación masiva necrotizante del **aparato pilosebáceo y la dermis que lo rodea**, circunscrito, redondeado y sensible, producido por el estafilococo dorado (sin descartar asociaciones), su evolución es aguda y termina por su eliminación en forma de un tapón esfacelo – purulento llamado clavo.



Factores Predisponentes

A) Locales:

- Suciedad.
- Irritación de la piel por el frote de la ropa (ej. cuello).
- Rascaduras por lesiones pruriginosas en cualquier región.

B) Generales:

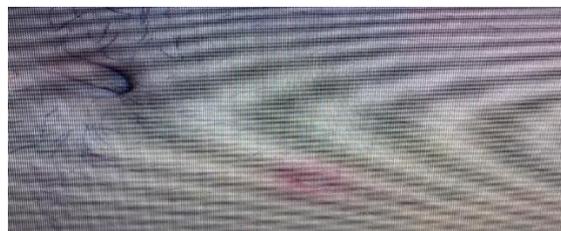
- Fatiga física o mental.
- Deficiencia nutricional.
- Convalecencia de enfermedades.
- Diabetes mellitus.





Patogenia

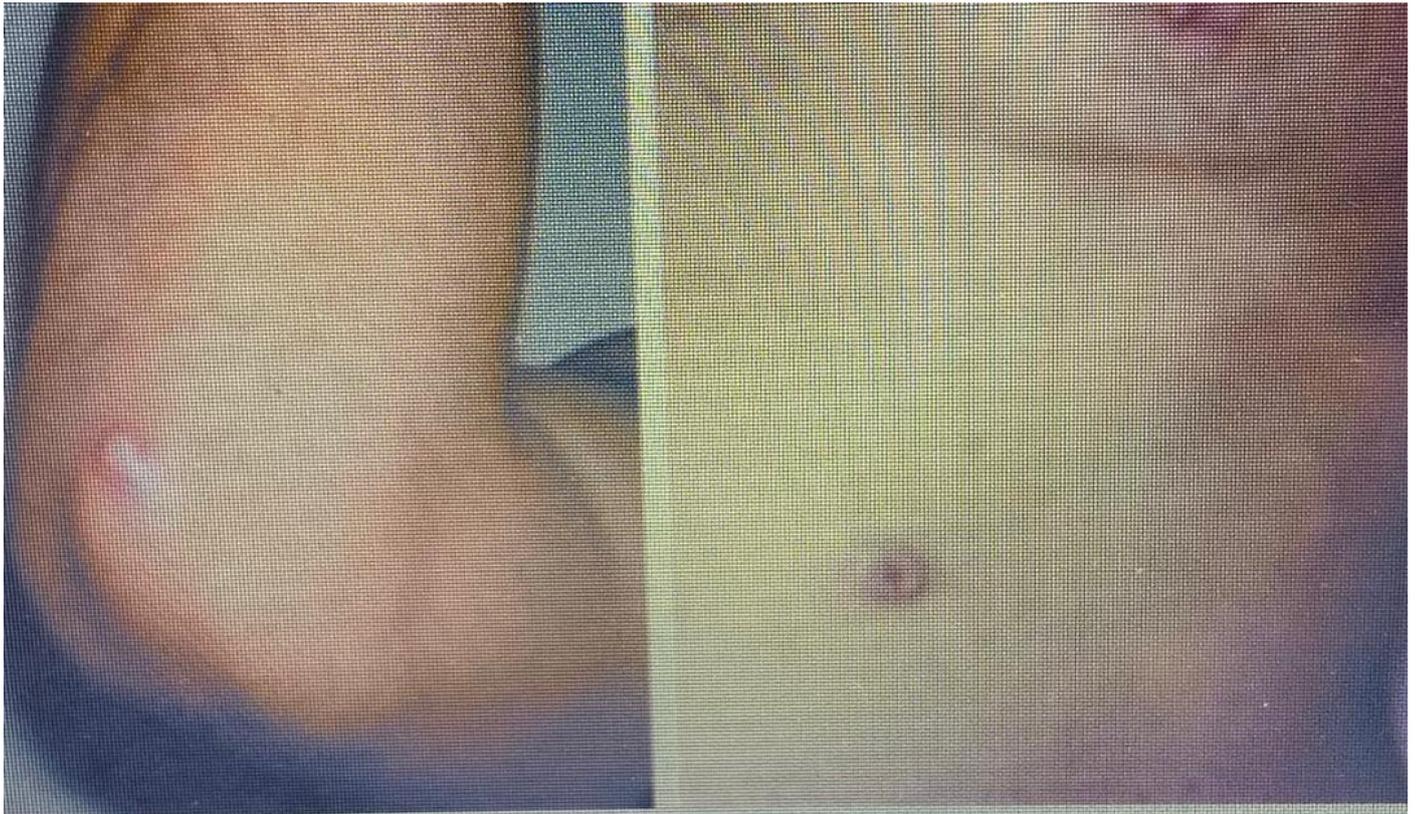
El germen activado rompe la barrera epidérmica por la acción de sus toxinas necrotizantes, y atraviesa las glándulas sebáceas hasta llegar a la región bulbar, donde se encuentra una cavidad cerrada y se desarrolla el proceso inflamatorio, formando un absceso estafilocócico perifolicular. Desintegrando el aparato pilosebáceo por acción de las toxinas y la falta de nutrientes. Se elimina en forma de clavo.



Cuadro Clínico

- La lesión consta de un nódulo inflamatorio, centrada por un pelo, rojo violácea, firme y dolorosa.
- Primero produce picazón, luego dolor.
- Al 3er y 4to día aparece en la cúspide del folículo un punto amarillento, que se abre en el 5to – 6to día, dando salida a pus escaso que alivia un poco el dolor. En el fondo se observa el clavo que es eliminado en el 8vo – 9no día, quedando un cráter que cierra pronto.
- Síntomas generales escasos:
 - Fiebre
 - Cefalalgia
 - Leucocitosis ligera con desviación a la izquierda.





Complicaciones

1. Absceso subfurunculoso por propagación al Tejido celular subcutáneo.
2. Linfangitis y adenitis aguda (sobre todo si se exprime).
3. Tromboflebitis (labio superior – tromboflebitis supurada del seno cavernoso (gravísimo)).
4. Septicemia y septicopiemia, con focos metastásicos.
5. Osteomielitis.
6. Absceso y ántrax del riñón.
7. Otras: Flemón perinefrítico, subfrénico, abscesos pulmonares y prostáticos, artritis.
8. Forunculosis: Aparición de varios furúnculos.



Diagnóstico Diferencial

- ✓ **Foliculitis:** el proceso inflamatorio es superficial y el pus está presente solo en la epidermis.
- ✓ **Hidradenitis:** generalmente se localiza en la axila, margen del ano y pliegues submamarios (infección de glándulas sudoríparas).
- ✓ **Pústulas malignas del carbunco:** su centro se negro, deprimido, no cuminado, rodeado por vesículas y es indoloro. Es producido por la bacteria Bacillus Antracis.

Tratamiento

- ✓ Prevención (No exprimirlo): favorece el edema = linfangitis = metástasis.
- ✓ Bolsas frías en el inicio del proceso y bolsas tibias cuando está establecido el mismo, para favorecer la licuefacción y el drenaje.
- ✓ Las pomadas con fermentos proteolíticos (estreptoquinasa, estreptodornasa, quimotripsina) no han demostrado evidencias de resultados avalados.
- ✓ Antibióticos por vía oral o sistémicos (según gravedad).



- ✓ Incisión precoz: no aconsejable porque no está formado el clavo.
- ✓ Se realiza incisión longitudinal solo si el clavo ya formado es muy profundo, la lesión es muy dolorosa y tarda en abrirse.
- ✓ Si el clavo está libre, pero aún aprisionado dentro del cráter, podrá extraerse suavemente con una pinza.
- ✓ Si es diabético, tener en cuenta la glicemia para el tratamiento.

Hidradenitis:

Proceso infeccioso agudo de las **glándulas sudoríparas apocrinas**, producido por el estafilococo dorado, pero sin excluir asociaciones.





Localización de Glándulas Sudoríparas Apocrina:

- Margen del ano.
- Región axilar.
- Mamas.
- Genitales.
- Cuero cabelludo.



Patogenia:

Las glándulas apocrinas están compuestas por una unidad secretora en forma de espiral, que drena su contenido por un conducto excretor largo en un folículo piloso. Cuando ocurre el taponamiento de la glándula por restos queratósicos, sigue una proliferación bacteriana con infección supurativa, la rotura de la glándula y la propagación de la inflamación a los tejidos subcutáneos vecinos.



Cuadro Clínico

- Inicia con un nódulo inflamatorio, redondeado, no acuminado que se puede movilizar bajo la piel, más frecuente en la axila.
- Primero solo dolor, pasado algunos días la piel esta roja, caliente, elevada, edematosa, pudiéndose reconocer en su centro la fluctuación.
- Limitación funcional del área afectada.
- Si no se interviene, se abre solo y de forma espontánea da salida a un pus caliente, cremoso, homogéneo sin esfacelos.
- Puede pasar a la cronicidad, donde aparecen muchos trayectos y fositas, el tejido se torna fibrótico y grueso, por la persistencia del proceso inflamatorio.

Diagnóstico Diferencial

- ✓ **Nódulos inflamados:** tienen una localización más profunda, son más gruesos y múltiples, y la piel se mantiene libre.
- ✓ **Los abscesos de la mama:** comienzan en los conductos.
- ✓ **Abscesos de la margen del ano:** Comienzan en el límite mucopiel, nunca la piel solamente como en el hidradenitis.



Tratamiento

✓ Prevención

- No usar desodorante.
- No rasurar el área afectada.
- Usar ropa holgada, preferentemente de algodón.
- Evitar la obesidad
- Control de enfermedades crónicas como la Diabetes mellitus.

✓ Fase inicial:

- Bolsas frías en el inicio del proceso y tibias posteriormente.
- Paños frecuentes con jabones detergentes.
- Antisepsia moderada con solución de cloruro de benzalconio al 1 x 1000, en el área afectada varias veces al día.
- Uso de cremas antibióticas como la Gentamicina.
- Uso de antibiótico por vía oral o parenteral según gravedad.



✓ Fase fluctuante:

- Remover la piel que cubre el acceso con anestesia local, extirpar el techo del absceso.
- Empaquetar la cavidad con gasa para prevenir un cierre inoportuno de la piel antes de que la cavidad se llene de granulación.
- Cultivo del pus para hacer antibiograma y poner tratamiento, aunque con el drenaje solo casi siempre se obtiene la curación.
- Curas diarias hasta la formación de tejido de granulación útil.

✓ Casos Crónicos:

- Piel gruesa, rojiza y perforada por pequeños trayectos que dejan salir una secreción purulenta.
- Extirpación de toda esa piel y del tejido afectado, con injerto subsiguiente si fuese necesario. Radioterapia: puede emplearse en casos graves (destruye las glándulas sudoríparas sin efecto anti infeccioso).

Absceso caliente: Colección de pus producida por una infección aguda en cualquier parte del cuerpo, que se caracteriza clínicamente por los síntomas de la inflamación aguda y anatomopatológicamente por la colección de pus en una cavidad formada por la destrucción hística provocada por el proceso infeccioso.



Etiología

- ✓ Staphylococcus dorado.
- ✓ Staphylococcus blanco.
- ✓ Streptococcus ssp.
- ✓ Colibacilos, neumococos, Haemophilus influenzae y gonococo.



Cuadro Clínico:

- Signos cardinales de la inflamación.
- Dolor de carácter lancinante y pulsátil muy a menudo sincrónico con el latido del pulso.
- Piel edematosa, roja y caliente (al principio) cuya presión es dolorosa y hace desaparecer el color rojo de forma pasajera.



- Síndrome infeccioso general con fiebre, cefalea, escalofríos, insomnio, anorexia, estado saburral de las vías digestivas, náuseas, etc.
- Posteriormente su centro se hace más oscuro y reblandecido (fluctuante).
- Dolor pulsátil desaparece, quedando una tensión dolorosa.
- Examen de sangre: Leucocitosis moderada con desviación a la izquierda.

Complicaciones:

- Linfangitis
- Adenitis
- Sepsis generalizada (en enfermos debilitados y diabéticos).

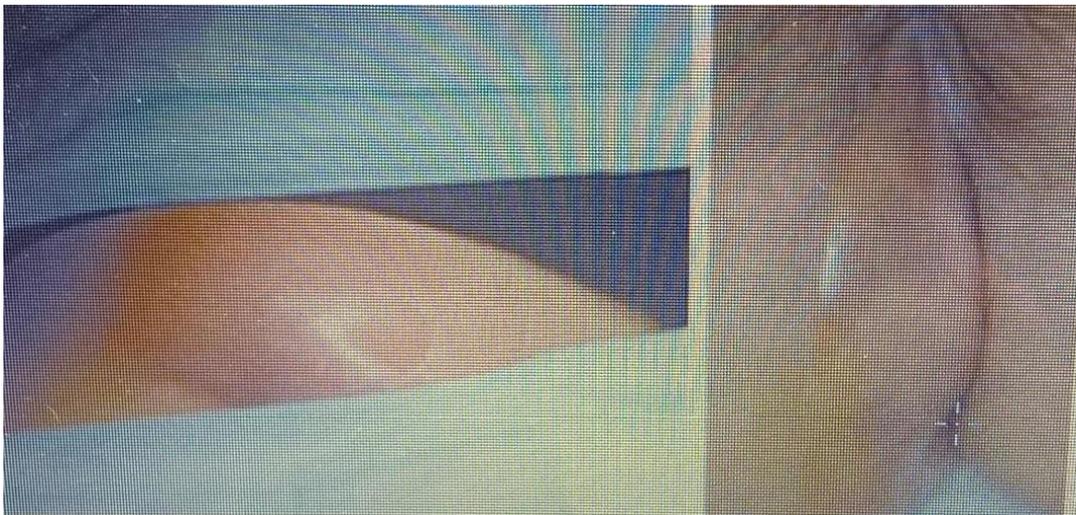


Tratamiento:

- ✓ Fase inicial
- Analgésicos.
- Reposo.
- Antibioticoterapia oral o parenteral en dependencia de la gravedad.
- Bolsas frías en la zona afectada.

✓ Fase de colección

- Evacuación inmediata una vez establecido, a través de la incisión y drenaje.
- Tratamiento estético: punción aspiradora e inyección en la cavidad del antibiótico.



✓ Técnica de drenaje:

- Se busca la parte más fluctuante (+ blanda).
- Se hace una incisión de 1/3 de la parte del absceso.
- Espera salir la secreción.
- Decola o debrida las trabéculas.
- Se limpia con abundante agua antiséptica.
- Se pone crema antibiótica y se deja abierto.

Ántrax

Es una infección de carácter agudo, que ataca **simultáneamente varios folículos pilosos y el tejido circunvecino** producido por la asociación estafilo – estreptocócica que evoluciona hacia la necrosis de las partes atacadas.



Cuadro Clínico

- Ocurre en zonas donde la piel es inelástica y espesa (dorso de la nuca, zona posterior del cuello, muslo), zonas de roce y suciedad.
- Primero ocurre una induración rojiza, dolorosa, urente, localizada.



- Al aumentar la intensidad y profundidad del proceso se acentúan las molestias y el dolor local, también pueden aparecer síntomas generales como laxitud, cefalea, anorexia, malestar general, fiebre, constipación.
- Posteriormente aparecen pústulas que se abren, drenan pus y tejidos necrosados desde diferentes orificios (“Signo de la espumadera”).



- Las bocas vecinas se van uniéndose entre sí formando cráteres cada vez mayores.
- Después se desprenden todos los elementos de esfacelos restantes incluidos en la eliminación purulenta, se desprenden y dejan un amplio cráter central, irregular, de bordes policíclicos, blando de coloración algo violácea.





Diagnóstico Diferencial:

- Forúnculo se limita a la dermis en profundidad, la necrosis ocurre en el aparato pilosebáceo y su vecindad inmediata.
- Pústula maligna del carbunco bacteriano se distinguirá por una placa de piel negra y endurecida rodeada por vesículas que la caracterizan, y en el examen bacteriológico se encuentra el bacilo Anthracis.
- Linfangitis.
- Flemón circunscrito.
- Erisipela.

Complicaciones:

✓ Locales:

- Adquirir el tipo gangrenoso.
- Abarca nuevos territorios para hacerse gigante.
- Absceso en profundidad.
- Perforar la aponeurosis e invadir planos profundos.
- Ántrax de la nuca = meningitis.



✓ Generales:

- Embolias sépticas que forman abscesos a distancia.
- Septicemia.
- Lesiones en el glomérulo a partir del foco séptico.
- Acidosis = coma (diabético).

Tratamiento:

✓ No Quirúrgico:

- Debe considerarse casi siempre la hospitalización.
- Medidas de reanimación hidromineral.
- Uso de antibióticos sistémicos por vía parenteral.
- Analgésicos.
- Compresas frías en la etapa inicial y tibias en la fase exudativa.



✓ Quirúrgico:

- Se realiza cuando el proceso comienza a ablandarse y a supurar, para ayudar en la eliminación de esfacelos.
- Se realiza bajo anestesia general, eliminar de todo el tejido necrosado, aún adherente, flácido y desvitalizado hasta la aponeurosis y suprimir los puentes cutáneos que dificultan el drenaje. Después taponar la herida con gasa.

Conclusiones

Las infecciones de piel y tejidos blandos podrían ocurrir con una gran variedad de presentaciones clínicas, en diversos sitios y con disímiles causas y gravedades. En las cuales están involucradas varios tipos de bacterias que ven favorecido su agresividad por factores de riesgo inherentes al individuo que influyen en el proceso de enfermedad desencadenante, la presentación clínica y la ubicación de la lesión. En este curso se ha seguido la forma que tradicionalmente se ha enseñado en Cuba, pero se han considerado opiniones de diversos textos y revistas.



Bibliografía

- Townsend Jr CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL (2013). Sabiston Tratado de Cirugía: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Edición en español de la decimonovena edición de la obra original en inglés. Elsevier, Barcelona.
- Ares Álvarez J. Avanzando en enfermedades infecciosas. Enfermedades bacterianas cutáneas. 15to curso de actualización en pediatría [Internet]. Madrid: AEPap; 2018 [citado 20/10/2022]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/103.3.presentación_piel.pdf

- Hernanz Lobo A, Saavedra Lozano J. Generalidades sobre antibioticoterapia. Bases para un tratamiento empírico racional [Internet]. Madrid AEPap; 2018 [citado 20/10/2022]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/generalidades-sobre-antibioticoterapia-bases-para-un-tratamiento-empírico-razional>.
- Vazquez Pertejo MT. Diagnóstico de la enfermedades infecciosas [Internet]. Rahway: Manual MSD; 2022 [citado 20/10/2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/infecciones/antibioticos/introducción-a-los-antibióticos>.
- Rómulo Soler V, Mederos Curbelo ON. Cirugía Generalidades. Editorial Ciencias Médicas; La Habana 2016, Tomo I, pp. 469-477.



15 DE OCTUBRE AL 15 DE NOVIEMBRE 2024

*"MARCANDO 40 AÑOS DE LA MEDICINA FAMILIAR. RETOS
PERSISTENTES"*

CURSO

**TITULO: Manejo de las infecciones de la piel y los tejidos blandos
más frecuentes.**

Profesores: M.Sc Frank Y. Martínez Lorenzo Universidad de Ciencias
Médicas Ciego de Ávila. Email: fyml40@gmail.com

M.Sc Milena Hidalgo Ávila Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila. Email: frank77@infomed.sld.cu

M.Sc Joanne Purón Prieto. Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila. Email: puron77@infomed.sld.cu

