

3.2. INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS COMPLICADAS

Luis F Caballero Martínez¹, Beatriz Sobrino Díaz¹, Marina Sánchez Montes², José M^a Aranda Narváez³, Manuel Bravo Bardaji⁴, Eric Serrano Corro⁵ y Begoña Palop Borrás⁶

Servicio de Enfermedades Infecciosas¹, Servicio de Urgencias¹, Servicio de Cirugía General y Digestiva⁵, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología³, Servicio de Cirugía Plástica⁴ y Servicio de Microbiología⁶

3. IPPB COMPLICADAS: Celulitis grave, Gangrena Fournier y Fascitis necrotizante

IPPB complicadas	Etiología	Tratamiento empírico	Alternativa en alérgicos	Otras medidas
Celulitis Grave Mala evolución con tratamiento conservador. Mayor gravedad clínica y rapidez de progresión acompañado de respuesta inflamatoria sistémica: síndrome de shock tóxico*. Requiere a menudo abordaje quirúrgico.	<i>Streptococo- β-hemolítico</i> <i>S. aureus</i> MRSA [†] Anaerobios y bacilos gram negativos (polimicrobianas) incluso BLEE ^Δ	- Cloxacilina 2g/4-6h/iv ± Ceftriaxona 2g/24h/iv Añadir Clindamicina 600mg/6h/iv si criterios de shock tóxico*. Polimicrobiana: - Ceftriaxona 2g/24h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv (si infradiafragmática) ó Clindamicina 600 mg/6h/iv (si supradiafragmática) Sospecha MRSA[†]: - Linezolid 600 mg/12h/iv Riesgo de BLEE^Δ: - Meropenem 2g/8h/iv iv	- Clindamicina 600 mg/6h/iv + Levofloxacino 750 mg/24h/iv Linezolid 600mg /12h - Tigeciclina 100 mg/iv (dosis carga) seguido de 50 mg/12h/iv.	- Hemocultivo - Cultivo de punción-aspiración de la lesión y fluctuación. - Cultivo de tejidos desbridados. - Ajustar tratamiento al resultado de los cultivos. - Tratamiento iv hasta la desaparición de síntomas sistémicos y llevar a cabo desbridamiento de tejidos. Gammaglobulina si presentación grave: ○ Día 1: 1mg/Kg ○ Día 2-3: 0.5 mg/Kg Duración: 10-14 días.
Gangrena de Fournier Afecta a la región perineal, genital o perianal, presentando una rápida progresión y alta mortalidad. Requiere siempre abordaje quirúrgico	Polimicrobiana. (Bacilos gram negativos, anaerobios, cocos gram positivos)	Sin datos microbiológicos - Cefepime 2g/8h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv ó - Piperacilina-tazobactam 4g/0.5 g/6h/iv Sospecha MRSA: añadir - Linezolid 600 mg/12h/iv Sospecha BLEE: - Meropenem 2g/8h/iv o - Imipenem 500 mg/6h/iv	Sin datos microbiológicos - Aztreonam⁽¹⁾ 2g/8h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv Sospecha MRSA: añadir - Linezolid 600mg/12h/iv Sospecha BLEE: - Tigeciclina⁽²⁾ 100 mg/iv (dosis carga) seguido de 50mg/12h/iv	Clínica de sospecha: Dolor perineal desproporcionado, anestesia superficial, equimosis, bullas violáceas, áreas de crepitación, desprendimiento de la piel. Contactar Urgente Cirugía - Hemocultivo. - Muestras para cultivo del desbridamiento quirúrgico.

IPPB complicadas	Etiología	Tratamiento empírico	Alternativa en alérgicos	Otras medidas
Fascitis Necrotizante Infección agresiva que afecta desde el tejido celular subcutáneo hasta la fascia superficial, pudiendo comprometer todo el tejido situado entre la piel y el músculo subyacente Requiere siempre abordaje quirúrgico	Tipo I o Polimicrobiana Abdomen. - Anaerobios (<i>Bacteroides</i> , <i>Clostridium</i> , <i>Peptoestreptococ</i>) , - Anaerobios facultativos - <i>Strept. no A</i> - Enterobacterias	Sin datos microbiológicos: • Amoxicilina/clavulánico 2g /8h/iv + Clindamicina 600 mg/8h/iv Si datos sepsis: • Piperacilina-tazobactam 4g/0.5 g/6h/iv) ± Linezolid 600 mg/12h/iv Si tinción de Gram "polimicrobiana": • Amoxicilina/clavulánico 2 g/8h/iv ó Ceftriaxona 2g/24h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv (infradiafragmática) o Clindamicina 600 mg/8h/iv (supradiafragmática)	Sin datos microbiológicos: • Levofloxacin 750 mg/24h ó • Aztreonam 1g/8h/iv + Clindamicina 600 mg/8h/iv Si datos sepsis: • Levofloxacin 750 mg/24h ó • Aztreonam ⁽¹⁾ 2g/8h/iv ± Vancomicina 1g/12h/iv ó Linezolid 600 mg/24h/iv ± Metronidazol 500 mg/8h/iv ó Clindamicina 600 mg/8h/iv	Clínica de sospecha: Dolor desproporcionado, anestesia local, edema e induración que sobrepasa área eritematosa, bullas, equimosis, crepitación, necrosis de piel, estado tóxico, progresión rápida. Escala de LRINEC [®] ≥ 6 (analítica) Valoración precoz por Cirugía (C. General y Traumatología) • Toma de muestra para diagnóstico • Hemocultivos • Aspirado o biopsia quirúrgica para gram urgente y cultivo aerobio/anaerobio • La cirugía urgente es crucial, desbridamiento amplio y repetido. • Desescalar en cuanto haya estabilidad o resultados microbiológicos • Gammaglobulina si shock tóxico: Día 1: 1mg/Kg Día 2-3: 0.5 mg/Kg
	Tipo II o Monomicrobiana Extremidades. - <i>Strept. grup. A</i> - <i>S. pyogenes</i> . <i>Peptoestreptococ</i> os - <i>S aureus</i> - <i>MRSA</i> extrahospitalario - <i>V. vulnificus</i> (aguas saladas) - <i>A. hydrophila</i> (agua dulce)	Si tinción de Gram con cocos gram positivos en cadenas o bacilos gram positivos: • Cefazolina 2g/8h/iv + Clindamicina 600 mg/8h/iv Si nosocomial o riesgo BLEE: • Imipenem 500 mg/6h/iv o Meropenem 2g/8h/iv ± Clindamicina 600 mg/8h/iv Si riesgo de MRSA*: Añadir Linezolid 600 mg/12h/iv- vo	Si nosocomial o riesgo BLEE • Tigeciclina ⁽²⁾ 100 mg/iv (dosis carga) seguido de 50 mg/12h/iv ± Levofloxacin 750 mg/24h Si riesgo de MRSA: • Linezolid 600 mg/12h/iv ó Tigeciclina ⁽²⁾ ± Levofloxacin ± Metronidazol o Clindamicina	

*** Criterios de shock tóxico:**

Aislamiento <i>S pyogenes</i> de localización estéril	Hipotensión TAS <90 mmHg	Al menos 2 de los siguientes: • CrS >2 mg/dL o si ERC: CrS x2 sobre basal • Trombopenia <100mil o CID • ALT, AST o Bilirrubina 2x límite superior • Distrés respiratorio • Erupción cutánea difusa • Fascitis necrotizante, miositis o gangrena
---	--------------------------	--

† **Factores de riesgo de MRSA:** colonización/infección previa, residencia en centro sociosanitario, múltiples ingresos o ingresos en otros hospitales, pacientes inmigrantes con lesiones necróticas.

MRSA extrahospitalario: menores de dos años, atletas, usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), homosexuales, militares, veterinarios e individuos institucionalizados.

Δ **Factores de riesgo de BLEE:** colonización /infección previa; procedencia de centro sociosanitario /otro hospital /haber estado ingresado en hospital de agudos (últimos 6 meses); haber recibido tratamiento antibiótico (últimos 3 meses) cefalosporinas 3ªg, quinolonas, carbapenémicos..; haber sido sometido a intervención quirúrgica (últimos 3 meses) o procedimientos invasivos (SNG, endoscopia, sondaje vesical). Comorbilidad: sepsis grave/shock séptico, trasplante renal/insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática avanzada, diabetes mellitas, infección urinaria recurrente, obstrucción biliar, tratamiento con corticoides.

*Escala LRINEC: PCR (mg/L), recuento de leucocitos (miles/mm³), hemoglobina (g/dL), Na (mmol/L o mEq/L), Cr (mg/dL), glucosa (mg/dL).

Riesgo bajo ≤5; Riesgo intermedio:6-7; Riesgo alto ≥ 8.

⁽¹⁾ Valorar disponibilidad en Farmacia.

⁽²⁾ En ausencia de otras alternativas, considerar tratamiento combinado.