

Impétigo

Fecha de la última revisión: **11/07/2017**

Índice de contenidos

1. [¿Qué es el impétigo?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿Qué es el impétigo?

El impétigo es una infección cutánea bacteriana superficial habitualmente causada por el *Staphylococcus aureus* y con menos frecuencia por el *Streptococcus pyogenes*. Es la infección bacteriana más frecuente en niños, especialmente de 2-5 años. Suele localizarse en la cara y extremidades, puede aparecer sobre lesiones previas y estar favorecida por mala higiene, inmunodepresión y factores sociales y ambientales (estaciones calurosas, climas húmedos, pobreza, guarderías) (Hartman-Adams H, 2014). Su prevalencia puede llegar al 12,3% de la población infantil en los países menos desarrollados e incluso ser superior en la población infantil marginal de los desarrollados (19,4%) (Bowen AC, 2015).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico, aunque su sospecha puede reforzarse con la tinción de Gram (cocos gram positivos, en cadenas o racimos, en el interior de neutrófilos) y confirmarse mediante cultivo (*Staphylococcus aureus*, estreptococo grupo A). Puede presentarse de dos formas:

- Impétigo no ampolloso, también llamado verdadero o contagioso. Es el más frecuente (70% de los casos) y contagioso. Se inicia como una mácula rojiza que evoluciona rápidamente a pápula, vesícula y costra amarillenta al romperse la vesícula (costra melicérica). Causado por el *Staphylococcus aureus* y con menos frecuencia por el *Streptococcus pyogenes*. Más frecuente en zonas periorificiales. Puede haber picor, eritema periférico y adenopatías regionales (Hartman-Adams H, 2014; Sladden MJ, 2004).
- Impétigo ampolloso. Más frecuente en neonatos. Se manifiesta por vesículas o ampollas con márgenes claros sin eritema circundante, que se vuelven flácidas y con líquido turbio amarillento a los pocos días. Cuando se rompen se forman costras amarillentas. Se suele localizar en zonas húmedas: área del pañal, axila, etc. Esta forma clínica está casi exclusivamente causada por el *Staphylococcus aureus* y mediada por una toxina (Hartman-Adams H, 2014; Sladden MJ, 2004).

En general no son necesarias las pruebas complementarias, aunque, por la presencia cada vez más frecuente de estafilococos meticilina resistentes y especialmente si la evolución no es la esperada debe hacerse tinción gram y cultivo (Stevens DL, 2014). Debe hacerse el diagnóstico diferencial con (Hartman-Adams H, 2014; Sladden MJ, 2004):

- Herpes simple: vesículas de base eritematosa, pruriginosas, que evolucionan a costras, habitualmente situadas en labios.
- Herpes zóster: vesículas de base eritematosa que evolucionan a pústulas y costras, dolorosas, con distribución radicular.
- Dermatitis atópica: lesiones crónicas pruriginosas en cara (niños) o flexuras (adultos) sobre piel seca.
- Quemaduras: historia compatible, vesículas dolorosas de base eritematosa, úlceras o costras.
- Picadura de insectos: pápulas y vesículas pruriginosas en el lugar de la punción y alrededor.

¿Cómo se trata?

Los antibióticos tópicos son el tratamiento de primera elección. Son tan efectivos o más que el tratamiento oral en procesos localizados. **Mupirocina**, **ácido fusídico**, de eficacia similar, se pueden aplicar cada 8 horas durante 7 días, lavando previamente la zona afectada con agua y jabón o suero fisiológico para retirar las costras (Hartman-Adams H, 2014; Koning S, 2012). En algunas zonas hay resistencias a **mupirocina** y **ácido fusídico**; en este caso, la **retapamulina** es una alternativa (Stevens DL, 2014; McClain SL, 2016). No está indicado el uso de desinfectantes locales por ser menos eficaces que los antibióticos (Hartman-Adams H, 2014).

En formas más agresivas suele utilizarse la vía oral. Puede recomendarse **amoxicilina/clavulánico**, **cefuroxima** (no **cefixima**), **azitromicina** o **claritromicina**. Si la evolución no es buena, debe tenerse en cuenta la posibilidad de la existencia de un estafilococo meticilina resistente y tratar según antibiograma, habitualmente con **trimetoprim/sulfametoxazol**, **doxiciclina** o **clindamicina**. No usar fluoroquinolonas, por la rápida inducción de resistencias y el riesgo de artropatía en niños (Shim J, 2014; Stevens DL, 2014; Hartman-Adams H, 2014).

El pronóstico es muy bueno y raramente puede complicarse con linfangitis, artritis séptica, psoriasis guttata, sepsis o glomerulonefritis, esta última independiente del tratamiento (Hartman-Adams H, 2014).

Bibliografía

- Bowen AC, Mahé A, Hay RJ, Andrews RM, Steer AC, Tong SY, et al. Carapetis. The Global Epidemiology of Impetigo: A Systematic Review of the Population Prevalence of Impetigo and Pyoderma. PloS One. 2015;10(8):e0136789. PubMed **PMID: 26317533**. **Texto completo**
- Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2014;90(4):229-35. PubMed **PMID: 25250996**. **Texto completo**
- Koning S, Van der Sande R, Verhagen AP, Van Suijlekom-Smit LW, Morris AD, Butler CC, et al. Interventions for impetigo. Cochrane Database Syst Rev. 2012;1:CD003261. PubMed **PMID: 22258953**. **Texto completo**
- McClain SL, Bohan JG, Stevens DL. Advances in the medical management of skin and soft tissue infections. BMJ. 2016;355:i6004. PubMed **PMID: 27974335**
- Shim J, Lanier J, Qui MK. Clinical inquiry: what is the best treatment for impetigo? J Fam Pract. 2014;63(6):333-5. PubMed **PMID: 25061625**
- Sladden MJ, Johnston GA. Common skin infections in children. BMJ. 2004;329(7457):95-9. PubMed **PMID: 15242915**. **Texto completo**
- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis. 2014;59(2):147-59. PubMed **PMID: 24947530**. **Texto completo**

Más en la red

- Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2014;90(4):229-35. PubMed [PMID: 25250996](#). [Texto completo](#)
- McClain SL, Bohan JG, Stevens DL. Advances in the medical management of skin and soft tissue infections. BMJ. 2016;355:i6004. PubMed [PMID: 27974335](#)
- Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis. 2014;59(2):147-59. PubMed [PMID: 24947530](#). [Texto completo](#)

Autores

- Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
(2) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

