

Santos-Hernández, José Ecil¹
Macedo-Montero, Mariela Guadalupe¹
Zepeda-López, Adrián¹
Reyes-Gómez, Ulises²
Reyes-Hernández, Katy Lizeth³
Acosta-Rubio, Cuauhtli Quetzalli¹

Enfermedades de la piel y tejidos blandos más frecuentes, información básica

Most common skin and soft tissue diseases, basic information

Fecha de aceptación: octubre 2025

Resumen

Las infecciones de la piel y tejidos blandos son algunos de los principales motivos de consulta y hospitalización. Un 10% de las hospitalizaciones asociadas a procesos infecciosos corresponde a infecciones de la piel y tejidos blandos. Éstas se clasifican de acuerdo con la extensión, y como complicada y no complicada; con respecto al tiempo, en aguda o crónica; y por último, necrotizante o no necrotizante. Entre las infecciones de tejidos blandos no complicadas destacan el impétigo, foliculitis, erisipela, ectima y celulitis. Las denominadas complicadas son aquellas que invaden tejidos profundos, como los abscesos. Los principales agentes etiológicos son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. El inicio temprano de la terapia antibiótica dirigida contra estos dos microorganismos garantizará la pronta resolución del proceso infeccioso. Universalmente los tratamientos con mayor tasa de éxito son las penicilinas resistentes a penicilinasas, cefalosporinas de primera generación o macrólidos. En caso de *S. aureus* resistente a meticilina, se considera de primera elección vancomicina y como alternativa linezolid.

Palabras clave: infecciones dérmicas, niños, piel, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, tratamiento oportuno, tejidos blandos.

Abstract

Skin and soft tissue infections are one of the main reasons for consultation and hospitalization. Ten percent of hospitalizations associated with infectious processes correspond to skin and soft tissue infections. These infections are classified according to the extension, such as complicated and uncomplicated; with respect to time, acute or chronic and finally necrotizing or non-necrotizing. Among uncomplicated soft tissue infections, impetigo, folliculitis, erysipelas, ecthyma and cellulitis stand out. The so-called complicated ones are those that invade deep tissues such as abscesses. The main etiological agents are *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus pyogenes*. The early initiation of antibiotic therapy directed against these two microorganisms will guarantee the prompt resolution of the infectious process. Universally, the treatments with the highest success rate are penicillinase-resistant penicillins, first-generation cephalosporins or macrolides. In the case of methicillin-resistant *S. aureus*, vancomycin is considered the first choice and linezolid as an alternative.

Keywords: dermal infections, children, skin, *Staphylococcus aureus*, *streptococcus pyogenes*, timely treatment, soft tissues.

Introducción

Las infecciones de piel y tejidos blandos son algunos de los principales motivos de consulta y hospitalización.¹ Se reportan 6.3 millones de consultas cada año. En las áreas de urgencias se valora a aproximadamente tres millones de pacientes, y se ha observado un incremento durante los últimos años.² Un 10% de las hospitalizaciones asociadas a procesos infecciosos corresponde a infecciones de la piel y tejidos blandos.¹

No existe una definición exacta para infección de la piel o tejidos blandos, ésta se denomina con base en la localización y el microorganismo que la produce. Para obtener una definición más precisa contamos con múltiples clasificaciones, la más aceptada es la de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA), la cual se basa en la extensión de las lesiones, el tiempo de evolución y la presencia o no de necrosis. Según la extensión, se clasifican

¹ Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital de Pediatría, Centro Médico de Occidente, Guadalajara

² Unidad de Investigación en Pediatría, Instituto San Rafael, S.L.P.

³ Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"

Correspondencia: Dr. José Ecil Santos Hernández
Pediátricos Chapalita. Av. Guadalupe 605, Chapalita Oriente,
C.P. 44500, Guadalajara, Jalisco
Correo electrónico: ecil55@hotmail.com y/o
reyes_gu@yahoo.com

como complicada y no complicada; con respecto al tiempo, en aguda o crónica; y por último, como necrotizante o no necrotizante.^{2,3}

Por el contrario, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) excluye las lesiones necrotizantes. Esta última asociación define a las infecciones de tejidos blandos no complicadas como aquellas que responden a un curso con antibiótico o drenaje simple, en esta categoría se incluyen la celulitis y la foliculitis. Las denominadas complicadas son aquellas que invaden tejidos profundos y que no muestran una evolución adecuada, en este grupo encontramos las quemaduras, úlceras o abscesos complicados.¹

Patología

Existen distintas formas de adquisición de las infecciones cutáneas, la principal es por inoculación directa de la bacteria. Otro mecanismo es por exotoxinas circulantes, como en el síndrome de piel escaldada, o como manifestación de alguna enfermedad sistémica, por ejemplo, en sepsis meningocócica.²

Etiología

De acuerdo con el tipo de lesión existen bacterias responsables de la patogenia (cuadro 1). Sin embargo, a nivel global *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* se siguen reportando como los principales agentes causales, los cuales han tomado importancia por el incremento de resistencia a meticilina o eritromicina, respectivamente, lo cual genera controversia al momento de elegir la terapia antibiótica.³

Cuadro 1.

Principales agentes bacterianos según el tipo de lesión

Tipo de lesión	Agente etiológico
Impétigo	<i>Staphylococcus aureus</i> , estreptococos del grupo a
Ectima	Estreptococos del grupo A
Abscesos	Polimicrobiana (<i>S. aureus</i> , estreptococos del grupo a, anaerobios)
Erisipela	Estreptococos del grupo A
Celulitis	Estreptococos del grupo a o de otros grupos, <i>S. aureus</i> , otros microorganismos

Impétigo

Entre las enfermedades infectocontagiosas de piel y tejidos blandos, el impétigo se considera la más frecuente. Es una infección de la piel superficial, clasificada como no complicada. Puede ser impétigo bulloso o no bulloso y se caracteriza porque no presenta lesiones vesiculopustulosas superficiales, intraepidérmicas y uniloculares. El impétigo no bulloso representa 70% de los casos de impetigo.⁴

El principal agente etiológico en el impétigo bulloso es el *Staphylococcus aureus*, seguido de *Streptococcus pyogenes* (figura 1). *S. pyogenes* se encuentra principalmente en el impétigo no bulloso (figura 2). La fisiopatología es mediada por exotoxinas liberadas por *S. aureus*, las cuales

se unen a desmogleina-1 alterando la función de ésta, así provocan la separación de los queratinocitos y forman una ampolla dentro de la epidermis.⁵

El diagnóstico es clínico, sin embargo, existen herramientas auxiliares diagnósticas como el cultivo o la tinción de gram obtenido del líquido al interior de la vesícula formada. Las manifestaciones clínicas incluyen vesículas pustulosas rodeadas de eritema, las cuales al romperse drenan secreción purulenta y dejan una costra gruesa amarilla. Estas lesiones se pueden ulcerar y suelen ocasionar prurito. No son frecuentes los síntomas sistémicos, la presencia de fiebre puede estar hasta en 50% de los casos de impétigo severo sin presentar algún patrón específico.

El tratamiento de elección es un antibiótico tópico, como la mupirocina, durante cinco días. Se recomienda agregar antibiótico sistémico en aquellos con múltiples lesiones diseminadas. En estos casos se sugiere usar penicilinas resistentes a penicilinasas, como dicloxacilina, cefalosporinas de primera generación o macrólidos.⁶

Figura 1.
Impétigo bulloso



Figura 2.
Impétigo no bulloso



Ectima

Es una infección profunda de la piel que daña la dermis. Las lesiones suelen ser similares a las del impétigo. Los principales agentes bacterianos son *S. aureus* y *S. pyogenes*.

Se presenta principalmente en miembros pélvicos, con lesiones tipo vesículas que evolucionan a úlceras con costras amarillo-verdosas, con bordes edematosos y eritematosos (figura 3). Debido a que son lesiones más profundas que en el impétigo, éstas suelen dejar cicatriz.³ En padecimientos crónicos, los pacientes pueden llegar a presentar fiebre de manera ocasional, aunque no se especifica patrón ni porcentaje de presentación. El diagnóstico se realiza mediante el examen clínico, o como herramienta auxiliar se sugiere la realización de cultivos de la lesión o del sitio de avance.⁷

Al igual que en el impétigo, el tratamiento es a base de betalactámicos como dicloxacilina, amoxicilina con ácido clavulánico o cefalexina. Como segunda línea se consideran los macrólidos o las tetraciclinas.⁷

Figura 3.
Ectima en miembro pélvico derecho



Celulitis

Es de las infecciones más frecuentes de la piel y tejidos blandos. Involucra la dermis y el tejido subcutáneo presentando áreas de eritema con edema e hipertermia (figura 4). Ésta se puede presentar posterior a un traumatismo. Es causada principalmente por *S. aureus* en 51% de los casos, seguida de estreptococos del grupo A en 27%. Otros agentes reportados son *Streptococcus agalactiae*, bacilos gram negativos o anaerobios.⁸ El diagnóstico es clínico, con antecedente de factores predisponentes como traumatismo, herida o lesión previa. En la exploración física se observa dolor, aumento del volumen, rubor y calor en la zona afectada, además, ocasionalmente se presentan adenopatías regionales. En 50% de

los casos los síntomas sistémicos referidos son leucocitosis y velocidad de sedimentación globular elevada. La fiebre se reporta en 26 a 67% de los casos.⁹

La duración del tratamiento recomendado por la IDSA es de cinco días, sin embargo, éste se puede extender con base en la afectación y mejoría de la celulitis. Se recomienda el uso de betalactámicos como clindamicina, cefalexina y dicloxacilina. En casos severos de celulitis o en aquellos con factores de riesgo para *S. aureus* meticilino resistente (SAMR), se recomienda el uso de vancomicina.⁹

Figura 4.
Celulitis en la cara secundaria a picadura de insecto



Erisipela

Es una infección superficial de la piel, se presenta de manera frecuente, se caracteriza por inflamación de la dermis y un área bien delimitada de eritema, suele cursar con una herida inicial (figura 5). Afecta principalmente la región facial y los miembros pélvicos. El estreptococo del grupo A es el principal agente etiológico aislado en erisipela hasta en 25%, seguido del *S. aureus* con 18%.¹⁰

Figura 5.
Erisipela en miembros inferiores



La erisipela se caracteriza por bordes elevados, bien definidos, eritematosa, brillante, con afectación del sistema linfático. Los pacientes pueden presentar síntomas sistémicos como fiebre, escalofríos, náuseas o vómito. La fiebre aparece al inicio del cuadro, se reporta de alto grado, mayor a 38.5 °C, acompañada de leucocitosis en la biometría hemática.¹¹

La relación de erisipela con estreptococo del grupo A permite que el tratamiento de elección sea con penicilinas, seguido de cefalosporinas o macrólidos durante cinco a diez días. En casos de infección severa o sospecha de resistencia se recomienda el uso de vancomicina.¹²

Absceso

Se define como una colección de pus, doloroso, eritematoso, indurado y con centro fluctuante (figura 6). Esta lesión se encuentra entre la dermis y los tejidos blandos.¹³ Suele tener etiología polimicrobiana y se han encontrado estreptococos del grupo A, *S. aureus* o anaerobios.¹⁴ El diagnóstico es clínico, se observa una lesión eritematosa, hipertérmica, dolorosa e indurada que tiende a ser fluctuante en el centro. Puede presentar síntomas sistémicos como leucocitosis y fiebre, sin características específicas. Una herramienta auxiliar para el diagnóstico es el ultrasonido, el cual también se puede utilizar al momento de realizar un drenaje guiado por aguja. El manejo de los abscesos incluye el drenaje, el cual se considera la piedra angular. Este procedimiento se puede llevar a cabo por aspirado con aguja o mediante incisión. El material purulento obtenido nos permitirá aislar un agente

etiológico, dirigiendo así la terapia antimicrobiana que se establecerá con base en el cuadro clínico y la sensibilidad antibiótica.¹⁵ Como terapéutica empírica la IDSA recomienda doxiciclina, dicloxacilina, cefalexina o trimetoprim/sulfametoxazol, y en los casos severos el uso de clindamicina, vancomicina o linezolid durante cinco a diez días.⁴

Figura 6.
Absceso en el cuello



Referencias

1. Addison, K.M., "Skin and soft tissue infections", *Surg Clin N Am*, 2009, 89: 403-420.
2. Moyano, M., Peuchot, A. y Giachetti, A.C., "Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento", *Arch Argent Pediatr*, 2014, 112 (1): e96-e112.
3. Mandell, G.L., Bennett, J.E y Dolin, R., *Principles and practice of infectious diseases*, 7ª ed., Elsevier, 2012, pp. 1333-1355.
4. Stevens, D.L., Bisno, A. y Chambers, F., "Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014", *Update by the Infectious Diseases Society of America*, IDSA Practice Guidelines for SSTIS-CID 2014: 59.
5. Pérez de la O, A.D. y García, R., "Impétigo ampolloso. Criterio Pediátrico", *Acta Pediatr Mex*, 2017, 38 (5): 351-354.
6. Baptista, L., "Impétigo-review", *An Bras Dermatol*, 2014, 89 (2): 293-299.
7. Arenas, R., *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*, 6ª ed., México McGraw Hill, 2015, pp. 392-394.
8. Esposito, S., Bassetti, M. y Concia, E., "Diagnosis and management of skin and soft-tissue infections (SSTI). A literature review and consensus statement: an update", *J Chemother*, 2017, 29 (4): 197-214.
9. Gunderson, C., "Celulitis: definición, etiología y manifestaciones clínicas", *Am J Med*, 2011; 124: 1113-1122.
10. Blackberg, A. y Trell, K., "Erysipelas, a large retrospective study of etiology and clinical presentation", *Infectious Diseases*, 2015, 15: 402-404.
11. Inghammar, M., "Recurrent erysipelas: risk factors and clinical presentation", *BMC Infectious Diseases*, 2014, 14: 270.
12. Fica, A., "Celulitis y erisipela: manejo en atención primaria", *Rev Chil Infect*, 2003, 20 (2): 104-110.
13. Moyano, M., Peuchot, A. y Giachetti, A.C., "Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento", *Arch Argent Pediatr*, 2014, 112 (2): 183-191.
14. Vichitra, S. y Senanayake, S., "Bacterial skin and soft tissue infections", *Aust Prescr*, 2006, 39 (5): 159-163.
15. Ramakrishnan, R., "Skin and soft tissue infections", *American Family Physician*, 2015, 92: 474-86. www.aafp.org/afp.