

## GUÍA DE MANEJO DE LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

### RESUMEN EJECUTIVO

#### Introducción

Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) abarcan una amplia variedad de afecciones patológicas que involucran la piel y el tejido subcutáneo subyacente, la fascia o el músculo<sup>1</sup>. Son uno de los motivos más comunes en la consulta infectológica y, si bien en una gran mayoría se trata de casos leves, en ocasiones pueden provocar complicaciones locales y sistémicas graves<sup>2,3</sup>. Por tanto, su reconocimiento precoz y su adecuado manejo médico y quirúrgico es de primordial importancia<sup>4,5</sup>.

En el año 2009, la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), junto a otras sociedades científicas, publicó sus últimas recomendaciones para el manejo de las IPPB<sup>6-8</sup>. En esta nueva versión de las guías se incluyen recomendaciones actualizadas para el manejo clínico y quirúrgico apropiado de las IPPB, incluyendo herramientas útiles para el diagnóstico, con especial hincapié en la apreciación clínica y los diagnósticos diferenciales, y la terapia antimicrobiana, con la atención puesta en el uso responsable de los antibióticos. En este resumen se presentan las recomendaciones para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las IPPB. Para una mayor información se sugiere recurrir al texto completo del trabajo.

#### Metodología

La presente **Guía de manejo de las infecciones de piel y partes blandas**, y sus recomendaciones, fueron desarrolladas por especialistas pertenecientes a la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y discutidas en una reunión plenaria con la participación de representantes de otras seis Sociedades Científicas: la Sociedad Argentina de Dermatología, la Asociación Argentina de Cirugía, la Sociedad Argentina de Medicina, la Asociación Argentina de Microbiología Clínica, la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires y la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, en razón de su experiencia en el manejo de las IPPB.

Las recomendaciones de este Consenso se basan en evidencia científica y en la opinión de expertos. Cada declaración de recomendación incluye una letra (A, B o C) que representa la fuerza de la recomendación y un número (I, II o III) que representa la calidad de la evidencia que respalda la recomendación.

*Fuerza de la recomendación:* A: Recomendación fuerte. B: Recomendación moderada. C: Recomendación débil.

*Calidad de la evidencia:* I: Uno o más estudios aleatorios con resultados clínicos y/o resultados de laboratorio validados. II: Uno o más ensayos no aleatorios bien diseñados o estudios observacionales de cohortes con resultados clínicos a largo plazo. III: Opinión de expertos.

En cada uno de los capítulos se mencionan recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las IPPB. Es de hacer notar que, en relación con los antimicrobianos, solo se mencionan los mismos, sin las dosis o ajustes habituales, las cuales se exhiben en la Tabla 1. Asimismo, en la Tabla 2, se presenta el PEN-FAST, un score predictivo del riesgo de alergia a penicilina, el cual permite una rápida evaluación de la situación, que muchas veces es sobreestimada en la práctica cotidiana y que deriva en la elección de antimicrobianos menos eficaces. Por último, en la Tabla 3 se presentan los criterios generales a utilizar para la definición del sitio de manejo de un paciente con IPPB (ambulatorio, ingreso en piso general, manejo en unidad de cuidados críticos).

#### Microbiología

Cuando se hace referencia a las IPPB, los patógenos más relevantes son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*<sup>5-8</sup>. Los bacilos Gram negativos (BGN) son otro grupo bacteriano importante, sobre todo en pacientes hospitalizados<sup>5-8</sup>. En el texto completo del trabajo se pueden encontrar las consideraciones completas sobre la microbiología de las IPPB.

## Impétigo y ectima

Recomendaciones		Calidad de la evidencia
<b>Recomendaciones para diagnóstico de impétigo y ectima</b>	El diagnóstico de impétigo es clínico, no se recomienda el cultivo de las lesiones, excepto en casos refractarios al tratamiento o en brotes Solicitar otros complementarios solo en los casos con compromiso sistémico o en huéspedes inmunocomprometidos	<b>A-II</b> <b>A-II</b>
<b>Recomendaciones para el tratamiento de impétigo y ectima</b>	En los niños, en general se indica tratamiento tópico cuando la extensión es limitada (<2% de la superficie corporal), mientras que el tratamiento sistémico se sugiere en casos de mayor extensión, edad menor a un año, sospecha de etiología por <i>S. aureus</i> metilino-resistente (SAMR) o mala respuesta al tratamiento o recurrencia Baño con agua y jabón, descostrado de las lesiones con agua blanca de Códex o agua D'Alibour diluidas a la mitad al tercio Impétigo no bulloso con área delimitada: tratamiento local con ácido fusídico en crema, 3 veces por día por 5 días. Alternativa: mupirocina local por 5 días Impétigo bulloso o con compromiso extenso o con pobre respuesta al tratamiento, o impétigo no bulloso extendido: cefalexina o cefadroxilo, y re-evaluación en 72 horas. En caso de no mejoría, evaluar amoxicilina-TMP/SMX Si por factores sociales no se considere factible una re-evaluación a las 72 horas, considerar inicio con amoxicilina-TMP/SMX Como alternativas o en pacientes con alergia a penicilina: clindamicina o minociclina/doxiciclina (en mayores de 8 años o mujeres no embarazadas) Duración del tratamiento: 5-7 días	<b>A-II</b> <b>A-II</b> <b>A-III</b> <b>A-III</b> <b>A-III</b> <b>A-III</b> <b>A-III</b>
<b>Recomendaciones para la prevención de impétigo y ectima</b>	Extremar el manejo adecuado de las medidas higiénicas para evitar la sobreinfección bacteriana de heridas (especialmente en niños), con agua y jabón neutro, uso racional de soluciones antisépticas de clorhexidina (su uso excesivo puede inducir a resistencia sobre la misma) y cremas antibióticas en casos de mayor compromiso Educar al paciente para que evite escoriaciones por rascado y diseminación de la infección a otras partes del cuerpo, indicarle que no comparta toallas o ropa, y enfatizar la importancia del lavado de manos Los niños no deben reintegrarse al colegio/club hasta dos días después de iniciado el tratamiento	<b>A-III</b> <b>A-III</b> <b>A-III</b>

## Forunculosis y forunculosis recurrente

Recomendaciones	Calidad de la evidencia	
<b>Recomendaciones para diagnóstico de forunculosis</b>	El diagnóstico es eminentemente clínico, no está recomendado el estudio microbiológico de la lesión, con excepción de los pacientes inmunocomprometidos	A-II
<b>Recomendaciones para el tratamiento de forunculosis</b>	<p>En lesiones pequeñas resulta suficiente el tratamiento local: limpieza con agua y jabón neutro, antisépticos que no modifiquen el pH ácido de la piel (iodopovidona o clorhexidina) y eventualmente el calor húmedo que promueva el drenaje</p> <p>En lesiones de mayor tamaño, si se encuentran en etapa de fluctuación, pueden requerir drenaje quirúrgico con técnica aséptica</p> <p>El tratamiento sistémico con antibióticos solo está indicado cuando hay celulitis circundante, múltiples lesiones, localización en rostro, inmunodeficiencias o compromiso sistémico</p> <p>En ese caso se recomienda TMP-SMX dos veces por día durante 5-7 días. Como alternativas, en adultos y niños mayores de 8 años, pueden considerarse tetraciclina (doxiciclina o minociclina)</p>	A-II
<b>Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la forunculosis recurrente</b>	<p>Los forúnculos recurrentes deben drenarse y cultivarse tempranamente en el curso de la infección</p> <p>La instauración de tratamiento antibiótico deberá hacerse en base a los resultados de ese cultivo, con una duración de 5 a 10 días</p> <p>Debe considerarse la descolonización nasal con mupirocina unguento intranasal, durante 5 días, y lavados diarios con clorhexidina al 4%, con descontaminación diaria de artículos personales como toallas, sábanas y ropa</p> <p>Esta medida debe incluir a todo el grupo familiar y, de ser necesario, a las mascotas. También deben limpiarse las superficies de alto contacto con lavandina al 1% y realizarse una cuidadosa higiene de manos</p>	A-II
		A-II
		A-II
		A-II

## Abscesos cutáneos y abscesos cutáneos recurrentes

Recomendaciones		Calidad de la evidencia
<b>Recomendaciones para diagnóstico de abscesos cutáneos</b>	El diagnóstico se realiza mediante el examen clínico De estar indicado el tratamiento antibiótico, el mismo puede iniciarse sin necesidad de cultivo en la mayor parte de los casos	A-II A-II
<b>Recomendaciones para el tratamiento de abscesos cutáneos</b>	La base del tratamiento es el drenaje, que suele ser suficiente para la curación en paciente inmunocompetentes El uso de antibióticos en casos no complicados es innecesario, aunque se puede valorar el tratamiento antibiótico sistémico en caso de inmunodeprimidos, lactantes, edad avanzada, afectación del estado general o lesiones múltiples, o en pacientes con signos de compromiso sistémico En pacientes con infecciones no complicadas se sugiere el uso de TMP-SMX, durante 5 a 7 días. Como alternativas, tetraciclinas (doxiciclina o minociclina)	A-I A-I A-II
<b>Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de los abscesos cutáneos recurrentes</b>	Un absceso recurrente en un sitio de infección previa debe impulsar la búsqueda de causas locales como quiste pilonidal, hidradenitis supurativa o material extraño Los abscesos recurrentes deben drenarse y cultivarse tempranamente Los pacientes que presentan abscesos recurrentes deben ser evaluados para detectar trastornos predisponentes El tratamiento básico de los abscesos cutáneos es la incisión y drenaje quirúrgico de su contenido de forma abierta, aunque en casos de abscesos pequeños se podría esperar el drenaje espontáneo sin ningún tratamiento En cuanto a la administración de antibióticos, un curso de TMP-SMX de 5 a 7 días, sería eficaz en la prevención del fracaso del tratamiento y las recurrencias en niños y adultos con factores de riesgo, como obesidad, diabetes mellitus, inmunocompromiso o hacinamiento Se recomienda la descolonización de 5 días con mupirocina intranasal y bañarse diariamente con clorhexidina	A-I A-III A-II A-I B-II A-II

## Erisipela y celulitis

Recomendaciones	Calidad de la evidencia
<b>Recomendaciones para el diagnóstico de erisipela y celulitis</b>	A-II
El diagnóstico tanto de la erisipela como de la celulitis se realiza en base a la presentación clínica	A-II
La toma de hemocultivos se sugiere en pacientes inmunocomprometidos o en aquellos que están con signos de sepsis o que presentan signos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS)	A-II
No suele ser necesaria la realización de una punción aspiración para cultivo, o de una biopsia cutánea para el diagnóstico, aunque estos procedimientos pueden ser de utilidad en situaciones específicas, como pacientes inmunocomprometidos (dado que el agente etiológico es menos predecible), en formas de presentación atípicas, de sospecha de causa no infecciosa o con posibilidad de presentar gérmenes atípicos o cuadros graves	A-III
<b>Recomendaciones para el tratamiento de erisipela y celulitis</b>	A-III
Antes de tratar la celulitis o la erisipela, puede ser de utilidad el dibujo de la extensión de la infección con un marcador quirúrgico, a fin de poder evaluar la evolución	A-III
Una vez instaurado el tratamiento inicial, es importante reevaluar al paciente a las 48-72 horas, a fin de valorar la aparición o el empeoramiento de los síntomas sistémicos, la aparición o el aumento del dolor local, y el aumento del enrojecimiento o la hinchazón de la lesión, en relación con la primera evaluación	A-II
<b>Casos leves:</b> (pacientes sin signos o síntomas de enfermedad sistémica, y sin comorbilidades que puedan complicar el cuadro)	A-II
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo ambulatorio</li> <li>• El tratamiento empírico debe dirigirse contra estreptococos y <i>S. aureus</i> sensible a la meticilina con cefalosporinas de primera generación (cefalexina o cefadroxilo)</li> <li>• Si se registran claros factores de riesgo para SAMR o falta de respuesta tras 48-72 horas de tratamiento, considera el agregado de TMP/SMX o tetraciclina (minociclina o doxiciclina)</li> <li>• En pacientes con alergia a los betalactámicos, se recomienda el uso de clindamicina</li> </ul>	A-II
<b>Casos moderados:</b> (pacientes con signos sistémicos de infección, requerimiento de medicación parenteral y potencial necesidad de tratamiento quirúrgico)	A-II
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo hospitalario en sala general</li> <li>• Considerar un régimen intravenoso con cefazolina</li> <li>• En pacientes con riesgo de SAMR adquirido en la comunidad (SAMR-AC) o con lesiones abscedadas, o falta de respuesta a las 48-72 horas, evaluar el agregado de vancomicina o TMP/SMX como alternativa</li> <li>• En situaciones con riesgo de infecciones por BGN, se recomienda utilizar ceftriaxona en lugar de cefazolina</li> </ul>	A-II
<b>Casos graves:</b> (pacientes con signos de SIRS e hipotensión, inmunodepresión o progresión rápida, potencialmente mortales)	A-II
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo en terapia intensiva</li> <li>• Considerar la cobertura de SAMR con vancomicina (alternativas: linezolid o daptomicina, solo en situaciones muy seleccionadas), BGN (piperacilina/tazobactam, cefalosporinas de 3º/4º generación) y el agregado de clindamicina por su efecto antitoxina</li> <li>• Si se sospecha celulitis necrosante, se debe considerar el desbridamiento quirúrgico con toma de muestra para terapia agente-específica según cultivo y antibiograma del tejido obtenido</li> </ul>	A-III
Se recomienda que la duración del tratamiento sea de entre 5 y 7 días, aunque puede ser necesario mantenerlo durante más tiempo en caso de falta de mejoría en ese período	A-III
La elevación del miembro afectado favorece el drenaje linfático y acelera el proceso de curación durante el evento agudo	A-III

## Erisipela y celulitis recurrente

Recomendaciones		Calidad de la evidencia
<b>Recomendaciones para el diagnóstico de erisipela y celulitis recurrentes</b>	Se basa en la historia y manifestaciones clínicas. Es primordial evaluar los factores de riesgo y las características de los episodios previos, fundamentalmente la localización, tiempo de presentación y posible puerta de entrada (trauma, úlceras)	A-III
	El episodio recurrente de celulitis o erisipela es generalmente similar al episodio agudo: unilateral, afecta típicamente los miembros inferiores y causa signos de inflamación local	A-III
	Los hisopados nasales para búsqueda de SAMR tienen un VPN elevado en áreas de alta prevalencia, y son de utilidad para desescalonar el esquema empírico de antibióticos	A-III
<b>Medidas de prevención no farmacológicas para erisipela y celulitis recurrentes</b>	Reducción de peso en pacientes obesos	A-II
	Tratamiento físico del linfedema (vendaje, drenaje linfático manual, ejercicios, cuidados de la piel y medias elásticas con compresión entre 30 y 60 mmHg, compresión neumática)	A-II
	Elevación de los miembros inferiores en pacientes con insuficiencia venosa, linfedema	A-II
	Tratamiento farmacológico efectivo de los intertrigos micóticos y onicomicosis	A-II
	Educación del paciente	A-II
	Considerar la cesación tabáquica, indicar ejercicio físico y el adecuado control de la diabetes	B-II
	Decolonización en pacientes con <i>S. aureus</i> y portadores nasales SAMR	B-III
<b>Medidas de prevención farmacológicas para erisipela y celulitis recurrente</b>	Las intervenciones farmacológicas solo deben considerarse ante la falla o imposibilidad de implementación de las medidas no farmacológicas mencionadas anteriormente	A-II
	Se recomienda la indicación de profilaxis antibiótica luego de 2-4 episodios separados de celulitis, en el transcurso de un año	A-II
	Algunos esquemas que podrían recomendarse son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penicilina benzatínica 1.2 a 2.4 MU cada 2 a 4 semanas</li> <li>• Penicilina V oral 500 000 UI cada 12 horas durante 6-12 meses</li> <li>• Pacientes alérgicos a la penicilina: eritromicina 250 mg cada 12 horas u otros macrólidos</li> </ul>	A-II
	Se recomienda una duración de 6 a 12 meses	A-III

## Infección del sitio quirúrgico (ISQ)

Recomendaciones	Calidad de la evidencia
<b>Recomendaciones para el diagnóstico de las ISQ</b>	A-II
<p>Los signos locales (dolor, hinchazón, eritema y drenaje purulento) proporcionan la información más confiable para diagnosticar una ISQ</p> <p>Una vez diagnosticada la ISQ se debe instaurar tratamiento y realizar técnicas complementarias de diagnóstico, como cultivos, hemocultivos o pruebas de imagen</p>	A-II
<b>Recomendaciones para el tratamiento de las ISQ</b>	A-II
<p>En ISQ siempre se debe retirar la sutura y realizar incisión y drenaje</p> <p>La elección del antibiótico suele ser empírica según epidemiología local, hasta disponer del resultado de la tinción de Gram, y antibiograma de cultivo del contenido de la herida y el sitio de la cirugía</p>	A-II
<p>Se debe realizar un desbridamiento amplio de los tejidos, extrayendo aquellos que estén desvitalizados, lavado con abundante solución fisiológica</p>	A-II
<p>Para cirugía abdominal y vaginal, en la que predominan las infecciones por BGN y anaerobios, se recomienda un tratamiento empírico según su epidemiología local que puede ser desde ampicilina-sulbactam, piperacilina-tazobactam, o combinación de gentamicina y metronidazol, además del tratamiento quirúrgico</p>	A-II
<p>En pacientes con ISQ después de cirugías limpias en el tronco, la cabeza y el cuello, o en extremidades que también presentan signos sistémicos de infección, está indicado un ciclo corto de antibióticos sistémicos</p>	A-II
<p>Se recomienda una cefalosporina de primera generación para SAMS, o vancomicina, cuando haya factores de riesgo para SAMR (colonización nasal, infección previa por SAMR, hospitalización reciente, antibióticos recientes)</p>	A-II
<p>En ISQ secundarias a cirugías en axila, tracto gastrointestinal, periné o tracto genital femenino se recomiendan agentes activos contra BGN y anaerobios, como una cefalosporina en combinación con metronidazol</p>	A-II

## Infecciones necrosantes

Recomendaciones		Calidad de la evidencia
<b>Recomendaciones para el diagnóstico de las infecciones necrosantes</b>	<p>El diagnóstico se basa en la sospecha clínica (comienzo con dolor de gran intensidad, desproporcionado respecto a la ausencia de signos cutáneos evidentes) y los hallazgos quirúrgicos</p> <p>Todos los test o pruebas diagnósticas deben ser utilizados con mucho criterio, a fin de evitar demoras en la instauración del tratamiento, especialmente en pacientes con sepsis</p> <p>El <i>gold standard</i> sigue siendo la exploración quirúrgica</p>	<p>A-III</p> <p>A-III</p> <p>A-III</p>
<b>Recomendaciones para el tratamiento de las infecciones necrosantes</b>	<p>Es fundamental la toma de muestras de tejido para estudio microbiológico (cultivo y hemocultivos) para guiar la antibioticoterapia</p> <p>La realización de estudios de imágenes no tiene indicación, excepto en cuadros de presentación atípica, debido a que podría llevar a demoras en la instauración de un tratamiento efectivo</p> <p>El tratamiento quirúrgico precoz y extenso, junto a un tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, disminuye la mortalidad</p> <p>Es necesario realizar re-exploraciones quirúrgicas en todos los pacientes ya sea para nueva remoción de tejido o para asegurarse el éxito de la primera intervención</p> <p>El tratamiento antibiótico debe contemplar cobertura para CGP, BGN y anaerobios. Se recomienda el uso de un betalactámico de amplio espectro, como piperacilina/tazobactam, ceftriaxona o un carbapenémico, según factores de riesgo individuales para organismos resistentes, asociado a vancomicina dirigido a SAMR</p> <p>Ajustar el espectro antibiótico según el resultado de los cultivos</p> <p>Se sugiere adicionar clindamicina debido a su acción antitoxina en IN</p> <p>Se sugiere continuar el tratamiento antibiótico hasta contar con 48-72 horas de mejoría clínica desde la última cirugía</p>	<p>A-III</p> <p>A-III</p> <p>A-III</p> <p>A-III</p> <p>A-III</p> <p>A-III</p> <p>A-III</p> <p>A-III</p>

## Piomiositis

Recomendaciones	Calidad de la evidencia
<b>Recomendaciones para el diagnóstico de las piomiositis</b>	A-I
Se recomienda la toma de muestra local y de hemocultivos La RMN es la modalidad de imagen recomendada para establecer el diagnóstico de piomiositis. La TAC y la ecografía son también estudios útiles por su menor costo y mayor accesibilidad	A-II
<b>Recomendaciones para el tratamiento de las piomiositis</b>	A-II
En la etapa inicial, deben administrarse antibióticos en forma empírica, mientras que en las fases purulenta y tardía, es imprescindible el drenaje de colecciones intramusculares, ya sea mediante técnicas percutáneas o cirugía abierta	A-III
En pacientes con cuadros graves está ampliamente justificada una exploración quirúrgica de urgencia, a fin de definir la naturaleza del proceso infeccioso (celulitis crepitante versus gangrena gaseosa), a través del examen directo de los músculos involucrados	A-II
En el esquema antibiótico empírico inicial se recomienda vancomicina junto con la cobertura de BGN (piperacilina-tazobactam o ampicilina-sulbactam)	A-II
La duración recomendada de la terapia antibiótica dependerá de la evolución clínica e imagenológica, probablemente no menos de 2 semanas desde el control del foco	A-II
Los antibióticos deben administrarse inicialmente por vía intravenosa, pero ante la mejoría clínica debe considerarse el pasaje a terapia oral en pacientes clínicamente estables, que ya hayan sido drenados y que tengan tolerancia a la vía oral	A-II

## Enfermedad por arañazo de gato y angiomatosis bacilar

Recomendaciones		Calidad de la evidencia
Recomendaciones para el diagnóstico de la enfermedad por arañazo de gato	El diagnóstico debe basarse en la epidemiología (contacto con gatos), la clínica (lesiones con adenopatías sin otro diagnóstico específico), los estudios serológicos (IgG e IgM) y, de ser posible, la detección de <i>Bartonella</i> en biopsias/punción de adenopatías o lesiones viscerales	A-II
Recomendaciones para el tratamiento de la enfermedad por arañazo de gato	El tratamiento de elección es azitromicina. Otras alternativas terapéuticas son: claritromicina, rifampicina o ciprofloxacina La combinación de doxiciclina con rifampicina podría ser una alternativa en casos complicados, como retinitis o compromiso del SNC. No está determinada la duración de este tratamiento	A-III B-II
Recomendaciones para el diagnóstico de la angiomatosis bacilar	El diagnóstico definitivo de la AB requiere de la biopsia cutánea La confirmación del diagnóstico se puede realizar también mediante la técnica de PCR, específica para cada especie de <i>Bartonella</i> , que es el método de elección para identificar directamente la bacteria en sangre y en tejidos	B-II B-II
Recomendaciones para el tratamiento de la angiomatosis bacilar	El tratamiento recomendado es doxiciclina o eritromicina durante 3 meses Como alternativa se puede indicar azitromicina o claritromicina VO En los casos de endocarditis confirmada se sugiere el uso de doxiciclina por 6 semanas asociada con gentamicina durante las primeras 2 semanas, o bien doxiciclina más rifampicina IV por 6 semanas, seguida de doxiciclina VO sola durante por lo menos 3 meses La duración de la terapia no se ha determinado y probablemente sea más prolongada en casos con enfermedad invasiva En personas viviendo con HIV, el tratamiento debe continuarse hasta que se normalice el recuento de células T CD4+	B-II B-II B-II B-II B-II

## Mordeduras de animales y humanas

Recomendaciones	Calidad de la evidencia	
<b>Recomendaciones para el diagnóstico de mordeduras animales y humanas</b>	El diagnóstico y la evaluación inicial son clínicos, en base a los hallazgos que sugieren infección (enrojecimiento, hinchazón, secreción purulenta, dolor, fiebre y malestar). En general no es necesario realizar ningún examen complementario	A-II
<b>Recomendaciones para el tratamiento de mordeduras animales y humanas</b>	Se recomienda tanto para la mordedura de animal como de humano la limpieza, desbridamiento e inicio temprano de profilaxis antibiótica (dentro de las 12 horas posteriores), dada la elevada probabilidad de infección	A-II
	No se recomienda el cierre primario de las heridas, con excepción de las de la cara, que deben tratarse con irrigación abundante, desbridamiento cauteloso y antibióticos preventivos	A-III
	Se recomienda el uso de amoxicilina - ácido clavulánico, durante 3-5 días Como alternativas: TMP-SMX o levofloxacina + metronidazol, o clindamicina. En personas con alergia a la penicilina: clindamicina o TMP-SMX	A-II A-II
	El toxoide tetánico debe administrarse a pacientes sin vacunación con toxoide dentro de los 10 años	A-II
	Toda persona con mordedura, rasguño o lamedura de mucosas o de piel herida, producida por animales con rabia confirmada o animales con sintomatología compatible, por animales silvestres (murciélagos, zorros, monos, coatíes) o por perros, gatos, hurones domésticos imposibles de observar o no vacunados, deben ser considerados para vacunación antirrábica y derivado a centro especializado	A-II

## Síndromes mediados por toxinas bacterianas

Recomendaciones		Calidad de la evidencia
Síndrome de la piel escaldada estafilocócica		
<b>Recomendaciones para el diagnóstico del síndrome de la piel escaldada estafilocócica</b>	El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque también se puede hacer mediante el aislamiento de <i>S. aureus</i> en cultivo de frotis nasal, faríngeo o conjuntival	A-II
<b>Recomendaciones para el tratamiento del síndrome de la piel escaldada estafilocócica</b>	El tratamiento se administrará por vía endovenosa con antibióticos antiestafilocócicos (cefazolina) y clindamicina (por su actividad inhibidora de la síntesis de toxinas). En caso de sospecha de SAMR-AC, deberá utilizarse vancomicina	A-II
	Es necesario un tratamiento de soporte para evitar trastornos hidroelectrolíticos, tener un buen control del dolor y tomar medidas de asepsia en las zonas de piel denudada	A-III
	Aquellos pacientes que presentan compromiso del estado general, o los recién nacidos, requieren internación con aislamiento y la administración de medicación por vía parenteral	A-II

Recomendaciones		Calidad de la evidencia
síndrome del <i>shock</i> tóxico (SST) estafilocócico		
<b>Recomendaciones para el diagnóstico del SST estafilocócico</b>	El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en los criterios clínicos y de laboratorio establecidos por el CDC	A-II
<b>Recomendaciones para el tratamiento del SST estafilocócico</b>	Es fundamental erradicar la fuente de producción de las toxinas. En caso de localizarse, deberá hacerse el control del foco: drenaje/limpieza quirúrgica o extracción de cuerpo extraño (por ejemplo, tampón)	A-II
	El tratamiento antibiótico se deberá administrar por vía endovenosa con antibióticos antiestafilocócicos (cefalosporinas de primera generación), añadiendo siempre antibióticos que inhiban la síntesis de toxinas (clindamicina)	A-II
	Se deberán aplicar las medidas de soporte necesarias para tratar el <i>shock</i>	A-II
	En pacientes que no respondan al tratamiento inicial, está recomendada la administración de IGIV en base a la presencia de anticuerpos contra las toxinas estafilocócicas, aunque la evidencia científica es muy limitada	B-III

Recomendaciones	síndrome del <i>shock</i> tóxico (SST) estafilocócico	Calidad de la evidencia
<b>Recomendaciones para el diagnóstico del SST estreptocócico</b>	Los criterios de diagnóstico incluyen signos clínicos de gravedad asociados con la presencia de GAS en un sitio no estéril (faringe, vagina o esputo) o en un sitio normalmente estéril (LCR, sangre, líquido peritoneal o biopsia de tejido)	A-II
<b>Recomendaciones para el tratamiento del SST estreptocócico</b>	Además, se deberá realizar el tratamiento de soporte para el shock y el desbridamiento quirúrgico del foco (por ejemplo, fascitis necrotizante) en caso de que sea necesario	A-II
	El tratamiento antibiótico se administrará por vía endovenosa, inicialmente de forma empírica con una cefalosporina de primera generación (cefazolina) hasta el aislamiento de <i>S. pyogenes</i> , cuando se hará de forma dirigida con penicilina	A-II
	En cualquier caso, se asociará clindamicina por su efecto inhibidor de la producción de toxinas	A-II
	La administración de IgGIV podría ser de utilidad para la reducción de la mortalidad, pero la experiencia clínica es muy limitada	B-III

### Bibliografía

1. Brook I. Microbiology and management of soft tissue and muscle infections. *Int J Surg* 2008; 6:328–38.
2. Ki V, Rotstein C. Bacterial skin and soft tissue infections in adults: a review of their epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment and site of care. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008; 19:173–84.
3. Cunto ER, Colque ÁM, Herrera MP, Chediack V, Staneloni MI, Saúl PA. Severe skin and soft tissue infections. An update. *Medicina (B Aires)* 2020; 80:531–40.
4. Eron LJ, Lipsky BA, Low DE. Managing skin and soft tissue infections: expert panel recommendations on key decision points. *J Antimicrob Chemother* 2023; 52:13–7.
5. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, 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; 59:147–59.
6. Bermejo A, Clara L, D Atri GM, et al. Consenso SADI-SAM-SAD-CACCVE. Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas – Parte I. *Rev Panam Infectol* 2009; 11:49–65.
7. Bermejo A, Clara L, D Atri GM, et al. Consenso SADI-SAM-SAD-CACCVE. Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas – Parte II. *Rev Panam Infectol* 2009; 11:47–62.
8. Bermejo A, Clara L, DAtri GM, et al. Consenso SADI-SAM-SAD-CACCVE. Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas – Parte III. *Rev Panam Infectol* 2010; 12:60–74.