



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

ISSN: 2174-4106

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Taberner Pazos, Belén; Devesa Jover, Paula; García Peris, Mónica; Escolano Serrano, Silvia
Lesiones vesiculares, no siempre son varicela
Pediatría Atención Primaria, vol. XXIII, núm. 92, 2021, Octubre-Diciembre, pp. 391-395
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366674141006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEAP
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Lesiones vesiculares, no siempre son varicela

Belén Taberner Pazos^a, Paula Devesa Jover^a, Mónica García Peris^b, Silvia Escolano Serrano^b

^aMIR-Pediatría. Hospital Lluís Alcanyís. Játiva. Valencia. España • ^bServicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyís. Játiva. Valencia. España.

Publicado en Internet:
25-noviembre-2021

Belén Taberner Pazos:
belentaberner@gmail.com

Palabras clave:

- Ampollas
- Impétigo contagioso
- *Staphylococcus aureus*

Resumen

El impétigo ampolloso o bulloso es una enfermedad infectocontagiosa de la piel, causada por *Staphylococcus aureus* y mediada por toxina. Se caracteriza por la aparición de ampollas flácidas sobre lesiones vesiculares iniciales. Es importante el diagnóstico diferencial en estadios iniciales con otras patologías que cursan con lesiones vesiculosas, como la varicela. La elección del tratamiento se basa en la extensión, localización y profundidad de las lesiones, utilizando siempre antibioterapia contra *S. aureus* y comprobando la sensibilidad antibiótica debido a la creciente prevalencia de *S. aureus* resistente a la metilicina (SARM).

Bladders, not always varicela

Key words:

- Blisters
- Contagious impetigo
- *Staphylococcus aureus*

Abstract

Bullous impetigo is an infectious-contagious skin disease toxin-mediated, caused by *Staphylococcus aureus*. It's characterized by the appearance of flaccid blisters on initial vesicular lesions. It's important the differential diagnosis with other diseases involving vesicular lesions, such as chickenpox in early stages. The choice of treatment is based on the extent, location and depth of the lesions, always using antibiotic therapy against *S. aureus* and checking antibiotic sensitivity due to the increasing prevalence of MRSA (methicillin resistant *S. aureus*).

CASO CLÍNICO

Niño de tres años que acude a urgencias por aparición de lesiones vesiculares en el tronco de dos días de evolución, con empeoramiento progresivo. Asocia fiebre de hasta 38,9 °C en las últimas 12 horas. Había iniciado tratamiento con amoxicilina oral y mupirocina tópica 24 horas antes de consultar, sin mejoría.

Como antecedentes, fue intervenido a los 12 días de vida por drenaje venoso anómalo total supradiafragmático, estando asintomático desde entonces. No refieren otros antecedentes de interés salvo xerosis cutánea. No refiere alergias alimentarias ni medicamentosas. No toma tratamiento habitual. Adecuadamente vacunado según el calendario de Reino Unido que no incluye vacuna frente a varicela. Vive en España hace nueve meses, sin referir otros viajes.

Cómo citar este artículo: Taberner Pazos B, Devesa Jover P, García Peris M, Escolano Serrano S. Lesiones vesiculares, no siempre son varicela. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:391-5.

Figura 1. Lesiones de distinta morfología y diferente estado evolutivo. Presenta lesión ampollosa de 2 cm de diámetro en tórax superior, lesiones exudativas y costrosas de hasta 5 cm en el tronco, así como lesiones vesiculares de 3-5 mm



A su llegada a urgencias presenta buen aspecto y se encuentra estable hemodinámicamente, con temperatura axilar de 38 °C. Destaca la presencia de lesiones cutáneas generalizadas de morfología variable y distinto estado evolutivo (Fig. 1). Por un lado, presenta lesiones ampollosas flácidas de contenido claro de predominio en el tronco y los

miembros superiores, de 1-2 cm de diámetro con una pequeña pápula rojiza central. Las lesiones ampollosas se desprenden fácilmente dejando lesiones exudativas eritematosas (Fig. 2). Por otro lado, presenta lesiones exudativas, algunas de ellas en fase de costra más extensas de hasta 4-5 cm en el tronco. Por último, se observan lesiones vesiculares de 3-5 mm sobre piel normal compatibles con infección por varicela. No presenta eritrodermia ni afectación de mucosas. Orofaringe hiperémica con fibrina y exudado en conducto auditivo externo izquierdo. El resto de la exploración por aparatos es normal.

Dada la clínica se solicita analítica sanguínea que muestra 4100 leucocitos/mm³ con fórmula normal y proteína C reactiva de 7,4 mg/dl, siendo el resto de los parámetros normales. Dada la extensión de las lesiones se decide ingreso con sospecha diagnóstica de impétigo ampuloso para inicio de tratamiento intravenoso con cloxacilina a 80 mg/kg/día previa extracción de hemocultivos. Se realizan curas locales con clorhexidina y ácido fusídico tópico. Presenta buena respuesta al tratamiento, con desaparición de la fiebre a las 30 horas de ingreso. Las lesiones ampollosas y exudativas evolucionan a estado de costra sin presentar complicaciones locales. Se realizan test de estreptococo faríngeo y cultivo de exudado faríngeo que resultan negati-

Figura 2. Izquierda: lesiones ampollosas flácidas entre 1-2 cm en distinto estado evolutivo con pápula central. Vesícula de pequeño tamaño adyacente a lesión de mayor tamaño. Derecha: lesiones exudativas eritematosas por el desprendimiento de la ampolla previa



Figura 3. Lesiones ampollosas en fase de resolución en la zona superior del tórax (izquierda) y el miembro inferior derecho (derecha). Existen lesiones eritematosas descamativas, así como lesiones costrosas negruzcas. Además, presenta lesiones vesiculares de 3-5 mm



vos. El cultivo de exudado cutáneo es positivo para *Staphylococcus aureus* sensible a metilicina y resistente a mupirocina. Se extraen a su vez serologías de herpes, coxsackie y varicela, con IgG e IgM negativas. El hemocultivo también resulta negativo tras 5 días de incubación.

Se da de alta con cloxacilina oral hasta completar 8 días de tratamiento, presentando una excelente evolución (Fig. 3).

DISCUSIÓN

El impétigo ampolloso o bulloso es una enfermedad infectocontagiosa de la piel causada por *Staphylococcus aureus*. Afecta principalmente a escolares de dos a cinco años y es el resultado de la acción de una toxina epidermolítica (toxina exfoliativa A), con acción proteasa de serina, que se une a la desmogleína 1 (Dsg-1) y altera su función¹. Esto genera lisis entre las conexiones intercelulares de los queratinocitos, lo que da lugar a la formación de ampollas flácidas sobre la epidermis superficial. Estas ampollas se rompen dejando una base eritematosa húmeda y un halo de piel que se desprende. Las lesiones se suelen secar rápidamente y se cubren de costras claras, finas y superficiales. Generalmente, estas ampollas flácidas ocurren sobre vesículas más pequeñas, que son las que aparecen inicialmente².

Se considera una forma localizada y leve del síndrome de piel escaldada estafilocócica, donde es raro la presencia de complicaciones. Se puede clasificar como impétigo primario si afecta a piel normal, o impétigo secundario si tiene lugar sobre traumatismos menores, abrasiones, picaduras de insectos, dermatitis atópica o incluso dermatitis infecciosas como herpes simple o varicela³.

La clínica cutánea suele acompañarse de fiebre, malestar y adenopatías^{4,5}. La forma más frecuente de impétigo, no obstante, es el impétigo contagioso o no ampolloso cuyo agente causal es *Streptococcus pyogenes*, aunque también se han descrito casos producidos por *S. aureus*⁵. El impétigo no ampolloso se caracteriza por la presencia de lesiones papulares que evolucionan a vesículas y posteriormente en pústulas que se agrupan y forman costras gruesas y adherentes melicéricas. Suele afectar principalmente a rostro y en ocasiones extremidades, a diferencia del impétigo ampolloso cuya afectación principal es el tronco⁶.

El diagnóstico es clínico, aunque se puede hacer cultivo del contenido líquido o de la superficie de la lesión para confirmar la etiología o si existen dudas sobre el diagnóstico⁴. El diagnóstico diferencial incluye enfermedades ampollas autoinmunes, dermatitis de contacto aguda, quemaduras, reacciones medicamentosas y varicela sobreinfectada entre otras.

Tabla 1. Tratamiento del impétigo ampolloso

Todos los casos	• Lavado de manos • Curas con clorhexidina
Infecciones leves, sin complicaciones	Antibiótico tópico cada 8 horas, 5-7 días (mupirocina, ácido fusídico, retapamulina; ozenoxacino para SARM) Se ha visto ↑ resistencias a Ácido fusídico, valorar de segunda elección
Infecciones moderadas/graves, complicadas, <1 año, no mejoría con tratamiento tópico	Antibiótico sistémico 5-7 día (agente activo para <i>S. aureus</i>). De elección vía oral, valorar vía intravenosa si afectación sistémica Cefadroxilo, de elección Cloxacilina Cefuroxima Amoxicilina-ácido clavulánico

En el caso que nos ocupa, la ausencia de vacunación previa por varicela y la presencia de lesiones vesiculares de pequeño tamaño nos hizo plantear el diagnóstico diferencial entre sobreinfección cutánea por varicela o impétigo ampolloso. Por ello, se solicitó serología para varicela, herpes y Coxsackie. Sin embargo, los resultados de la serología (negativa para los virus solicitados) y la evolución de las lesiones que desaparecieron sin formación de pústulas apoyaron al diagnóstico de impétigo ampolloso primario.

El tratamiento del impétigo ampolloso tiene como objetivo disminuir la propagación de la infección, acelerar la resolución y evitar secuelas sobre la piel⁷. La elección de tratamiento tópico o sistémico se basa en la extensión, localización y profundidad de las lesiones. En todos los casos el antibiótico debe cubrir *S. Aureus*. En los casos en los que las lesiones se limitan a la piel y afectan a menos de un 2% de la superficie corporal es suficiente el tra-

tamiento antibiótico tópico durante cinco a siete días con ácido fusídico, mupirocina o retapamulina, siendo de elección ozenoxacino para SARM⁸. Se debe añadir antibioterapia sistémica en casos de afectación extensa, niños menores de un año o escasa respuesta al tratamiento tópico, preferiblemente vía oral. El antibiótico sistémico de elección es el cefadroxilo, pudiendo utilizar también cloxacilina, cefuroxima o amoxicilina-clavulánico^{9,10}.

En la **Tabla 1** se encuentra resumido el tratamiento del impétigo ampolloso.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflicto de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

SARM: *S. aureus* resistente a la meticilina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nishifuji K, Sugai M, Amagai M. Staphylococcal exfoliative toxins: "Molecular Scissors" of bacteria that attack the cutaneous defense barrier in mammals. *J Dermatol Sci*. 2008;49:21-31.
2. Guillén Fiel M, Santos García N, Ureta Velasco P, Rojo Conejo P. Impétigo bulloso causado por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. *Acta Pediatr Esp*. 2008;66:415-7.
3. Pérez de la O AD, García-Romero MT. Impétigo ampolloso. *Acta Pediatr Mex*. 2017;38:351-4.
4. Amagai M, Matsuyoshi N, Wang ZH, Andl C, Stanley JR. Toxin in bullous impetigo and staphylococcal scalded-skin syndrome targets desmoglein 1. *Nat Med* 2000;6:1275-7.
5. Moraga-Llop FA, Martínez-Roig A. Enfermedades bacterianas de la piel. *Pediatr Integral*. 2012;16:235-43.
6. Arenas Guzmán R. Impétigo vulgar. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. 4.ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009. p. 373-5.

7. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger FP, 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;59:147.
8. Galli I, Venturini E, Bassi A, Gattinara GC, Chiappini E, Defilippi C, *et al.* Common Community-acquired Bacterial Skin and Soft-tissue Infections in Children: an Intersociety Consensus on Impetigo, Abscess, and Cellulitis Treatment. *Clin Ther.* 2019;41:532-55.
9. Conejo AJ, Martínez MJ, Couceiro JA, Moraga FA, Baquero F, Alvez F, *et al.* Documento de Consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. *An Pediatr (Barc).* 2015;84:121.e1-121.e10.
10. Cobo Vázquez E, Saavedra Lozano J. Infecciones de la piel y partes blandas (I): impétigo, celulitis, absceso. En: Guía ABE [en línea] [consultado el 25/11/2021]. Disponible en [www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-\(i\)-impetigo-celulitis-absceso-](http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-(i)-impetigo-celulitis-absceso-)