

Tratamiento de las infecciones de piel y partes blandas en Argentina

Sr. Editor

Hemos leído con atención el artículo "Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento".¹

En el mismo se hace referencia a la indicación de tratamiento con cefalexina, amoxicilina-ácido clavulánico o eritromicina en los casos de impétigo que se acompañan de síntomas sistémicos o afectan una superficie mayor de piel. Del mismo modo, para infecciones supuradas como el forúnculo, el artículo indica la necesidad de tratamiento sistémico con cefalexina, amoxicilina-ácido clavulánico o clindamicina, en ese orden.

La bibliografía que sustenta tales indicaciones consiste en un documento de consenso español sobre el tratamiento de estas infecciones que data de 2007, otro consenso argentino intersociedades de 2009, en el que si bien se proponen tratamientos con betalactámicos, se hace expresa referencia a atender al creciente riesgo de adquisición de *S. aureus* meticilino-resistente de la comunidad (SAMR-AC) y una revisión efectuada por P. Bernard en 2008 en Francia.

Es de notar y destacar que las variables epidemiológicas no son estables en el tiempo ni idénticas entre regiones.

En Argentina, la emergencia de SAMR-AC como agente etiológico de infecciones de piel y partes blandas (IPPB) es de importancia creciente, tornándose en algunas series (tanto pediátricas como de adultos), el germen más frecuentemente aislado.

Paganini H. y col.,² estudiaron prospectivamente 200 casos de infección estafilocócica en niños y hallaron que 38% de estas eran producidas por SAMR-AC. Dos años más tarde, el mismo autor, estudió prospectivamente 447 infecciones estafilocócicas provenientes de 6 provincias de Argentina, que consistían mayoritariamente IPPB, hallando que 62% fueron causadas por SAMR-AC.³

En 2012, Sola C y col., advirtieron sobre la diseminación del clon ST5-IV de SAMR-AC como el responsable de la creciente diseminación de SAMR-AC en población pediátrica en Argentina.⁴

Siendo estos últimos artículos²⁻⁴ citados por los autores de la revisión que nos ocupa, llama la atención que no haya sido considerada esta información.

Por otra parte, López-Furst y col., publicaron un estudio efectuado entre 2010 y 2011

involucrando a 311 pacientes adultos con IPPB de 19 centros de Argentina, en el que la prevalencia de resistencia a la meticilina entre los *S. aureus* aislados, alcanzó el 80%.⁵

Creemos necesario destacar que la complejidad de la enfermedad infecciosa, nos obliga a atender a las diferencias geográficas y a los cambios temporales de la epidemiología.

Estas modificaciones han desplazado a los antibióticos betalactámicos como una elección para la mayoría de las IPPB en Argentina, sobre todo cuando hablamos de infecciones supuradas y/o con compromiso sistémico.

Debemos resaltar la importancia del drenaje como principal conducta terapéutica, así como la investigación diagnóstica con cultivos que nos permitan conocer la realidad de nuestro paciente y darnos comprensión de la situación local.

Cotrimoxazol (combinada con betalactámicos, si hubiese fuerte sospecha de estreptococos), clindamicina (atendiendo a que su resistencia se está tornando creciente y que tiene un importante impacto epidemiológico en la emergencia de *C. difficile*) y glicopéptidos en los casos que precisen tratamiento intravenoso, deben ser alternativas a considerar hasta tanto otros datos epidemiológicos estén disponibles.

Dr. Pablo Gustavo Scapellato

Dra. María José López-Furst

Dr. Lautaro Mariano de Vedia

Hospital Donación F. Santojanni.pscapel@intramed.net

Sanatorio Méndez. calas6111@hotmail.com

Hospital F.J. Muñiz. lautarodevedia@gmail.com

1. Comité Nacional de Infectología de la SAP. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* 2014;112(1):96-102.
2. Paganini H, Verdaguer V, Rodríguez A, Della Latta P, et al. Infecciones causadas por *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina en niños provenientes de la comunidad en niños de la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2006;104(4):295-300.
3. Paganini H, Della Latta MP, Muller Opet B, Ezcurra G, et al. Estudio multicéntrico sobre las infecciones pediátricas por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente provenientes de la comunidad en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(5):397-403.
4. Sola C, Paganini H, Egea AL, Moyano AJ, et al. Spread of epidemic MRSA-ST5-IV clone encoding PVL as a major cause of community onset staphylococcal infections in Argentinean children. *PLoS One* 2012; 7(1):e30487.
5. López Furst MJ, de Vedia L, Fernández S, Gardella N, et al. Prospective multicenter study of community-associated skin and skin structure infections due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Buenos Aires, Argentina. *PLoS One* 2013;8(11):e78303.

En respuesta:

Sr. Editor

Agradecemos ante todo la posibilidad de intercambiar opiniones respecto al consenso elaborado a pedido de la SAP sobre el diagnóstico y tratamiento de las IPPB en población pediátrica.

Tal como se menciona en la *Carta al Editor*, la emergencia de SAMR-AC como agente etiológico de IPPB es de importancia creciente siendo éste el principal motivo para llevar adelante un proceso de actualización sobre este tema de forma exhaustiva, transparente y reproducible.

En respuesta a la Carta al Editor que fue enviada luego de la publicación de la primera parte del consenso, nuestra devolución apunta a reforzar la postura adoptada por el Comité de Infectología de la SAP.

En cuanto a la búsqueda bibliográfica que se ha realizado para este consenso, se destacan los siguientes aspectos generales:

- 1) Se han desarrollado estrategias de búsqueda acorde a los dos objetivos principales del consenso.
- 2) Una estrategia de búsqueda apuntó a identificar artículos sobre la prevalencia de IPPB en población pediátrica de nuestro país.
- 3) Otra estrategia fue diseñada para identificar artículos sobre el tratamiento de infecciones por estafilococo y estreptococo.
- 4) Se utilizó la herramienta DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) para la selección de términos controlados de manera trilingüe.
- 5) Se utilizó el filtro por edad según corresponda con la intención de acotar la búsqueda a la población pediátrica.
- 6) Se exploraron bases de datos gratuitas como MEDLINE, BIREME, Biblioteca Cochrane, y base de guías de práctica clínica.

Siguiendo los lineamientos actuales para la elaboración de Consensos de la Subcomisión de Epidemiología de la SAP, se decidió considerar la opinión de expertos y otras fuentes de información en las áreas donde la evidencia publicada fuera insuficiente o de baja calidad.

Coincidiendo con el comentario de la carta que señala que la *epidemiología no es estable en el tiempo y varía entre regiones* (incluso de un mismo país), el grupo de autores ha trabajado con máxima cautela a lo largo del proceso de elaboración de un consenso nacional de esta índole.

El consenso incluye varios trabajos de investigación realizados en nuestro país que alertan sobre la importancia de la vigilancia epidemiológica de las IPPB en pediatría al tiempo

que aportan datos locales sobre las infecciones estafilocócicas provenientes de la comunidad.

Se mencionan, además, publicaciones de trabajos realizados en países con contextos socio-económicos muy diferentes a nuestro medio, o bien en poblaciones adultas o con factores de riesgo (diabetes, antibioterapia previa) que fueron excluidas porque exceden el manejo ambulatorio de las IPPB en niños. Por lo tanto, la validez externa de la evidencia revisada ha sido un criterio crucial para la elaboración de este consenso.

El diagnóstico de los cuadros de IPPB no siempre se reporta con claridad en los trabajos científicos, siendo difícil obtener información confiable sobre los agentes etiológicos de lesiones no punzables o drenables (y por ende no cultivables) como el impétigo y el forúnculo. En este escenario, el SBHGA y el SAMS tienen un rol importante en las IPPB en la población infantil y por otro lado en el caso de la celulitis, por ejemplo, los cultivos de las punciones son negativos entre un 72 y 84% y los hemocultivos son negativos en casi el 90% de estas afecciones. (CID 2013:56 (15 June)). La revisión sistemática de ICAs¹ publicada con apoyo del *Skin Cochrane Group*² con sede en la Universidad de Nottingham, RU, y que ha sido incluida en el consenso concluye que la evidencia sobre las intervenciones para el tratamiento del impétigo es poco clara.

Los autores de esta carta sugieren tratamientos alternativos que incluyen cotrimoxazol (combinada con betalactámicos, si hubiese fuerte sospecha de estreptococos), clindamicina y glicopéptidos endovenosos pero no quedan claro en qué cuadros de IPPB de la población infantil se aplicaría esta recomendación ni las referencias de los trabajos científicos que la sustentan.

En relación a esto, un estudio clínico reciente³ no encontró diferencias en el agregado de cotrimoxazol a la cefalexina en las celulitis no abscedadas aún en la era de la meticilino resistencia.

En las lesiones del tipo de los abscesos, el drenaje es el tratamiento de elección y si se prescriben antibióticos sistémicos por la extensión de las lesiones, la complejidad del cuadro o el tipo de paciente, es recomendable tener en cuenta la cobertura para SAMR-ac tales como clindamicina y cotrimoxazol.

A pesar de las limitaciones de la evidencia disponible, esperamos que este consenso sea valorado como un documento de apoyo para el médico pediatra quién deberá decidir sobre

el manejo clínico de las IPPB según cada caso y atendiendo a la situación particular del niño y su familia.

La insuficiente información sobre la prevalencia local de los gérmenes causantes de las IPPB y la insuficiente información acerca de la respuesta a los tratamientos empíricos que se utilizan para tratar estas infecciones en el paciente pediátrico, debiera ser un estímulo para el desarrollo de nuevos protocolos de investigación que permitan aportar datos nacionales a través de estudios multicéntricos. Se deberían tener en cuenta las recomendaciones para futuras investigaciones de las revisiones sistemáticas Cochrane incluidas en este consenso.^{2,4}

Dra. Gabriela Ensínck

Dr. Enrique Casanueva

Dra. Yanina Sguassero

Coordinadores del Consenso
Infecciones de Piel y Partes Blandas
Comité de Infectología de SAP

1. Koning S, van der Sande R, Verhagen AP, van Suijlekom-Smit LW, et al. Interventions for impetigo. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;1: CD D003261.
2. Cochrane Skin Group [Internet]. Nottingham: The Cochrane Collaboration, 2009. [Disponible en: <http://skin.cochrane.org>] [Consulta: 15 de abril de 2014].
3. Pallin DJ, Binder WD, Allen MB, Lederman M, et al. Clinical trial: comparative effectiveness of cephalexin plus trimethoprim-sulfamethoxazole versus cephalexin alone for treatment of uncomplicated cellulitis: a randomized controlled trial. *Clin Infect Dis* 2013;56(12):1754-62.
4. Kilburn SA, Featherstone P, Higgins B, Brindle R. Interventions for cellulitis and erysipelas. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(6):CD004299.

El problema de identificar enfermedad de Kawasaki sin el criterio de fiebre

Sr. Editor

En años recientes, se han reportado al menos seis niños con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki (EK) que presentaron enfermedad coronaria (EC) sin haber cumplido con el criterio de fiebre; sus conclusiones coincidieron en sugerir que los clínicos deben mantenerse alertas ante la posibilidad de identificar casos con este comportamiento por el riesgo de complicarse con EC (ver Tabla 1). Estas conclusiones deberían ser consideradas con reserva por los tomadores de decisiones, si se recuerda el bajo nivel de evidencia de los casos clínicos.

Tomando en cuenta datos sólidos, la epidemiología de una enfermedad depende de la

variabilidad geográfica y racial; por ejemplo y comparativamente, en Japón (donde se detecta EK flexibilizando el criterio de fiebre) se notifican 108 casos/100 000 niños < 5 años, mientras que en países como México no existen cifras producto de una vigilancia epidemiológica; la diferencia es que el primer país tiene experiencia y registros documentados para fortalecer sus conclusiones; el segundo se encuentra inmerso en la región latinoamericana donde la epidemiología de la EK es inadecuadamente descrita.¹ Bajo ese panorama la aceptación de criterios nuevos, puede impactar en la epidemiología y en la economía de una región, una vez que las definiciones de caso altamente sensibles incrementan los falsos positivos e impactan en el gasto de los sistemas de salud. De acuerdo a lo anterior, desde el punto de vista "individuo", el admitir que EK se puede diagnosticar sin el criterio de fiebre puede favorecer que un alto porcentaje de enfermedades febriles exantemáticas (EFE) de la edad infantil sean manejadas con gammaglobulina o al menos ser sometidos a un ecocardiograma, en este panorama el encontrar un caso de EC asociado a estas condiciones, puede considerarse un éxito del médico.

Sin embargo, y aun considerando que las adecuaciones que han sufrido los criterios de la *American Heart Association* (AHA) para el diagnóstico de EK han favorecido el acuñamiento de términos como EK atípica y EK incompleto, no debemos perder la perspectiva que históricamente el diagnóstico se basa en la presencia de fiebre en adición de al menos 4 de 5 criterios clínicos.² Aunado a ello debemos reconocer que en los últimos años las enfermedades febriles exantemáticas en niños han disminuido gracias a los programas de vacunación y que paralelamente EK parece haber dejado de ser un diagnóstico de exclusión e incluso se considera por encima de fiebre reumática como la principal causa de cardiopatía adquirida en el mundo. Pero no podemos dejar de considerar que algunos de los criterios de la AHA pueden reconocerse en otras EFE y en enfermedades mediadas por toxinas; más aun se ha demostrado que la EC no es exclusiva de EK, y se ha documentado en enfermedad periodontal, en poliarteritis nodosa con aneurisma coronario gigante, en la fiebre manchada del Mediterráneo causada por rickettsias, en el tifo murino e incluso la fiebre reumática; más aún, se ha demostrado que las dimensiones de las arterias coronarias en niños con fiebre prolongada que no llenan criterios de EK, son mayores que la de sujetos sanos, pero menores a niños con EK.^{3,4}

TABLA 1. Criterios de la AHA que cumplieron los casos de EK sin fiebre reportados en la literatura médica.

Referencia	Duración de fiebre	Extremidades	Exantema polimorfo	Conjuntivitis bilateral sin exudado	Cambios en labios y cavidad oral	Linfadenopatía cervical >1,5 cm de diámetro	# Criterios
1	Ausente	Eritema y edema en palmas y plantas.	Exantema en cuello, barbilla, tronco	Conjuntivitis no supurativa	Mucositis, lengua en fresa	Linfadenopatía cervical	5
2	Ausente	Edema en manos y pies.	Eritema y exantema, no menciona zona	Conjuntivitis + rinorrea	Enantema, labios	Linfadenopatía cervical	5
3	4 días	Al día 13 descamación en pulpejos.	Micropápulas, generalizado no pruriginoso	Conjuntivitis bilatera	Labios secos no fisurados, no glositis	Tumefacción laterocervical 4 x 3 cm	5
4	Ausente	Eritema palmar y descamación periungueal.	Exantema en tronco y eritema vulvar de 10 días de duración.	A partir del tercer día	Enantema 7 días	1 cm	5
5	Ausente	No refiere.	Presente no menciona las zonas	Conjuntivitis	Queilosis	No menciona	3
6	Ausente	Dolor y descamación de manos.	No menciona	Eritema conjuntival	Eritema de labios	No menciona	3

AHA: American Heart Association.

EK: Enfermedad de Kawasaki.

Por ello desde el punto de vista de la salud pública los casos no justifican la consideración de EK sin fiebre en una población con prevalencia baja, incluso en poblaciones con susceptibilidad alta es necesaria la interacción con otros factores, considerando que el fenotipo depende de la expresión genética y de la influencia ambiental.

Bajo este aspecto, sería interesante que los reportes de los casos vistos desde una perspectiva clínica fueran complementados reportando el número de individuos con sospecha de "EK sin fiebre" a los que se realizan estudios ecocardiográficos con resultados negativos para EC y reportando así mismo la decisión médica para el tratamiento.

La ausencia de un estándar de oro que discrimine si estos casos sin fiebre efectivamente corresponden a EK deja al criterio de los lectores si a partir de la lectura diagnostican como EK a un individuo sin fiebre pero con datos de vasculitis e inician tratamiento con gamaglobulina (cuya finalidad es prevenir la enfermedad coronaria). La conclusión principal de estos casos para la salud pública es que debe apoyarse a los grupos que pugnan por una adecuada vigilancia epidemiológica

(pasiva de manera inicial) que pueda esclarecer las principales dudas,¹ entre ellas, si en los criterios de la AHA debe desaparecer el criterio mayor de fiebre, lo cual sin duda tendría impacto hasta en la manera como se incluyen casos de EK para la investigación científica.

Dr. Jesús Reyna Figueroa

jesusreynaf@gmail.com

Dra. Suced Arano-Salazar

tisty15@hotmail.com

Servicio de Pediatría

Hospital Central Sur Petróleos Mexicanos

- González-Mata A, Ulloa-Gutiérrez R, Brea del Castillo J, Soza G, Tremoulet AH. Orígenes e importancia de la Red de Enfermedad de Kawasaki en América Latina (REKAMLATINA). *Rev Chilena Infectol* 2013;30(4):402-4.
- Yu JJ. Diagnosis of incomplete Kawasaki disease. *Korean J Pediatr* 2012;55(3):83-7.
- Jamieson N, Singh-Grewal D. Kawasaki disease: a clinician's update. *Int J Pediatr* 2013;2013:645391.
- Muniz JC, Dummer K, Gauvreau K, Colan SD, et al. Coronary artery dimensions in febrile children without Kawasaki disease. *Circ Cardiovasc Imaging* 2013;6(2):239-44.

Sr. Editor:

He leído con suma atención su artículo "Las contradicciones e iniquidades de la Prevención en Medicina" publicado en *Archivos Argentinos de Pediatría*: 2014;112(3):202-3, donde puntualiza las dificultades para la Medicina Preventiva. El tema es muy amplio y Ud. lo expone con todo realismo a fin de movilizar la atención sobre la necesidad de la PREVENCIÓN en el ejercicio de la Medicina.

Por mi experiencia, en un consultorio de adolescencia es donde se pueden pesquisar situaciones de salud actuales que influirán en el futuro afectando a personas mayores cuando la patología logre instalarse plenamente.

También Ud. expresa: *"el valor de toda pesquisa preventiva depende del riesgo de la enfermedad, su frecuencia, la capacidad para detectarla correctamente"*.

Quisiera explicitar las acciones que deben efectuarse en la consulta de un niño y/o de un adolescente por una dolencia, una patología estacional o un accidente y hacer medicina preventiva.

Además en la oportunidad de hacer controles de salud para el requerimiento anual de la salud escolar, es también el momento que se debe aprovechar para hacer PREVENCIÓN EN MEDICINA.

Se comienza por el interrogatorio si el paciente está en edad de responder o por sus padres o familiares que lo traen a la consulta. Se pregunta si el paciente tiene alguna patología y cuál es el tratamiento. Luego se efectúa el examen físico: auscultación cardio-respiratoria para verificar su funcionamiento y detectar ruidos agregados que indican alteraciones de uno o de los dos sistemas. Se hace inspección de columna vertebral

donde se puede hallar: escoliosis, lordosis u otras patologías, inspección de pies: desde pies planos hasta otras anomalías. Inspección de las arcadas dentarias con su posible abanico de alteraciones. Verificación de los órganos genitales: en los varones hacer la maniobra de la retracción del prepucio y si está alterado su deslizamiento enviarlo a cirugía. En las niñas y adolescentes inspección de las mamas y vello pubiano y según su edad preguntar por sus períodos menstruales y hacer la derivación a ginecología si es necesario.

En ambos sexos: examen visual, garganta, nariz y oído y controlar el carnet de las vacunas.

Preguntar si fuma el paciente y/o sus familiares y explicitar al respecto por las enfermedades e incapacidades, aún en el caso de que solo los mayores fumen que contaminan el aire de la vivienda que el niño o el adolescente aspiran y les puede producir patologías graves.

Además la consulta al Pediatra y al médico de Adolescencia debe realizarse cuando el paciente presenta una enfermedad física y/o psíquica a fin de lograr el tratamiento y la curación sin secuelas para el futuro de la vida del paciente y cerrar la instalación de patologías importantes en la adultez, y esto es MEDICINA PREVENTIVA.

Pero la prevención en medicina también abarca la inter-relación con colegas de diferentes especialidades con los que se debe tratar con cada uno de ellos una buena relación humana y aprovechar el pedido de la inter-consulta para hacer referencia a la "filosofía" de la PREVENCIÓN EN MEDICINA.

Dra. María Isabel Herrera
Socia Vitalicia SAP