

DRENAJES DE PARTES BLANDAS

TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS

DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ

ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

16/10/2020

CELULITIS

Inflamación de la dermis y TCS que se caracteriza por edema, eritema y dolor de la zona afectada. Los márgenes laterales tienden a ser poco diferenciados dada la profundidad de la infección. Suele cursar con linfangitis asociada y síntomas constitucionales. Los microorganismos más frecuentemente implicados son *S. pyogenes* y *S. aureus*, aunque en ciertas circunstancias neumococo, *Salmonella* o enterobacterias también pueden producirla. La celulitis que se origina en el pie tras punción a través del zapato es típicamente originada por *P. aeruginosa*. En caso de mordedura, *Pasteurella* y anaerobios podrían estar implicados, y si la celulitis se relaciona con inmersión en agua, *Aeromonas* (agua dulce) o *Vibrio* (agua salada) podrían ser agentes responsables, en cuyo caso habría que asociar un aminoglucósido o quinolona al tratamiento antibiótico habitual.

La celulitis puede producirse por contigüidad por otro tipo de infección, como impétigo, o como consecuencia de una bacteriemia. Puede producir múltiples complicaciones como artritis, osteomielitis, tromboflebitis, bacteriemia o fascitis necrotizante. El diagnóstico etiológico puede conseguirse en un 25% de los casos con hemocultivo (5%) o cultivo de aspirado de la zona de máxima inflamación.

El tratamiento antibiótico debe administrarse siempre de forma sistémica; considerar tratamiento IV inicial en caso de lactante o niño pequeño, fiebre elevada, afectación del estado general, progresión rápida o linfangitis, o ante fracaso al tratamiento oral. Cuando la evolución es favorable, 10 días de antibiótico suele ser suficiente, habiéndose objetivado buenas tasas de curación en celulitis no complicadas con 5 días de tratamiento. Algunos autores propugnan el uso inicial de corticoides sistémicos.

Celulitis preseptal.

Esta presentación es relativamente común en niños, y puede ser secundaria a una lesión cutánea, bacteriemia primaria o a una infección interna, especialmente sinusitis. El tratamiento debe cubrir, en general, microorganismos implicados en infecciones respiratorias además de los habituales de la piel: cefuroxima (\pm clindamicina o metronidazol) o amoxicilina-clavulánico son apropiados. Erisipela.

Erisipela

Es una celulitis superficial que afecta a la dermis y cuyo agente etiológico suele ser *S. pyogenes*. Suele iniciarse a consecuencia de una solución de continuidad en la piel, de forma brusca, con una pápula eritematosa que rápidamente aumenta de tamaño, formándose una placa eritematosa y dolorosa, con cambios de la piel adyacente (piel de naranja), elevada y bien delimitada, que suele cursar con

linfangitis y clínica sistémica. Las extremidades inferiores son la localización más frecuente. Es una infección más predominante en adultos, y algunos factores predisponentes son diabetes mellitus, obstrucción venosa o linfática y síndrome nefrótico. Puede complicarse con bacteriemia, glomerulonefritis postestreptocócica, absceso, tromboflebitis y, en algunas ocasiones, con shock tóxico (ver después). El tratamiento consiste en 10 días de penicilina, con al menos 3 días de tratamiento IV. En ocasiones *S. aureus* podría estar implicado.

ABSCESO SUBCUTÁNEO

Colección de pus localizada, secundaria a necrosis de tejido por una infección previa, normalmente adyacente. Se manifiesta como un nódulo firme, eritematoso y doloroso, que termina fluctuando, con poca clínica sistémica.

La bacteria más frecuentemente implicada es *S. aureus*, siendo el único aislamiento en un 25% de los casos. Otros microorganismos implicados son *S. pyogenes*, anaerobios y enterobacterias: en abscesos cercanos a mucosas (perianales o periorales) considerar bacterias colonizadoras de esas mucosas, mientras que, en zonas más alejadas, las bacterias de la piel serán aisladas con mayor frecuencia. Las localizaciones más frecuentes en niños son la mama, la zona perirrectal, las glándulas sudoríparas y el cuero cabelludo.

El tratamiento se basa en el drenaje local. Considerar cultivo especialmente si existe sospecha de SAMR. El tratamiento antibiótico sistémico es controvertido, aunque parece apropiado en caso de niños pequeños, afectación del estado general, celulitis asociada o inmunosupresión, y debería mantenerse 7-10 días en casos no complicados.

ANTRAX

El ántrax es una infección cutánea producida por estafilococos (generalmente *Staphylococcus aureus*) formada por una agrupación de forúnculos con extensión de la infección al tejido subcutáneo.

El diagnóstico del ántrax o forunculosis por *Staphylococcus aureus* se basa en el cultivo del microorganismo, bien de la zona afectada o bien de hemocultivos en caso de cuadros sistémicos.

El tratamiento será con antibióticos betalactámicos, salvo en casos de resistencia a meticilina, en que se emplearán otros grupos como aminoglucósidos o glucopeptidos, entre otros.

En atención primaria es fundamental el conocimiento de los microorganismos causantes de las infecciones de partes blandas para pautar de forma empírica el tratamiento dirigido a los mismos.

Es una infección bacteriana zoonótica de los animales herbívoros -vacas, ovejas, cabras, caballos, elefantes, búfalosque accidentalmente se transmite al hombre, causada por el *Bacillus anthracis*, generalmente se adquiere a través del contacto con los animales enfermos o muertos de “fiebre esplénica”, o de los productos de origen animal contaminados: pelos, cueros, restos óseos, lana, etcétera. La infección primaria de la piel produce una lesión ulcerada de color negro o carbunco, enfermedad ocupacional propia de los cardadores de lana y de los traperos.

En el hombre hay tres formas clínicas del ántrax:

- a).Cutáneo: representa el 95% de los casos registrados
- b).Pulmonar: adquirido por inhalación de las esporas el 5%
- c). Gastrointestinal: de presentación rara, el contagio es consecuencia de ingerir carnes de animales contaminados de ántrax.

Las manifestaciones sistemáticas suelen ser leves: febrícula de 37.2° a 38.3°C, malestar y linfadenopatía satélite regional. En los casos benignos el tejido vesicular se seca y la escara se hace negra y dura. Alrededor del décimo día la escara se reblandece y se separa de la piel, se arruga y finalmente se fragmenta y cae, aunque ocasionalmente la escara permanece firmemente unida hasta por tres o cuatro semanas, la curación espontánea se realiza por tejido de granulación y cicatrización residual.

El tratamiento bien indicado reduce la hinchazón, el eritema y las manifestaciones sistémicas y, se ha observado en pocos casos la persistencia de nodos linfáticos palpables por semanas después de que la lesión dérmica haya curado.