



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ASIGNATURA

TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS

ACTIVIDAD

RESUMEN SOBRE ABCESOS

DOCTOR

ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

ALUMNO

RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLÍN

GRADO Y GRUPO:

6ºA

OCTUBRE DEL 2020

ANTRAX

El ántrax es una infección bacteriana de los animales herbívoros como vacas, ovejas, cabras, caballos, elefantes, búfalos. Se transmite a los humanos por el bacillus anthracis, a través del contacto con animales enfermos o muertos de fiebre esplénica. La infección primaria de la piel produce una lesión ulcerada de color negro característico. Las manifestaciones se presentan en tres formas clínicas que son cutáneas que representa el 95% de los casos, pulmonar que se adquiere por inhalación de las esporas y gastrointestinal que el contagio es consecuencia de ingerir carnes de animales contaminados de ántrax.

La lesión cutánea se da en el sitio de inoculación de las esporas, y se multiplican dentro de los macrófagos, que estos producen las exotoxinas responsables de los daños a la piel, el periodo de incubación es variable de dos a cinco días. Se muestra la aparición de una pápula que es semejante a un piquete de un mosquito y rápidamente progresa formándose una vesícula, también se observa alrededor un anillo de vesiculillas que miden de 0.5 a 1cm de diámetro.

En las 24 a 48 horas la vesícula empieza a crecer y las vesiculillas periféricas hacen una vesícula más grande, que esta lesión está rodeada de un halo eritematoso discreto y de una zona de hinchazón no depresible. Al comienzo el fluido vesicular es seroso y más tarde es más oscuro hemorrágico, al final la vesícula se rompe y deja un cráter ulcerado que luego se transforma en escara deprimida negra y adherencia que mide de 1 a 3cm de diámetro, un dato clínicamente significativo es que existe ausencia del dolor. Bacillus anthracis es el único agente patógeno del género Bacillus, los otros miembros del grupo son saprófitos del suelo, el aire y el agua, y el B. anthracis fue la primera bacteria que se pudo relacionar causalmente con una enfermedad del ganado.

El tratamiento de elección es la penicilina oral y en caso de resistencia se puede añadir la ciprofloxacina, en los casos más graves se puede utilizar penicilina, gentamicina, ciprofloxacina, doxiciclina y lactobionato de eritromicina. En los niños, sólo se puede emplear la penicilina a dosis altas, el lactobionato de eritromicina y el cloranfenicol.

LOS FORUNCULOS

Son abscesos cutáneos causados por una infección estafilococica que compromete al folículo piloso y al tejido circundante, los forúnculos son más pequeños y más superficiales que los abscesos subcutáneos, y su diagnóstico se basa en la inspección. Puede ocasionar brotes en lugares que tengan condiciones de hacinamiento y escasa higiene o entre personas infectadas con cepas virulentas, sus factores de colonización es la piel o narinas, climas húmedos y cálidos.

Son muy comunes en cuello, mamas, cara y glúteos, pueden ser dolorosos cuando están adheridos a estructuras subyacentes, el aspecto es un nódulo o una pústula que secreta tejido necrótico y pus sanguinolento. Los carbuncos son cúmulos de forúnculos conectados a nivel subcutáneo. Pueden asociarse con fiebre y postración. Su presentación clínica es en forma de pápulas eritematosas perifoliculares, sobre las que rápidamente se desarrollan pústulas blancoamarillentas, centradas por un pelo y rodeadas por un halo inflamatorio. Al desecarse la pústula, forma una costra que cuando se desprende no deja cicatriz. Se observa, con mayor frecuencia, en la cara, cuero cabelludo, extremidades y axilas.

Su tratamiento es el drenaje de los abscesos y se cortan para luego drenar, se utilizan intermitentemente compresas tibias para facilitar el drenaje. Los antibióticos, cuando se decide utilizarlos, deben ser eficaces contra MSRA, a la espera de los resultados del cultivo y del antibiograma. En los pacientes afebriles, una lesión única < 5 mm no requiere tratamiento antibiótico. Si existe una sola lesión ≥ 5 mm, se administra un antibiótico por vía oral durante 5 a 10 días; los fármacos de elección son trimetoprima/sulfametoxazol (TMP/SMX) 160/800 mg a 320/1.600 mg 2 veces al día, clindamicina 300 a 600 mg cada 6 a 8 horas y doxiciclina o minociclina 100 mg cada 12 horas. Los pacientes con fiebre, abscesos múltiples o quienes tienen ántrax reciben 10 días de TMP/SMX 160/800 mg a 320/1.600 mg 2 veces al día más rifampicina 300 mg 2 veces al día.

ABSCESOS

Es la colección de pus localizada que es secundaria a necrosis de tejido por una infección previa, se manifiesta como un nódulo firme, eritematoso y doloroso. La bacteria más frecuente es *S. aureus* y sus 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.

Los signos y síntomas de los abscesos cutáneos y subcutáneos son dolor, calor, hinchazón, dolor a la palpación y enrojecimiento. Si los abscesos superficiales están por romperse espontáneamente, la piel sobre su parte central puede ser delgada, a veces con apariencia blanca o amarillenta debido a la presencia de pus por debajo de ella. Puede aparecer fiebre, en especial con celulitis circundante. En los abscesos profundos, son típicos el dolor local y el dolor al tacto, y los síntomas sistémicos, especialmente fiebre, así como anorexia, pérdida de peso y cansancio.

Las complicaciones que pueden aparecer son la diseminación bacteriemia, rotura en el tejido adyacente, sangrado de los vasos erosionados por la inflamación, alteración de la función de un órgano vital e inanición debido a anorexia y aumento de las necesidades metabólicas.

CELULITIS

Es una infección aguda de la piel que se disemina y extiende profundamente en los tejidos subcutáneos, su etiología es representada por los estreptococos beta hemolíticos, grupos A y B, con menor frecuencia C y G. Un traumatismo previo o una lesión cutánea subyacente predispone al desarrollo de celulitis, puede ser resultado de la diseminación sanguínea de la infección cutánea.

La zona afectada muchas veces es extensa y la lesión es eritematosa, caliente y tumefacta. En contraste con la erisipela, los bordes de una zona de celulitis no están elevados ni bien marcados, es común la linfadenopatía regional y puede ocurrir bacteriemia; en ocasiones se desarrollan abscesos locales o complicarse con sobreinfección por gérmenes Gram negativos.

La celulitis puede ser secundaria a una infección quirúrgica y diseminarse rápidamente a diferencia de la infección estafilocócica habitual que tarda algunos días en aparecer, éste cuadro puede cruzar con bacteriemia y datos de sepsis clínica. Se localiza con mayor frecuencia en las extremidades inferiores, pero puede observarse en cualquier parte del cuerpo. El diagnóstico de celulitis generalmente se basa en las características de la lesión cutánea, situación clínica y epidemiológica del paciente. El cultivo del aspirado del borde de la lesión o de una biopsia de la zona de celulitis permite recuperar el agente etiológico en un 20% de los casos.

Dicloxacilina 1-2 gr intravenosos cada 6 horas o cefalotina I gr IV cada 6-8 horas, se pueden utilizar como tratamiento empírico inicial. Además de tratamiento sintomático como analgésicos, inmovilización y elevación de la extremidad afectada.