

**Nombre del alumno: Valeria Esthefanía
Santiago López**

**Nombre del profesor: Gladys Elena
Gordillo Aguilar**







**Nombre del trabajo: INFECCIONES
CUTANEAS BACTERIANAS**


Materia: Microbiología y parasitología

Grado: Segundo semestre

Grupo: B

INFECCIONES CUTÁNEAS BACTERIANAS

Enfermedades	Descripción	Signos	Complicaciones	Tratamiento	Imagen
IMPÉTIGO	También denominado piodermitis o pioderma Por ruiz-maldonado	Caracterizada por la aparición De una ampolla o vesícula subcórnea	Lo más frecuente es la afectación de otros niños por su gran contagiosidad, localmente la complicación más frecuente es la celulitis. El impétigo ampolloso o el síndrome de ritter pueden producir glomerulonefritis ocasionalmente, con compromiso general que puede requerir hospitalización. Los neonatos tienen más alta incidencia en desarrollar una infección generalizada y meningitis.	Se divide en tres aspectos: medidas generales: se basan en la higiene y el aspecto nutricional, el aseo con agua y jabón son indispensables, recorte de uñas, medidas que pueden ser suficientes para la curación, deben mejorarse las condiciones generales ambientales, de vivienda, hacinamiento, mejorar la nutrición y las condiciones inmunológicas del paciente, tratamiento tópico: va desde la eliminación de costras con compresas húmedas o clorhexidina y el uso de sulfato de cobre al 1 x 1 000 o el permanganato de potasio al 1 por 10 000, hasta el tratamiento antimicrobiano. Tratamiento sistémico: ofrece curación más rápida y evita la enfermedad supurada y profunda, el impétigo vulgar casi nunca requiere tratamiento. Sistémico, está indicado en las formas de impétigo con múltiples lesiones o de gran extensión, localizaciones difíciles de tratar.	
ECTIMA	El ectima es una infección bacteriana ulcerativa de la piel similar al impétigo, pero más profundamente invasiva que éste, de curso crónico y que cura en forma lenta. El agente etiológico suele ser el estreptococo beta hemolítico Grupo A.	Caracterizado clínicamente por una vesícula o pústula que evoluciona hacia la formación de una úlcera cubierta de una costra amarillenta.	Las manifestaciones clínicas pueden iniciarse con una vesícula o pústula que evoluciona a la formación de una úlcera superficial, con bordes levantados, indurados, color violáceo. Ectima ceo y granulación en la base, que se extiende profundamente.	Mejorar las condiciones de higiene y otros factores Predisponentes	
ERISPELA	La erisipela es una infección bacteriana aguda de la dermis y parte superior del tejido celular subcutáneo, manifestada clínicamente por placas eritematosas y edematosas bien delimitadas, acompañadas de síntomas generales.	Suele ser brusco, con fiebre y astenia, apareciendo las manifestaciones cutáneas uno a dos días después. Al inicio, los pacientes notan escozor y enrojecimiento.	La erisipela es una infección común, representa una causa importante de morbilidad, hospitalización y en ocasiones, de mortalidad en la población general.	Cuidados locales: Debridamiento de las costras, aplicación de compresas tibias, para ayudar a remover las costras, dos a tres veces al día, Limpieza con solución de permanganato de potasio 1/10 000, agua boricada al 2%, Limpieza con un jabón antiséptico.	
CELULITIS	Es una infección aguda de la piel que afecta el tejido celular subcutáneo más profundamente que la erisipela, causada frecuentemente por el S. Pyogenes y S. Aureus, aunque pueden ser otras bacterias.	Caracterizada clínicamente por eritema, edema y dolor, con bordes mal definidos.	Se inicia con un eritema mal definido, dolor circunscrito, aumento de volumen y calor local en el sitio afectado. Los bordes laterales no se diferencian bien, porque el proceso se sitúa en la profundidad de la piel y afecta sobre todo al tejido celular subcutáneo, El edema surge poco a poco sin afectación del área circundante.	El tratamiento de la celulitis en general es empírico en función de la identificación del microorganismo causal, de la historia clínica, localización, edad y estado inmunitario del paciente. El tratamiento debe dirigirse a controlar la infección y prevenir las complicaciones.	
LINFANGITIS	Es una infección bacteriana aguda que afecta el trayecto de los vasos linfáticos y de los ganglios linfáticos. Es ocasionada por el estreptococo beta-hemolítico del grupo A o por el S. Aureus.	Se manifiesta como una franja lineal, eritematosa, edematosa, caliente y dolorosa, que se corresponde con el trayecto de los vasos linfáticos afectados, en contiguidad con un foco infeccioso en la piel.	Es frecuente el hallazgo de adenopatías regionales. Dolorosas aumentadas de tamaño, así como la presencia de síntomas sistémicos que incluyen fiebre, astenia y cefaleas.	El tratamiento es similar a la erisipela. Si los pacientes se presentan con toxicidad sistémica deben recibir tratamiento antibiótico por vía parenteral. La penicilina es el tratamiento de elección, aunque en los casos de sospecha de infección por S. Aureus es necesario emplear una penicilina resistente a la penicilinasas.	
FOLICULITIS	Clásicamente causada por el S. Aureus, y posteriormente descrita en infecciones por Candida albicans, Malassezia spp, Pseudomonas aeruginosa y otras bacterias.	La foliculitis es una inflamación del folículo pilosebáceo caracterizada clínicamente por una pústula, a menudo con un pelo central.	De evolución aguda, subaguda o crónica. Existen dos formas clínicas de foliculitis: foliculitis superficial que involucra sólo el infundíbulo y foliculitis profunda cuando se compromete el istmo, el tallo y el bulbo.	Medidas generales: Suprimir la causa, Evitar la maceración y oclusión, Curar las dermatosis existentes: eczemas, escabiosis, Limpieza de la piel. Tratamiento tópico: Lavado de la zona afectada. Limpieza con antisépticos tópicos, Empleo de antibióticos tópicos: mupirocina, ácido fusídico, bacitracina/neomicina, gentamicina. Tratamiento sistémico: En casos más severos se recomienda antibióticos sistémicos. Antiestafilocócicos. Se pueden utilizar: Cloxacilina, 500 mg, cada 6 horas (50-100 mg/kg/día, divididos Cada 4 a 6 horas), Dicloxacilina, 500 mg, cada 6 horas (50-100 mg/kg/día, divididos cada 6 horas), Lincomicina, 600 mg, cada 8-12 horas (30-50 mg/kg/día, vo, 10 a 20 mg/kg/día, IV, cada 8 a 12 horas).	

<h2>ÁNTRAX</h2>	<p>Es una infección profunda de un conglomerado de furúnculos separados por trabéculas fibrosas, causada por el S. Aureus, acompañada de fiebre</p>	<p>Fiebre, anorexia, adinamia, dolor intenso y fenómenos Tóxico-infecciosos</p>	<p>El ántrax se inicia como un pequeño nódulo eritematoso, doloroso, duro, en forma de cúpula que aumenta de tamaño en pocos días hasta alcanzar un diámetro de 3 a 10 cm. Después de tres a cinco días empieza la supuración y descarga de pus por múltiples orificios foliculares. Se desarrolla la necrosis adoptando la forma de un nódulo crateriforme con secreción de color amarillento. Puede acompañarse de síntomas generales, fiebre alta, malestar general y postración.</p>	<p>El tratamiento incluye incisión y drenaje, antisépticos tópicos y antibióticos por vía sistémica (cefalosporinas de primera generación, doxiciclina, clindamicina y vancomicina, entre otras).</p>	
<h2>HIDROSADENITIS</h2>	<p>Es una enfermedad infecciosa que afecta las glándulas apocrinas. Es más frecuente en las glándulas axilares, pero puede observarse en cualquier lugar donde haya estas glándulas. Puede infectarse con diferentes bacterias, en especial S. Aureus, S. Epidermidis y otras.</p>	<p>Respuesta inflamatoria que puede afectar secundariamente las glándulas apocrinas.</p>	<p>Inicia con un discreto nódulo y ligera inflamación del pliegue, correspondiente a una periporitis de la glándula apocrina, evoluciona con aumento de tamaño, dolor y eritema; los nódulos son de 0,5 a 5 cm de diámetro, adheridos a los planos superficiales, fluctúan y finalmente drenan un pus amarillento, pegajoso y en poca cantidad. Los abscesos profundos están unidos entre sí por trayectos sinuosos, formando placas salientes, irregulares y muy sensibles. El proceso adquiere un curso crónico y requiere tratamiento enérgico.</p>	<p>El tratamiento se lleva a cabo con antibióticos orales: cefalosporinas de primera generación, inhibidores de las betalactamasas, clindamicina, vancomicina y rifampicina. También se usa la isotretinoína, 1 mg/kg/día. Además, incisión y drenaje de los abscesos, limpieza con antisépticos tópicos.</p>	
<h2>ONIXIS Y PERIONIXIS PIÓGENAS</h2>	<p>Es una afección bacteriana aguda que afecta a los pliegues cutáneos que rodean a las uñas y a la uña misma, sobre todo de la mano, frecuente en la infancia.</p>	<p>Despegamiento o arrancado de pequeños trozos de piel, llamados 'padrastos', que actúan como puerta de entrada.</p>	<p>Se inicia por el reborde cutáneo periungueal con eritema, dolor y supuración; puede propagarse la infección a la uña, formando en su lecho abscesos; la uña se deforma, adquiere un tinte amarillento, se despega y llega a desprenderse. Rara vez es crónica y se presenta mayormente en personas que realizan trabajos manuales.</p>	<p>El tratamiento consiste en drenaje, limpieza con antisépticos y antibióticos tópicos.</p>	