

## IMPETIGO VULGAR

**Definición:** dermatosis contagiosa y autoinoculable muy frecuente, sobre todo en niños; se caracteriza por ampollas casi siempre efímeras, que quedan reemplazadas por pústulas que se desecan con rapidez y forman costras melicéricas que recubren una erosión puramente epidérmica.

Ocupa uno de los primeros lugares en la consulta dermatológica, predomina en verano, climas tropicales y en desnutridos, influyen en su frecuencia traumatismos, picaduras de insectos, infección piógena extracutánea y mala higiene.

Puede originarse por estafilococo, estreptococo o ambos. En México predomina la causa por estafilococo, principalmente *S. aureus* y estreptococos hemolíticos del grupo A. El estafilococo se ha aislado en 50% de pacientes sanos en fosas nasales, axilas, ingle y periné. En el impétigo primario las lesiones suelen depender de una infección de los orificios naturales y su presencia constante en las costras hace pensar que es un colonizador secundario. Los estafilococos del fagotipo 71 pueden eliminar a los estreptococos del grupo A o reducir su población al producir una sustancia con propiedades bactericidas, lo que podría explicar la baja frecuencia de estreptococos.

### Clasificación:

- Impétigo primario: aparece en una piel sin dermatosis previa
- Impétigo secundario: aparece sobre una dermatosis preexistente

Hay también clasificaciones que incluyen detalles de forma, localización o causa pero estas no se consideran prácticas.

### Cuadro Clínico

El impétigo primario se localiza alrededor de los orificios naturales: boca, fosas nasales, pabellones auriculares y ojos como consecuencia de una infección en estos sitios que genera las lesiones cutáneas; en lactantes predomina en la región perianal y periumbilical. La lesión inicial es una ampolla de contenido claro, rodeada por halo eritematoso, que en pocas horas se transforma en una pústula; el techo se rompe y aparece un exudado seroso o seropurulento que se deseca y origina las costras melicéricas. Las lesiones son de evolución aguda, que tienden a la curación espontánea en 2 a 3 semanas, dejan la piel erosionada y después una mancha color rosado, regenera sin dejar cicatriz.

El impétigo secundario o impetiginización puede aparecer en cualquier parte del cuerpo y las lesiones son las mismas. Y se asienta sobre una dermatosis pruriginosa previa.

Impétigo ampollar, flictenular o estafilococo verdadero, su lesión inicial es una ampolla de imagen circinadas, puede afectar palmas y plantas y en las primeras dos semanas de vida se conoce como impétigo neonatal.

Impétigo contagioso de Tilbury-Fox o sifiliforme, infección estreptocócica, la lesión inicial es una vesícula y no afecta palmas ni plantas,

Impétigo en capas de piel cabelluda, va precedido de prurito intenso y hay costras que aglutinan los cabellos y cuando éstos se adhieren originan el impétigo granular de la nuca y la barba.

Impétigo de las mucosas, consta de placas erosivas en labios y mucosa bucal; afecta comisuras y se produce

queilitis angular o boqueras.

Impétigo circinado seco o geográfico de Sabouraud, la ampolla tiene poco líquido, se forman círculos escamosos o no; algunos lo consideran una etapa de transición con pitiriasis alba.

Impétigo miliar, causa microvesículas es difícil separarlo de miliaria o sudamina.

### **Complicaciones**

En general ninguna, puede haber fiebre, malestar general y adenopatía regional, el 2 a 5% de los impétigo muy extensos se ha informado de glomerulonefritis y se cree que esta se relaciona con estreptococo hemolítico de las cepas 49 y M tipo 2.

### **Datos histopatológicos**

No se requiere biopsia, se presenta una ampolla subcórnea con abundantes neutrófilos y en ocasiones en el piso hay células acantolíticas, el estrato de Malpighi inferior de la ampolla muestra exocitosis y espongirosis. En la dermis superior hay infiltrado inflamatorio moderado de neutrófilos y linfocitos.

### **Datos de laboratorio**

No son indispensables, para estudios bacteriológicos pueden tomarse muestras en caldo de infusión cerebro-corazón y utilizar como medios de cultivo como agar-sangre de borrego a 5%, Mac Conkey y agar sal de inanol y medio líquido de tioglicolato de sodio con dextrosa e indicador.

### **Diagnóstico diferencial**

Herpes simple, dermatitis de contacto aguda, sífilides papulocostrosa, tiñas inflamatorias, penfigo, penfigoides y dermatitis herpetiforme.

### **Tratamiento**

Lavado con agua y jabón y aplicación local de un antiséptico débil en fomentos o baños para eliminar mecánicamente las costras; puede utilizarse sulfato de cobre a 1 por 1000 o agua de alibour (sulfato de cobre + zinc) o solución de gluconato de clorhexidina. No se recomiendan las soluciones de permanganato de potasio a 1 por 1000 por la pigmentación oscura.

Se puede agregar una crema de antibióticos tópicos bacitracina, polimixina, gentamicina y eritromicina. Los glucocorticoides están contraindicados.

En pacientes con lesiones muy diseminadas sobre todo menores de edad, están justificados los antibióticos sistémicos como penicilina, eritromicina o dicloxacilina y se recomiendan por periodos breves.

Las medidas higiénicas adecuadas y el tratamiento de las infecciones primarias evitan la recidiva.