

IMPÉTIGO EN PEDIATRÍA

Etiología: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* o ambos.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Impétigo lesiones leves localizadas	Ácido fusídico tópico* al 1%, 1 aplicación cada 8 horas, 5-7 días	E			<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda el cultivo de pus o exudados para identificar el agente etiológico (GR B)⁴ • No se recomienda el uso de antisépticos tópicos (povidona iodada, clorhexidina) ni como tratamiento único ni complementario. • Se pueden descostrar las lesiones con compresas húmedas. • Usar ropa amplia y de algodón. • Aislamiento domiciliario especialmente en niños preescolares para evitar la transmisión cruzada. Es muy contagioso, especialmente en niños y en formas extensas.
	Mupirocina tópica* al 2%, 1 aplicación cada 8 horas, 5-7 días ^{2,4}	A			
Impétigo en lesiones muy numerosas o que no responden a tratamiento tópico	Cefadroxilo [§] oral, 30 mg/kg/día, en 2 tomas (dosis máxima: 2 g/día), 7 días ⁴	A	Alérgicos a penicilinas (toda sospecha debe ser estudiada y confirmarse o descartarse):	B	
	Cloxacilina oral (estómago vacío), 50 mg/Kg/día en 4 tomas (dosis máxima: 4 g/día), 7 días	A	Clindamicina ^{¥, §} oral, 20-30 mg/Kg/día, en 3 tomas (dosis máxima: 1,8 g/día), 7 días ⁴		
	Cuando se disponga de datos del cultivo, continuar el tratamiento acorde con el resultado [§]		Trimetoprim-sulfametoxazol oral, 8-12 mg (dosis de trimetoprim) / kg/día, en 2 tomas (dosis máxima: 320 mg trimetoprim/día; 1600 mg de sulfametoxazol), 5-10 días ⁴		B

OBSERVACIONES:

* **Antibióticos tópicos:** Los antibióticos tópicos son inductores de resistencias. Su uso debe limitarse a infecciones que lo precisen que sean muy localizadas y durante periodos de tiempo muy cortos.

& Las presentaciones orales pediátricas de cefalosporinas han estado afectadas por problemas de suministro en España. En el caso de que no se encuentren comercializadas presentaciones pediátricas de cefalosporinas de primera generación, las cefalosporinas de segunda generación (**cefuroxima**, **cefaclor**), pese a ser algo menos activas frente a los cocos grampositivos, pueden considerarse alternativas válidas o **amoxicilina-clavulánico**¹:

- **Cefuroxima** oral (dosis máxima 4 g/día): niños de 3 meses-5 años: 15 mg/kg/día, en 2 tomas; niños 5-12 años: 125 mg cada 12 horas; niños >12 años: 250 mg cada 12 horas
- **Cefaclor** oral (dosis máxima: 1 g/día): 20 mg/kg/día, en 3 tomas.
- **Amoxicilina-clavulánico** ▼ oral (dosis máxima: 3 g/día), 50-60 mg/kg/día en 2- 3 tomas, 7-10 días.

§ Resultado del cultivo:

- **positivo para estreptococos: Penicilina V** oral, 25-50 mg/kg/día cada 6 horas (dosis máxima: 3 g/día), 10 días (GR A)⁴ o una cefalosporina de 1ª generación (GR A)⁴: **cefadroxilo** oral, 30 mg/kg/día, en 2 tomas (dosis máxima: 2 g/día), 7-10 días. La **amoxicilina** se podría utilizar como alternativa a la penicilina V (GR E).

Alérgicos a penicilinas: eritromicina ▼ oral, 40 mg/kg/día, en 3-4 tomas (dosis máxima: 4 g/día), 7 días (GR C)⁴

- **positivo para S. aureus meticilín sensible: cloxacilina** oral (estómago vacío), 50 mg/Kg/día en 4 tomas (dosis máxima: 4 g/día), 7 días días (GR C)⁴.

- **positivo para *S. aureus* resistente a meticilina (SARM): trimetoprim-sulfametoxazol** oral, 8-12 mg (dosis de trimetoprim) /Kg/día, en 2 tomas (dosis máxima: 320 mg trimetoprim/día; 1600 mg de sulfametoxazol), 5 días (GR A)⁴.

¥ **Clindamicina:** El uso de **clindamicina** en las infecciones por *S. aureus* tiene las ventajas adicionales de su excelente penetración en piel y partes blandas y la inhibición de las toxinas estafilocócicas. No obstante, su uso requiere vigilancia estrecha por la potencial resistencia de *S. aureus* y debe reservarse a los casos estrictamente necesarios por su gran impacto ecológico⁴.

§ Este medicamento no es adecuado para niños que no sean capaces de tragar las cápsulas enteras. En ese caso, estaría indicado trimetoprim-sulfametoxazol.

▼ NOTAS DE SEGURIDAD

Amoxicilina-clavulánico: La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de hepatotoxicidad de amoxicilina/clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

Macrólidos: La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que azitromicina puede ocasionar irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales. Los macrólidos deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardiaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardiaco o arritmias.

Se trata de pequeñas vesículas rodeadas de un halo inflamatorio y ampollas de paredes finas que se transforman en pústulas que confluyen y producen erosiones al secarse el pus, formando típicas costras de color amarillento que recuerdan a la miel (melicéricas) y curan sin cicatrices. Es muy contagioso, especialmente en niños y en formas extensas. Existen dos formas clínicas: impétigo no bulloso (producido por *Staphylococcus aureus* y/o *Streptococcus pyogenes*, afectación predominante de cara y miembros inferiores) e impétigo bulloso (producido siempre por *S. aureus* productor de una toxina exfoliativa, con afectación predominante de tronco).

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA (POR ORDEN ALFABÉTICO)

1. Conejo-Fernández A.J. et al. Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. *An Pediatr (Barc)*. 2016;84(2):121.e1---121.e10.
2. Liu C et al. Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children: executive summary. *Clin Infect Dis*. 2011;52:285-92.
3. Nassisi D et al. Evidence-Based Guidelines For Evaluation And Antimicrobial Therapy For Common Emergency Department Infections. *Emergency Medicine Practice* 2012;14(1):1-32.
4. Stevens DL et al; Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2014;59:e10-52.