

Manifestaciones Oftalmológicas del Impétigo bulloso

Ophthalmologic Manifestations of Bullous Impetigo

Manifestações Oftalmológicas do Impetigo Bolhoso

*Noel García-Fajardo¹

¹Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Íñiguez, Holguín. Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1840-4367>

Autor para la correspondencia: noelgarcia@nauta.cu

Resumen

El Impétigo es una infección bacteriana cutánea altamente contagiosa que se presenta con mayor frecuencia en niños de 2-5 años de edad, afectando la piel de la cara con preferencia por las zonas peri nasal y peri oral, siendo poco frecuente en los ojos. Se clasifica en impétigo ampuloso e impétigo no ampuloso. La afección inicia con un eritema que evoluciona a erupción pustulosa aguda, en la cual el *Staphylococcus aureus* es el patógeno más frecuente, encontrándose además el *Streptococcus pyogenes*. Se realiza una descripción de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, así como la necesidad de su estudio por parte de los estudiantes de medicina y oftalmología del sistema nacional de salud, debido a la baja incidencia de dicha enfermedad. Se emplearon métodos como la observación, y el estudio de caso, el método clínico, entre otros. Se presenta el caso de una paciente de 5 años de edad, y como resultado su evolución clínica luego del diagnóstico y tratamiento.

Palabras claves: Impétigo; infección bacteriana; Manifestaciones oftalmológicas

Abstract

Impetigo is a highly contagious bacterial skin infection that occurs most frequently in children of 2-5 years of age, affecting the skin of the face with a preference for the perinasal and perioral areas, being rare in the eyes. It is classified into bullous impetigo and non-bullous impetigo. It begins with an erythema that evolves into an acute pustular rash, in which *Staphylococcus aureus* is the most frequent pathogen, and *Streptococcus pyogenes* is also found. A description of the disease, its diagnosis and treatment is made, as well as the need for its study in medicine and ophthalmology students of the national health system, due to the low incidence of this disease. Among the methods used can be found: the observation, the case study, and the clinical methods, among others. The case of a 5-year-old patient is presented, and as a result her clinical evolution after diagnosis and treatment.

Key words: Impetigo; bacterial infection; Ophthalmological manifestations

Resumo

O impetigo é uma infecção cutânea bacteriana altamente contagiosa que ocorre com mais frequência em crianças de 2 a 5 anos de idade, acometendo a pele da face com preferência pelas áreas peri-nasal e peri-oral, sendo rara nos olhos. É classificado como impetigo bolhoso e impetigo não bolhoso. Inicia com um eritema que evolui para uma erupção pustulosa aguda, na qual o *Staphylococcus aureus* é o patógeno mais frequente, sendo também encontrado o *Streptococcus pyogenes*. É feita uma descrição da doença, seu diagnóstico e tratamento, bem como a necessidade do seu estudo por estudantes de medicina e oftalmologia do sistema nacional de saúde, devido à baixa incidência da referida doença. Foram utilizados métodos como a observação, o estudo de caso, o método clínico, entre outros. Apresenta-se o caso de uma paciente de 5 anos de idade, e como resultado sua evolução clínica após diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Impetigo; infecção bacteriana; Manifestações oftalmológicas

Introducción

Existen patologías que surgen en relación con el grado de desarrollo de un país, predominando en una región más que en otras, y en relación e influencia con el clima, la naturaleza y otros factores de riesgo que determinan su aparición. El impétigo es una de estas entidades, con una alta tasa de incidencia preferentemente en edad pediátrica. Es una infección bacteriana, altamente contagiosa y

representa la infección cutánea más frecuente en dicha edad. Se utilizan los términos: pioderma, piodermatitis, e impétigo contagioso, como sinónimos de impétigo; en la fase inicial es una pequeña lesión vesículo-pustulosa de base eritematosa, que gradualmente evoluciona dando lugar a costras amarillentas color miel. (Arena, 2004.)

Se revisaron estudios de Arena (2004), Johnston y otros (2002), Pérez (2017), Petter (1993), Sladden & Johnston (2004, 2005), Weston y otros (2017).

Esta enfermedad puede manifestarse de forma primaria o secundaria (impetiginización), cuando asienta sobre una patología cutánea previa. Es transmitida por medio del contacto directo, con un aumento de la incidencia en preescolares de 2-5 años de edad, superior en los varones en una relación de 5:1 con respecto al género femenino, siendo más evidente en pueblos que sufren hacinamiento, pertenecientes a estratos socio-económicos bajos y en países subdesarrollados. Es frecuente en los meses de verano, en climas cálidos y húmedos y en niños con higiene deficiente, donde las lesiones suelen erosionarse extendiendo las bacterias a otras partes de la cara, las extremidades y el tronco. Se disemina rápidamente en lugares cerrados como círculos infantiles, guarderías y escuelas, también se describe la transmisión a través de artículos de aseo personal y juguetes.

El bajo nivel socio-económico, los traumatismos, en niños que reciben diálisis, los estados de inmunosupresión como diabetes, linfomas, VIH, uso de medicamentos supresores dermatosis previas pruriginosas como eczemas, escabiosis y pediculosis son factores predisponentes. En edad adulta es poco frecuente y los casos reportados están en relación con contacto directo con niños infectados. Se puede clasificar según su presentación clínica en: Impétigo ampolloso y no bulloso. Este último es el más frecuente representando un 70% de los casos reportados. La lesión inicial es una pequeña vesículo-pústula de 1-2 mm de diámetro con base eritematosa, evolucionan con rapidez de vesículas o pequeñas ampollas hasta pústulas, rompiéndose rápidamente, dando lugar a la formación de costras con su color característico color miel, siendo más gruesas en cara y extremidades, semejándose a picaduras de insectos.

Estas lesiones pueden cursar con prurito extendiéndose a las áreas expuestas, diseminándose rápidamente. El Impétigo ampolloso o bulloso, afecta comúnmente a recién nacidos y lactantes, pero también se puede encontrar en niños mayores y adultos. Esta forma de presentación es causada por las bacterias *Staphylococcus Aureus*. Presentando vesículas que en su inicio no se rompen precozmente convirtiéndose en ampollas con un contenido de color amarillo claro. Estas lesiones son frágiles y elásticas y sin eritema periférico, al romperse dejan la piel roja, cruenta, con borde irregular y costra fina.

En sus etapas finales se puede encontrar una corteza de color marrón, con sitios de predilección como cara, cuello, periné y región peri umbilical, aunque se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo se asocia en edad pediátrica con fiebre mal estar y diarrea en lesiones que ocupen gran por ciento de la superficie corporal. (Pérez y García, 2017, 351-354.)

El diagnóstico de impétigo se basa en criterios clínicos, dado que muchas de estas infecciones presentan características típicas de esta entidad. Los traumas menores en la piel como rasguños o picaduras de insectos, son importantes factores de riesgo, que pueden desencadenar la enfermedad, teniendo presente que la infección secundaria de las lesiones puede ocurrir, a través de la inoculación directa, También se puede basar en la epidemiología, resaltando las características de la lesión elemental vesículo-pustulosa, el eritema y las costras amarillentas, dependiendo de su forma clínica.

Esta entidad cursa por etapas clínicas, el diagnóstico es netamente clínico, que puede apoyarse en toma de muestra para cultivo y determinar el germen presente en piel. Aunque esta patología es frecuente, no lo es que la afección a nivel del órgano de la visión cause múltiples complicaciones para los anexos ocular, por lo que resulta pertinente para los docentes del área de oftalmología, presentar este estudio con el objetivo de aportar al proceso docente educativo de la nueva generación de médicos en formación, y que sirva de material de apoyo en la formación de los educandos en rotación, así como en los residentes de medicina, dermatología y oftalmología, pues estos casos son poco frecuentes en este medio, gracias a los esfuerzos del sistema nacional de salud cubana logrando una mejor calidad de vida para los pacientes que convives con el VIH/SIDA.

Por tanto, constituye este artículo investigativo una herramienta más para una mejor preparación en las aulas, que aporta experiencias a las nuevas generaciones de estudiantes de medicina y oftalmología.

Materiales y métodos

Para la elaboración del presente artículo, y durante el desarrollo de la investigación se aplicaron métodos como el análisis documental, el método clínico, el estudio de caso y la observación, los que contribuyeron a determinar causas, factores de riesgo y comportamiento de la enfermedad a través del tiempo.

Resultados y discusión

Presentación de caso

Paciente pediátrico femenina de 5 años de edad, la cual es traído por su madre por presentar lesiones hace 4 días en piel del cuello, cara y miembros superiores, en la cara con predominio ocular que le impedía abrir los párpados en horas de la mañana, tomando el borde libre, con costra, secreciones

amarillo verdosas abundantes, que se acompañaba de prurito y lagrimeo. Se le pone tratamiento con antibiótico tópico y sistémico, antihistamínico, compresas frescas y limpieza mecánica de párpados e interconsulta con dermatología. Al cabo de 7 días no presentaba lesiones de párpados quedando el borde engrosado con pérdida de una parte importante de cilios con tejido que cicatriza en forma de cráter y tejido fibroso. Luego, a los 15 días de estar sin antibiótico comenzó brotes de orzuelos a repetición, se puso tratamiento y mejoro en 4 días, en el transcurso del seguimiento también sufrió de chalazión a repetición.

Examen ocular:

Anexos:

De ambos ojos con pérdida de pigmentos de la piel, bordes palpebrales engrosados, y con lesiones en forma de cráter en la región de los folículos de los cilios, perdida marcada de pestañas con marcado predominio de párpados inferiores. Aumento ligero de múltiples glándulas de Meibomio.

PIO: OD: tono ocular normal.

OI:	tono	ocular	normal.
Agudeza	Visual:	OD:	1.0.
	OI:		1.0.

Segmentos y medios: OD: normal.

	OI:		normal.
--	-----	--	---------

Fondo de ojo: OD: normal. (Se exploró luego de estar resuelto el cuadro infeccioso.)

	OI:		normal.
Movimientos	oculares:	OD:	normal.
	OI:		normal.
Reflejos	pupilares:	OD:	normal.
	OI:		normal.

Exámenes de laboratorio:

-Exudado ocular:

Germen aislado: Staphylococcus Aureus.

-Test rápido y serología de VIH: positivo.

Impresión Diagnóstica: Impétigo bulloso ocular.

Al llegar luego de limpieza de párpados y lograr se abrieran los mismo. Lesiones ampollas mieliformes en región de la frente párpados y boca, con abundantes costras, que en los ojos presentan

secreciones abundantes amarillo verdosas. Can edema de parpados y caída fácil de los cilios (ver figura 1).



Figura 1

A los 7 días del tratamiento, sin secreciones, pérdida de la piel necrótica, caída de los cilios de los parpados inferiores y pocas vesículas:



figura 2

Conclusiones

El impétigo es una enfermedad infecciosa curable, frecuente en niños, producida por bacteria altamente contagiosa, con tratamiento precoz se puede evitar las complicaciones a nivel ocular.

Independientemente de la poca incidencia de esta afección en Cuba, se hace necesario el estudio y conocimiento de la misma por parte de las futuras generaciones de médicos y oftalmólogos.

Referencias

Arena R. 2004. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. Mc Graw-Hill.

Johnston, G. A., Ghura, H. S, Carter, E., Graham-Brown, R. A. (2002). Neonatal erythema multiforme major. *Clin Exp Dermatol*, 27(8), 661-4. DOI: <https://anndermatol.org/DOIX.php?id=10.5021/ad.2011.23.3.382>

Pérez-De la O., A. D., García-Romero, M. T. (2017). Impétigo ampolloso. *Acta Pediatr Mex*, 38(5): 351-354. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000500351

- Petter Y. (1993). Infecciones bacterianas de piel. *Dermatología Venezolana*, (31), 47-63. <http://revista.svderma.org/index.php/ojs/article/download/749/729>
- Sladden, M. J. & Johnston, G. A. (2004, Jul 8) Common skin infections in children. *BMJ*. 10, 329(7457), 95-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7457.95>
- Sladden, M. J. & Johnston, G. A. (2005, October). Current options for the treatment of impetigo in children. *Expert Opin Pharmacother*, 6(13), 2245-56. DOI: [10.1517/14656566.6.13.2245](https://doi.org/10.1517/14656566.6.13.2245)
- Weston, W. L., Lane, A. T. & Morelli, J. G. (2007). *Color Textbook of Pediatric Dermatology*. 4th ed. Mosby-Elsevier.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existen conflictos de intereses