

## Etiología del impétigo común

DRES.: ANTONIO BANFI \*\*\*, JULIA COFRE \*. SRES.: SONIA ABARCA \*\*, HERNAN DE LA BARRA \*\*\*, ORIETTA GOMEZ \*\*\*, SUSANA URRUTIA \*\*\* y MARCELO VALENZUELA \*\*\*.

Desde hace muchos años se sabe que el impétigo común es producido por el estreptococco beta hemolítico y/o el estafilococco aureus (1, 2). El impétigo es una infección benigna, pero indudablemente tiene importancia, puesto que se ha establecido claramente una relación entre impétigo y glomerulonefritis aguda y se señalan cifras que van desde un 13% (3) hasta un 68% (4) de incidencia de glomerulonefritis aguda en pacientes que presentan impétigo previo.

En cuanto al germen predominante, también hay distintos estudios que muestran diferentes incidencias del estafilococco aureus y del estreptococco beta hemolítico (2,5, 6,7).

El presente estudio se ha realizado con el objeto de aclarar cuál es el germen predominante en el impétigo común del Area Oriente de Santiago y así poder adecuar al máximo posible las pautas de tratamiento.

**MATERIAL Y METODO.** En este estudio se investigan 34 niños, que presentan impétigo común y que consultaron en el Departamento de Dermatología del Hospital Luis Calvo Mackenna. Sus edades fluctuaron entre los 3 meses y los 16 años. Se estudiaron 20 pacientes de sexo masculino y 14 de sexo femenino.

22 casos presentaron impétigo facial y 12 casos otras localizaciones.

Las muestras para cultivo bacteriológico se tomaron de la superficie subyacente de las costras y se sembraron en agar sangre y medios diferenciales. Se practicaron pruebas de coagulasa y bicitracina para identificar estafilococco aureus y estreptococco beta hemolítico grupo A, respectivamente.

Se obtuvo una muestra de control entre el cuarto y quinto día de iniciado el tratamiento.

Los pacientes se trataron de acuerdo a los esquemas señalados en la tabla 1.

A las cepas de estafilococco aureus aisladas en las 2 muestras de estudio, se les practicó estudio de sensibilidad frente a la penicilina G. mediante el método de dilución en placa utilizando el equipo de Steers (8).

**RESULTADOS.** En la primera muestra se obtuvo los resultados que aparecen en la tabla 2.

T A B L A 1

### IMPETIGO COMUN

*Tratamiento.*

A) *Local:* — Pomada de Tetraciclina al 4%.

B) *Mixto:* a) Penicilina benzatina 600.000 ó 1.200.000 U

y

Pomada de Tetraciclina al 4%.

b) Cloxacilina sódica 100 mg/kg-p/día x 10 ds.

y

Pomada de Tetracilina al 4%.

T A B L A 2

### IMPETIGO COMUN

Gérmenes aislados primera muestra

<i>St. Aureus</i>	<i>St. Beta-A</i>	<i>St. Au. + St. Beta A</i>	<i>St. Au + St. Beta no A</i>
23 (67,6%)	5 (14,7%)	3 (8,8%)	3 (8,8%)

\* Hospital Luis Calvo Mackenna.

\*\* Unidad de Microbiología Area Oriente. Universidad de Chile.

\*\*\* Alumnos Escuela Medicina Area Oriente. Universidad de Chile.

T A B L A 3  
ETIOLOGIA IMPETIGO COMUN

Gérmenes aislados muestra control			
St. Aureus	St. Beta-A	Negativo	Sin control
7 (20,5%)	1 (2,9%)	18 (52,9%)	8 (23,9%)

T A B L A 4  
IMPETIGO COMUN

Relación Tratamiento y Cultivo Control					
Tratamiento	Casos	St. Aureus	St. Beta-A	Negativo	Sin control
Tetraciclina al 4%	10	4	—	4	2
Benzatina y Tetraciclina al 4%	12	1	1	7	3
Cloxacilina y Tetraciclina al 4%	12	2	—	7	3

T A B L A 5  
IMPETIGO COMUN

Sensibilidad de 36 cepas de Estafilococco aureus frente a Penicilina G.		
Concentración Penicilina G (ugr/ml)	Cepas sensibles	%
0,09	13	36,1
0,19	27	75,0
0,39	32	88,8
0,78	34	94,4
1,56	35	97,2
3,12	—	—
6,25	—	—
12,50	36	100,0

Los resultados de la muestra de control son señalados en la tabla 3; 8 niños no concurren a control y el estafilococco persistía en poco más de un 20%.

En la tabla 4 se observa la relación tratamiento y cultivo de control y se comprueba que la

mayoría de los estafilococos aislados corresponden a casos tratados en forma local solamente.

Finalmente en la tabla 5 se presenta el estudio de sensibilidad de las 36 cepas de estafilococco aureus aislados, frente a penicilina G.

COMENTARIO. En el presente estudio se demuestra que la principal etiología del impétigo común en el Area Oriente de Santiago es el estafilococco aureus, el cual aparece sólo o en combinación con otros gérmenes en 29 casos lo que corresponde a un 85%.

Este resultado está de acuerdo con estudios que señalan el estafilococco como la etiología más frecuente del impétigo común (2, 6, 7).

El estreptococco beta hemolítico grupo A se encuentra solo o en combinación con estafilococco aureus en 8 casos lo cual corresponde a un 23,5%; este porcentaje en ningún caso es despreciable dada la importancia del estreptococco beta hemolítico grupo A.

Paralelamente llama la atención la elevada proporción de combinaciones microbianas cuya importancia en patología infecciosa es indiscutible y correspondería a lo señalado por distintos autores (9) que indican que el estreptococco iniciaría el proceso patológico y luego se asociaría el estafilococco.

La relación entre tipo de tratamiento y control bacteriológico permite señalar que el tratamiento local sólo no debería emplearse en el impétigo común. El tratamiento del impétigo común debe ser mixto (local y general).

El tratamiento general disminuye el riesgo de glomerulonefritis aguda (9); reduce las posibilidades de diseminación, se obtiene respuesta rápida y reduce las recurrencias.

La sensibilidad mostrada por las cepas de estafilococco aureus a la penicilina G, hace que los dos esquemas de tratamiento mixto tengan vigencia.

De acuerdo a los resultados presentados, el uso de una droga de acción antiestafilocócica estaría indicado en el tratamiento del impétigo común, puesto que si bien es cierto hay un 75% de cepas de estafilococco aureus sensibles in vitro a la penicilina G, la resistencia del germen frente a dicha droga se desarrolla rápidamente.

## RESUMEN

Se estudian 34 casos de Impétigo común en el Area Oriente de Santiago.

Se encontró estafilococco aureus como único germen en 67,6% y en combinación con estreptococco beta hemolítico en un 17,6% de los casos. El estreptococco beta hemolítico aparece como único germen en un 14,7%.

*El impétigo debe tratarse en forma mixta (local y general).*

*Se señala la necesidad de usar una droga antiestafilocócica en el tratamiento del impétigo común.*

#### SUMMARY

34 children with impetigo contagiosa from East Area of Santiago Chile were studied.

The bacteriological findings were: Staphylococcus aureus alone 67,6%. In combination with streptococcus pyogenes 17,6%. Streptococcus pyogenes alone 14,7%.

The treatment of impetigo contagiosa must be both local and systemic.

A drug with activity against staphylococcus aureus must be used in the treatment of impetigo contagiosa.

#### REFERENCIAS

- 1.— *Leider, M.* Dermatología Pediátrica. The C. V. Mosby Company: 129-133, 1959.
- 2.— *Dillon, H. C. Jr.* Impetigo contagiosa. Suppurative and nonsuppurative complications. I. Clinical bacteriologic and epidemiologic characteristics of impetigo. J. of Dis. Child. 115: 530-541, 1968.
- 3.— *Dillon, H. C. Jr.* The epidemiology of impetigo and acute glomerulonephritis. Amer. J. Epidem. 86: 710-723, 1967.
- 4.— *Blumberg, R. W.; Feldman, D. B.* Observations on acute glomerulonephritis associated with impetigo. J. Pediat. 60: 677-685, 1962.
- 5.— *Derrick, C. W.; Dillon, H. C. Jr.* Further studies on the treatment of streptococcal skin infection. J. Pediat. 77: 696-700, 1970.
- 6.— *Markowitz, M.; Bruton, H. D.; Kuttner, A.; Cluff, L. E.* The Bacteriologic Findings Streptococcal response and renal complications in children with impetigo. Pediatrics, 35: 393, 1965.
- 7.— *Burnett, J. W.* The route of antibiotic administration in superficial impetigo. New Eng. J. of Med. 268: 72, 1963.
- 8.— *Steers, E.; Foltz, E. L.; Graves, B. B.* Inocula Replicating apparatus for routine testing of bacterial susceptibility. Antibiot. Chemother. (Med. Encyclopedic Inc., New York) 9: 307-311, 1959.
- 9.— *Fritsch, W.* Therapy of impetigo and furunculosis. Jama, 214: 1862-1886, 1970.