



Comunicaciones. Enfermedades infecciosas

Impétigo: ¿lo estamos tratando bien?

Marina Cabaleiro Díez^a, Leire Gundin Leiza^a, Claudia Pello Menéndez^a,
June Gutiérrez Marrodan^a, Rosa Casquete Sánchez^a, Pedro Jesús Gorrotxategi Gorrotxategi^b

^aMIR-Pediatría. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España

^bPediatra. CS Pasaia San Pedro. Guipúzcoa. España.

Publicado en Internet:

16-mayo-2024

Marina Cabaleiro Díez:

marina.cabaleirodiez@osakidetza.eus

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El impétigo es una infección cutánea frecuente en la población pediátrica, cuyo tratamiento de elección ha perdido efectividad. El tratamiento tópico del impétigo se realizaba con mupirocina hasta que se constató un aumento de resistencias a este fármaco, sustituyéndose por el ácido fusídico como tratamiento tópico de primera línea hasta la actualidad. En una revisión realizada en el último año en el área sanitaria se observa un aumento de los casos de resistencias al ácido fusídico, que se sitúan en un 20%, cada vez más próximos a las resistencias del 30% descritas a la mupirocina. Tras conocer estas cifras, nos planteamos si el ácido fusídico continuaba siendo el mejor candidato como tratamiento tópico de elección.

MÉTODOS

Revisión de guías terapéuticas y revisión bibliográfica sobre nuevos tratamientos.

RESULTADOS

Las guías más utilizadas en nuestro medio son la guía ABE y la Guía Aljarafe. La guía ABE propone dos fármacos como alternativas igual de válidas en el tratamiento tópico empírico del impétigo: la mupirocina o el ácido fusídico. Ante la sospecha de *Stafilococo aureus* resistente a la metilina, el tratamiento local indicado es el ozenoxacino. En caso de eczema o afectación extensa, se recomienda el tratamiento sistémico, siendo el cefadroxilo de elección. La guía Aljarafe

coincide al recomendar el uso del ácido fusídico o de la mupirocina en el tratamiento de lesiones localizadas del impétigo.

No obstante, gran parte de la literatura biomédica consultada considera que estos tratamientos clásicos deberían ser relegados debido a sus resistencias, dando paso a nuevos antibióticos. Es el caso del ozenoxacino, candidato a nuevo tratamiento tópico de elección del impétigo localizado por haber demostrado mejores resultados que la mupirocina. Sin embargo, se advierte del riesgo de aparición de resistencias en un futuro temprano en caso de un uso extendido. Por ello, se recomienda limitar su uso a infecciones que sean localizadas y durante breves periodos de tiempo.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el aumento de resistencias a los tratamientos locales habituales, habría que considerar actualizar las guías de práctica clínica. Dado que en muchos casos las lesiones son múltiples, sumado a la cuestión de las resistencias a antibióticos, estaría más indicado iniciar tratamiento oral de los procesos bacterianos cutáneos, a excepción de lesiones únicas de pequeño tamaño, que podrían seguir tratándose por vía tópica. La escalada con nuevos tratamientos tópicos de forma generalizada puede ocasionar una ineficacia de los mismos en un breve periodo de tiempo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Cómo citar este artículo: Cabaleiro Díez M, Gundin Leiza I, Pello Menéndez C, Gutiérrez Marrodan J, Casquete Sánchez R, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ. Impétigo: ¿lo estamos tratando bien? Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2024;(33):e53.