

[Click Here](#)



Absceso cutaneo furunculo y antrax

Spelman D et al. Cellulitis and skin abscess: Clinical manifestations and diagnosis. . Accessed Aug. 1, 2019.Downey K et al. Technique of incision and drainage for skin abscess. . Accessed Aug. 1, 2019.How to treat boils and styes. American Academy of Dermatology. . Accessed Aug. 1, 2019.Habif TP. Bacterial infections. In: Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. 6th ed. Elsevier; 2016. . Accessed Aug. 1, 2019.Mukwende M, et al. Basics. In: Mind the Gap: A Handbook of Clinical Signs in Black and Brown Skin. St. George's University of London; 2020. . Accessed July 13, 2021.Kelly AP, et al. Bacterial infections. In: Taylor and Kelly's Dermatology for Skin of Color. 2nd ed. McGraw-Hill Education; 2016. . Accessed July 13, 2021. Los forúnculos son abscesos cutáneos causados por una infección estafilocócica que compromete al folículo piloso y al tejido circundante. El antrax se manifiesta con cúmulos de forúnculos conectados a nivel subcutáneo, que causan supuración y cicatrización más profundas. Son más pequeños y más superficiales que los abscesos subcutáneos. El diagnóstico se basa en la inspección. El tratamiento se realiza aplicando compresas tibias y, a menudo, con antibióticos antiestafilocócicos por vía oral.(Véase también Generalidades sobre las infecciones bacterianas de la piel).Tanto los forúnculos como el ántrax pueden afectar a individuos jóvenes sanos, aunque son más frecuentes en personas obesas, inmunocomprometidas (incluyendo a aquellos con defectos en los neutrófilos), de mayor edad y, tal vez, en quienes padecen diabetes. Pueden ocurrir brotes en lugares con condiciones de hacinamiento y escasa higiene o entre contactos de pacientes infectados con cepas virulentas.Los factores predisponentes incluyen la colonización bacteriana de la piel o las narinas, climas húmedos y cálidos y oclusión o anatomía anormal de los folículos (p. ej., comedones en el acné).El Staphylococcus aureus meticilino resistente (SARM) es una causa frecuente.Los forúnculos son comunes en cuello, mamas, cara y glúteos. Son molestos y pueden ser dolorosos cuando están adheridos a estructuras subyacentes (p. ej., en la nariz, oreja o dedos). El aspecto es un nódulo o una pústula que secreta tejido necrótico y pus sanguinolento.Los carbuncos son cúmulos de forúnculos conectados a nivel subcutáneo. Pueden asociarse con fiebre.DrenajeA menudo, antibióticos eficaces contra SARMLos abscesos se cortan y se drenan. Se utilizan intermitentemente compresas tibias para facilitar el drenaje.Los antibióticos, cuando se decide utilizarlos, deben ser eficaces contra SARM, a la espera de los resultados del cultivo y del antibiograma. En los pacientes afebriles, una lesión única < 5 mm no requiere tratamiento antibiótico. Se recomiendan antibióticos sistémicos para lo siguiente:Lesiones > 5 mm o < 5 mm que no resuelven con drenajeMúltiples lesionesEvidencia de celulitis en expansiónInmunodeficienciaPacientes con riesgo de endocarditisFiebreLas opciones de tratamiento incluyen sulfametoxazol/trimetoprima en dosis de 800/160 mg a 1600/320 mg por vía oral 2 veces al día, clindamicina en dosis de 300 a 600 mg por vía oral cada 6 a 8 horas, y doxiciclina o minociclina en dosis de 100 mg por vía oral cada 12 horas.Los pacientes hospitalizados con forunculosis en entornos hospitalarios donde el SARM es prevalente pueden requerir aislamiento de otros pacientes hospitalizados y el tratamiento recomendado para la celulitis basado en los resultados del cultivo.Los furúnculos recurren con frecuencia y se pueden prevenir si se aplica jabón líquido que contiene gluconato de clorhexidina con alcohol isopropílico o cloroxilenol al 2 o 3%. Los pacientes con forunculosis recurrente deben recibir tratamiento de los factores predisponentes, como obesidad, diabetes, exposición ocupacional o industrial, incluidos los factores desencadenantes y la portación nasal de S. aureus o colonización por SARM. Si se desarrollan forúnculos a pesar de las medidas mencionadas, podría considerarse la administración de rifampicina más otro antibiótico por vía oral.Se debe sospechar un forúnculo si se observa un nódulo o pústula que afecta a un folículo piloso y descarga tejido necrótico y pus sanguinolento, sobre todo si es en el cuello, las mamas, la cara, o los glúteos.Se debe hacer cultivo de forúnculos y ántrax.Drenar las lesiones.Prescribir antibióticos eficaces contra Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM) para los pacientes que están inmunocomprometidos, febriles o en riesgo de endocarditis; para las lesiones < 5 mm que no desaparecen tras el drenaje; para lesiones > 5 mm, múltiples o en expansión.Test your KnowledgeTake a Quiz! DefiniciónForúnculo: Inflamación de un folículo piloso que se extiende al tejido circundante, se asocia con necrosis y la formación de secreción purulenta. La formación de pus en el centro de la infección es parecida a la de un absceso. Se pueden desarrollar en cualquier otro punto de la piel. Antrax o Carbunco: varios forúnculos unidos entre sí, de mayor superficie. Forunculosis: Aparición de varios forúnculos en repetidas ocasiones y de forma intermitente. Abscesos: Acumulación purulenta bien localizado, encapsulado por el tejido circundante, que puede aparecer en cavidades cutáneas ya establecidas (i.e., quiste epidérmico) o en cavidades producidas por la destrucción infecciosa de los tejidos. Pueden presentarse en cualquier región.Panadizos: Infección aguda de cualquier porción del dedo. Puede corresponder a la infección de las partes blandas en torno a la uña, pulpejo, falanges, vainas tendinosas de los flexores de los dedos (tenosinovitis), acompañado o no del esqueleto (osteitis de las falanges).Flegmones: Inflamación del tejido conjuntivo, por un agente infeccioso, en especial subcutáneo o subagoneurítico, que conduce a absceso o ulceración. No capsulado.Etiología-epidemiología-fisiopatologíaForúnculo: Bacteriano (generalmente S. aureus) que infecta un folículo piloso. En el desarrollo de la inflamación del folículo piloso pueden influir otras causas (Diabetes, uso de ciertos utensilios o ropas, etc) según cada paciente.Abscesos: S. aureus, Streptococcus y Anaerobios, son los agentes más frecuentes. Factores de riesgo: higiene deficiente, obesidad, malnutrición, diabetes, entre otros. Los abscesos ocurren cuando se infecta un área de tejido y el sistema inmunitario del cuerpo trata de combatirlo. Los glóbulos blancos se mueven a través de las paredes de los vasos sanguíneos hasta el área de la infección y se acumulan dentro del tejido dañado. Durante este proceso, se forma el pus, que es una acumulación de líquidos, glóbulos blancos vivos y muertos, tejido muerto, al igual que bacterias u otras sustancias extrañas.Panadizos: S. aureus.Flegmones: S. aureus y Streptococcus u otros agentesDiagnósticoForúnculo: Clínica: Dolor local, masa dura, redondeada, dolorosa y eritematosa, con un pelo central, fluctuante. Puede drenar por sí solo. Mide alrededor de 0.5 cm de diámetro, puede llegar a aumentar su tamaño de manera exponencial según su ubicación y el continente de este. Puede unirse con otro forúnculo o diseminarse a otras áreas de la piel. Puede crecer rápidamente. Puede exudar, supurar o formar costra. Otros síntomas: Fatiga, fiebre, compromiso del estado general, picazón, eritema. El diagnóstico es clínico. Se puede cultivar. Abscesos: Clínica: Ubicación en cualquier órgano o estructura. Suele iniciarse como una lesión eritematosa, dolorosa, nodular, que en días evoluciona a una colección central de pus. Fluctúa Se puede acompañar de síntomas sistémicos, como fiebre. Se puede solicitar imágenes para evaluar el grado de extensión, en aquellos casos más severos. Panadizos: Clínica: Aumento de volumen y dolor intenso, dedo aumentado de grosor, tumefacto, semiflectadas. La presión ejercida sobre el tendón flexor es extremadamente dolorosa. Dolor más intenso aún, a nivel del fondo de saco proximal de la vaina; ello es indicio del grado extremo de tensión intra sinovial y es signo premonitor de una ruptura espontánea hacia los espacios palmares (vainas digitales) o antebraquiales (vainas dígito carpianas). Flegmones: Clínica: Dolor intenso, gran edema, eritema, flictenas, induración tisular no fluctuante, empastamiento limitado o difuso. Se asocia a microtraumatismos o desvitalización del tejido. Se puede apoyar con imágenes para delimitar mejor la lesión y ver estructuras comprometidas. Las manifestaciones son más intensas que en el absceso. TratamientoForúnculo: Depende de su situación y de la gravedad de la infección. Forúnculo sin complicación: Tratamiento local, desinfección de la piel afectada. Compresas tibias, se vacía a través del calor húmedo de forma espontánea y cura posteriormente. Forúnculo con complicación: Drenaje con bisturí. Administración de Antibióticos sistémicos (penicilina), cefalosporinas de tercera generación. Abscesos: Para lesiones cutáneas en las que aún no se identifica un área bien delimitada y fluctuante se indica calor local, antibióticos (anti estrepto y estafil) por 7 a 10 días y reposo, una vez que se hace fluctuante corresponde su vaciamiento quirúrgico que es drenar, el que corresponde al tratamiento final. No se debe suturar, esperando su cierre por 2º intención, se puede colocar un dren. En aquellos abscesos que afecten otros órganos el principio es el mismo, pero requerirán manejo por especialista. Considerar hospitalizar según las condiciones del paciente. Se debe desbridar la cavidad (eliminación de bridas, adherencias o tejidos necróticos que obstruyen su salida). Recordar que en aquellos abscesos perianales siempre existe riesgo de fistulizar. En cabeza y cuello extremar precauciones por riesgo de lesión de estructuras vitales y secuelas estéticas. Panadizos: Cirugía menor para permitir que drenen. Se hacen cortes pequeños en la punta del dedo (onisectomía) para permitir que el pus drene. Antibioterapia (estafilococos): dicloxacilina o cefalexina. En casos severos, podría ser necesaria una cirugía más grande, que incluye realizar un pequeño orificio en la uña para permitir un mayor drenaje. Si la infección se debe al herpes no se realiza drenaje porque podría retrasar la curación o aumentar el riesgo de una infección bacteriana. Las infecciones por herpes en el dedo tienden a desaparecer por sí solas, aunque a menudo se recetan también medicamentos antivirales (Aciclovir). Flegmones: Dependerá del nivel de compromiso y estabilidad del paciente. En pacientes estables está indicado el manejo con calor local más antibióticos antiestreptocócicos. En pacientes con gran compromiso general o inestables se deberá hospitalizar e iniciar antibióticos (considerar amplio espectro), en estos casos el drenaje y aseo quirúrgico deberá considerarse tempranamente. SeguimientoForúnculo: Generalmente se debería resolver en 2 semanas. No necesitan mayor terapia.Abscesos: Si se decide manejo ambulatorio se deberá hacer un seguimiento continuo del paciente para evaluar la respuesta al tratamiento (controlar en 1 o 2 días). Frente a mala respuesta reevaluar diagnóstico y terapia antibiótica utilizada.Panadizos: Control post esquema antibiótico.Flegmones: En pacientes con cuadros severos control por especialista.

- http://3t-t.com/User_File/UpFile/file/20250524145429_bXV3ZWxv.pdf
- what is an a&r
- <http://mtcongnghiepxanh.com/.upload/fckimagesfile/435a0cb0-9093-4d97-800e-6fca0d1e1d1b.pdf>
- tehori
- what does lly mean