

## Infecciones peribucales en la infancia: presentación de dos casos clínicos de impétigo

Viridiana Guadalupe Molina Felizola<sup>1</sup> , Eduardo Cruz<sup>1</sup> , Tatiana Mondragón<sup>1</sup> , Abraham Mendoza<sup>1</sup> .

**Resumen:** Existen diversos diagnósticos clínicos diferenciales de lesiones infectocontagiosas peribucales en la infancia, siendo las más frecuentes: herpes labial, queilitis angular (queilocandidiasis) e impétigo, esta última es una infección bacteriana prevalente en población infantil, afecta la región labial y peribucal, cuyo diagnóstico está principalmente basado en los hallazgos clínicos y en el análisis minucioso de la anamnesis. **Objetivo:** Presentar dos casos clínicos de impétigo ampolloso en pacientes pediátricos, destacando sus características, comparándolas y contrastándolas con sus principales diagnósticos diferenciales. **Reporte de casos.** Se presentan dos casos de pacientes masculinos de 10 años (hermanos gemelos) con antecedentes de secuencia de Pierre Robin, los cuales acudieron a la clínica de Odontopediatria de la ENES, UNAM, unidad León, presentando múltiples lesiones ulcerativas, localizadas en el área peribucal, refiriendo dos semanas de evolución. **Diagnóstico.** Se estableció el diagnóstico clínico de: impétigo ampolloso, para ambos pacientes. **Plan de tratamiento.** Se indicaron medidas estrictas de higiene general y en las zonas afectadas, eliminando también cualquier objeto que actuara como fómite, evitando compartir productos de aseo personal, además, se indicó la aplicación de mupirocina en crema al 2%, llevándose a cabo el seguimiento a los 14 y 30 días hasta la curación completa. **Conclusiones.** El impétigo peribucal es frecuentemente confundido con otras infecciones presentes en esa localización, con manifestaciones clínicas semejantes, en algunos casos suele ser tratado erróneamente. Por lo que se destaca la importancia de realizar un adecuado interrogatorio, una exploración clínica concienzuda y realizar un análisis diferencial clínico en este tipo de lesiones.

**Palabras clave:** impétigo, queilitis, odontología pediátrica, medicina oral.

## Infecções peri-orais na infância: Apresentação de dois casos clínicos de impetigo

**Resumo:** Existem vários diagnósticos clínicos diferenciais de lesões periorais infecciosas na infância, sendo os mais frequentes: herpes labial, queilite angular (queilocandidíase) e impetigo, sendo este último uma infecção bacteriana prevalente em crianças, acometendo a região labial e perioral, cujo diagnóstico é principalmente baseado em achados clínicos e na análise cuidadosa da anamnese. **Objetivo:** Apresentar dois casos clínicos de impetigo bolhoso em pacientes pediátricos, destacando as características, comparando-os e contrastando-os com os principais diagnósticos diferenciais. **Relato de caso.** Apresentam-se dois casos de pacientes do sexo masculino (irmãos gêmeos) de 10 anos de idade com histórico de sequência de Pierre Robin, que compareceram à clínica de Odontopediatria da ENES, UNAM, unidade León, apresentando múltiplas lesões ulcerativas, localizadas na zona perioral, referindo duas semanas de evolução. **Diagnóstico.** Estabeleceu-se o diagnóstico clínico de: impetigo bolhoso para ambos os pacientes. **Plano de tratamento.** Foram indicadas medidas rigorosas de higiene geral e nas áreas afetadas, eliminando também qualquer objeto que atuasse como fómite, evitando o compartilhamento de produtos de higiene pessoal, além disso, foi indicada a aplicação de creme de mupirocina 2%, realizando o acompanhamento em 14 e 30 dias até a cura completa. **Conclusões.** Frequentemente, o impetigo perioral é confundido com outras infecções presentes nessa localização com manifestações clínicas semelhantes e, em alguns casos, geralmente é tratado erroneamente. Destaca-se, portanto, a importância de se realizar um interrogatório adequado, um exame clínico minucioso e uma análise clínica diferencial neste tipo de lesões.

**Palavras-chave:** impetigo, queilite, odontopediatria, medicina bucal.

<sup>1</sup> Escuela Nacional de Estudios Superiores Unidad León, UNAM, Guanajuato, México

## Perioral infections in childhood. Presentation of two clinical case of impetigo

**Abstract:** There are several differential clinical diagnoses of infectious perioral lesions in childhood, the most frequent being: herpes labialis, angular cheilitis (cheilocandidiasis) and impetigo, the latter being a bacterial infection prevalent in children, with rupture of the labial and perioral region, whose diagnosis is mainly based on clinical findings and careful analysis of the anamnesis. **Objective:** To present two clinical cases of bullous impetigo in pediatric patients, highlighting their characteristics, comparing, and contrasting them with their main differential diagnoses. **Case report.** We present two cases of 10-year-old male patients (twin brothers) with a history of Pierre Robin sequence, who attended the Pediatric Dentistry clinic of the ENES, UNAM, León unit, presenting multiple ulcerative lesions, located in the perioral area, referring two weeks of evolution. **Diagnosis.** The clinical diagnosis of: bullous impetigo is established for both patients. **Treatment plan.** Strict general hygiene measures were indicated and in the affected areas, also eliminating any object that acted as a fomite, preventing the sharing of personal hygiene products, in addition, the application of mupirocin cream at 2% was shown, carrying out the monitoring of the 14 and 30 days until complete healing. **Conclusions.** Perioral impetigo is frequently confused with other infections present in that location with similar clinical manifestations. In some cases, it is usually treated incorrectly. Therefore, the importance of carrying out an adequate interrogation, a thorough clinical examination and performing a clinical differential analysis in this type of injury is highlighted.

**Key words:** impetigo, cheilitis, pediatric dentistry, oral medicine.

### Introducción

El impétigo fue descrito por Tilbury Fox en 1864 como una enfermedad clínicamente caracterizada por "manchas circulares umbilicadas cuasi-bulosas que aumentan centrífugamente, y quedan cubiertas por costras planas amarillas que cubren ulceraciones superficiales".<sup>1</sup>

Actualmente es definida como una infección bacteriana causada por bacterias grampositivas que afecta las capas superficiales de la epidermis, presentando lesiones altamente contagiosas, las cuales afectan principalmente la cara, pudiendo también presentarse en cualquier otra parte del cuerpo. Frecuentemente afecta a niños de 2-5 años, pero puede desarrollarse en cualquier momento de la vida. La incidencia es la misma en hombres y mujeres y se reporta mayormente en verano y otoño. Representa aproximadamente el 10% de las molestias cutáneas en la población

pediátrica<sup>2</sup>. En una revisión sistemática realizada por Gahlawat *et al*, en el 2021,<sup>3</sup> se reportó una estimación de 162 millones de niños afectados por impétigo a nivel mundial.

El impétigo se puede clasificar como primario cuando involucra piel previamente normal afectada por la invasión directa de bacterias, o secundario cuando implica la formación de la infección en un sitio con herida previa en la piel.<sup>2</sup> Algunos desencadenantes descritos que pueden dañar la piel y aumentan la susceptibilidad a desarrollar esta enfermedad, son: traumatismos, cortes, varicela, herpes, quemaduras, picaduras de insectos, dermatitis atópica, escabiosis. Algunos de los factores de riesgo más mencionados en la literatura, asociados al desarrollo del impétigo son: higiene deficiente, alta humedad, maceración cutánea, desnutrición, inmunosupresión, asistencia a guarderías, hacinamiento y diabetes.<sup>2,4</sup>

Existen dos tipos clínicos: ampolloso y no ampolloso; el impétigo no ampolloso (INA), también llamado impétigo no bulloso, es el más común y representa el 70% de los casos, es causado por *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) y *Streptococcus pyogenes* (*S. pyoegenes*).<sup>5,6</sup> La lesión inicial debuta como pequeñas vesículas y pústulas de aproximadamente 1-2 mm de diámetro, presenta una base eritematosa, la cual evoluciona con rapidez a numerosas y pequeñas vesículas y pústulas que se rompen rápidamente y originan un exudado que al secarse forma costras melicéricas. Las lesiones pueden causar prurito y tienden a extenderse rápidamente como resultado de la inoculación directa por rascado.<sup>7</sup> Generalmente se observan en piel expuesta de la cara (narinas, región perioral) y en extremidades. El curso de la infección suele durar de dos a tres semanas si no se trata, una vez que la costra se seca, el área restante sana sin dejar cicatriz. Está reportada la ocurrencia de linfadenitis regional concomitante, así como una baja probabilidad de presentar síntomas sistémicos.<sup>6</sup>

El impétigo ampolloso (IA), también llamado impétigo bulloso, es menos común, representa el 30% de los casos, siendo causado exclusivamente por *S. aureus*.<sup>6</sup> Es más común en bebés y en niños menores de dos años, representa el 90% de los casos de impétigo ampolloso en esta población<sup>2</sup>.

Clínicamente, el IA se caracteriza por la formación de ampollas grandes, frágiles, flácidas, sin eritema periférico, que suelen romperse con frecuencia y supuran un líquido de color amarillo claro, dejando una base eritematosa húmeda con un borde

irregular y costras finas. Comúnmente se desarrolla una costra oscura de color marrón durante las etapas finales de la enfermedad. Los sitios de mayor afectación son la cara, el cuello, el perineo y la región periumbilical, sin embargo, pueden estar presentes en cualquier parte del cuerpo. Generalmente se resuelve en dos o tres semanas sin dejar cicatriz.<sup>6,7</sup> La formación de ampollas flácidas (sobre la epidermis superficial), son el resultado de la acción de una toxina epidermolítica que genera lisis entre las conexiones intercelulares de los queratinocitos. Las complicaciones son raras, en ocasiones puede acompañarse con fiebre, malestar general y adenopatía regional. También puede haber síndrome de piel escaldada por estafilococos.<sup>8</sup>

El diagnóstico de impétigo se basa en hallazgos clínicos, las decisiones rara vez se basan en estudios microbiológicos, ya que si las muestras no se toman correctamente, los resultados pueden no ser representativos.<sup>1</sup> Se recomienda el cultivo de las lesiones en aquellos casos donde exista falla en el tratamiento, recurrencia o infecciones en huéspedes inmunodeprimidos. Dentro de los diagnósticos diferenciales del impétigo se encuentran entidades infecciosas y no infecciosas, las cuales incluyen: dermatitis atópica, candidiasis, dermatofitosis, lupus eritematoso discoide, herpes simple, picadura de insecto, pénfigo foliáceo, escabiosis y varicela.<sup>9</sup>

### Diagnóstico diferencial

En un estudio realizado por González *et al.*, se analizaron las lesiones de la mucosa bucal más reportadas a nivel nacional e

internacional en niños y adolescentes, siendo mencionadas la infección herpética labial y la candidiasis oral dentro de las infecciones pediátricas con mayor frecuencia.<sup>10</sup>

### *Herpes labial*

El primer contacto del niño con el Virus del Herpes Simple (VHS) en la región bucal, suele manifestarse con un cuadro clínico de gingivostomatitis herpética primaria aguda.<sup>10</sup> Generalmente se presenta entre los 6 meses y 5 años, pudiendo afectar ocasionalmente a adolescentes y adultos. Clínicamente se caracteriza por la aparición de múltiples úlceras herpéticas a nivel de encía y área peribucal. A los 3 o 4 días, puede encontrarse una gingivitis con encías tumefactas y hemorrágicas, acompañada de odinofagia con múltiples vesículas distribuidas por cavidad bucal, con un contenido claro amarillento, las cuales se rompen con facilidad dejando erosiones que se curan de forma espontánea en un periodo de 10 o 14 días.<sup>11</sup>

El herpes bucal recurrente se presenta a lo largo de la vida después de este primer contacto con el virus, siendo el subtipo viral más frecuente el VHS tipo 1. Las recurrencias suelen ser muy frecuentes. Dentro los factores desencadenantes más comunes destacan: el clima frío, infecciones, trauma, fiebre, exposición solar y estrés.<sup>10</sup> Otros factores descritos incluyen: cansancio, período menstrual y causas iatrogénicas (extracciones dentales, cirugía del ganglio de Gasser). Estos factores están relacionados con la estimulación del sistema nervioso central, el cual es el sitio de latencia del virus.<sup>12</sup> Clínicamente se presenta como una infección auto limitante, afectando

la unión mucocutánea del labio, la cual comienza con síntomas de escozor, prurito y sensación de parestesias localizadas, a los dos días suelen observarse vesículas delimitadas y confluentes con contenido claro amarillento y un tamaño que oscila entre 1 y 10 mm.<sup>11</sup> Presentan una duración aproximada de 7 a 10 días, una vez que estas vesículas se secan, se forma una costra amarillenta, que finalmente deja una zona rosada en la piel que se resuelve sin dejar cicatriz. El tratamiento se basa en el empleo de agentes antivirales, siendo los más frecuentemente indicados: aciclovir (tópico y sistémico), así como famciclovir, penciclovir y valaciclovir.<sup>13</sup>

### *Candidiasis bucal*

Se trata de la infección micótica más frecuente de la cavidad bucal. La presencia de los microorganismos del género *Candida* en la cavidad bucal son comunes y oscilan entre un 20% y un 70%. La *Candida albicans* es reportada como la especie mayormente asociada a las infecciones bucales.<sup>14</sup> Se ha investigado la presencia de *Candida* en la población general, dentro de los diversos grupos etarios, siendo relatado que dicho microorganismo también se encuentra presente entre los recién nacidos, lactantes y niños.<sup>15</sup>

Existen diversas formas clínicas de la candidiasis (que es la enfermedad causada por los microorganismos *Candida* spp). La forma pseudomembranosa de la candidiasis bucal, también llamada muguet, es la presentación clínica más conocida.<sup>14</sup> A nivel bucal se caracteriza por la formación de placas blancas gelatinosas de aspecto lechoso, que al ser raspadas se desprenden dejando una zona eritematosa subyacente. Los sitios de aparición más comunes son la

mucosa bucal, paladar y lengua, algunos de los factores asociados más descritos son la terapia antibiótica y la inmunosupresión.<sup>16</sup>

Existen otras formas clínicas, como la candidiasis eritematosa o la queilitis angular asociada a *Candida*, que son las más frecuentemente descritas en la actualidad. La queilitis angular se caracteriza por un enrojecimiento intenso de las comisuras labiales (comúnmente bilateral), con aparición de grietas o fisuras y formación de costras. Esta lesión no siempre está producida por *Candida*, por lo que algunos autores la consideran como una lesión asociada.<sup>14</sup> Dentro de sus factores causales asociados se mencionan: etiología idiopática, inmunosupresión y disminución de la dimensión vertical.<sup>16</sup>

Esta reportado que la queilitis angular ocurre más en niños, siendo más frecuente entre los 4 a 6 años, es indistinta al sexo y puede ser causada por diversos factores que van desde la sensibilidad a ciertos agentes de contacto, así como a juguetes, alimentos, luz solar, alergia a medicamentos, el uso de antibioticoterapia a largo plazo, entre otros como son: la deficiencia del complejo B, la deficiencia de hierro en sangre, el uso de prótesis, el hábito de chuparse los labios y las comisuras bucales frecuentemente, así como la respiración bucal. El periodo de curación depende del tratamiento, pudiendo convertirse en un problema grave si no se maneja adecuadamente.<sup>17</sup>

En la infección por VIH, la queilitis angular con candidiasis es una manifestación de la enfermedad que se presenta en 1 de cada 10 pacientes portadores del virus. En el estudio realizado por Carrasco *et al.*, se comparó la frecuencia de candidiasis en su forma de queilitis angular en niños VIH

(+) respecto a niños VIH (-) verticalmente expuestos, reportando que 30 niños (58 %) presentaron alguna lesión en el labio, en 16 niños (50,5 %) se diagnosticó candidiasis en su forma angular, de los cuales el 75,5 % (12 niños) eran VIH (+), y el 25,9 % (4 niños) VIH (-).<sup>18</sup>

Otra condición descrita en la literatura que aún no ha sido reconocida como una entidad específica es la queilocandidiasis. Fue reportada recientemente como una forma de candidiasis crónica, la cual surge en ambientes húmedos que pueden hacer que la queilitis angular preexistente se extienda a la piel perioral. Esta se presenta como una enfermedad crónica, ulcerativa en el área del bermellón del labio inferior.<sup>19,20</sup> Generalmente aparece de forma secundaria a acciones que mantienen húmeda la piel como lamerse los labios de forma crónica, succión digital, o el uso prolongado de ungüentos a base de vaselina.<sup>21</sup>

El diagnóstico de cualquiera de las formas de candidiasis bucales fundamentalmente clínico debe ser confirmado por la observación microscópica de *Candida* en las muestras orales con tinciones especiales de histoquímica y/o por su aislamiento en cultivos específicos. Quindós señala que el tratamiento de la candidiasis bucal se basa en cuatro pilares: la realización de un diagnóstico precoz y certero de la infección, la corrección de los factores facilitadores o de las enfermedades subyacentes, la determinación del tipo de infección candidiásica y el empleo de fármacos antifúngicos apropiados.<sup>14</sup>

#### *Tratamiento y pronóstico del impétigo*

El tratamiento para el impétigo debe ser individualizado, tomando en cuenta varios

factores como: extensión de las lesiones, edad del paciente, estado inmunológico y comorbilidades, incluyendo la resistencia a los antibióticos.<sup>4</sup> Las opciones de tratamiento deben incluir el cuidado de la herida junto con terapia antibiótica, aplicación de agentes antimicrobianos tópicos o la combinación de terapia antibiótica sistémica y tópica, así como el uso de antisépticos locales. Se describe que el objetivo terapéutico en este tipo de infecciones debe centrarse en aliviar las molestias y evitar la propagación de la infección, así como sus complicaciones y recurrencias.<sup>6,7</sup>

Se recomienda el tratamiento tópico con ácido fusídico, mupirocina, ozenoxacina en pacientes con extensión limitada de la enfermedad (<2 % del área de superficie corporal total). En cuanto a la terapéutica con antibióticos sistémicos está indicada en casos de lesiones extensas, múltiples, recaídas, afectación sistémica, mala respuesta al tratamiento tópico y en niños menores de un año, recomendado las isoxazolilpenicilinas como flucloxacilina o cefalosporinas de primera generación (como cefalexina, cefadroxilo) o amoxicilina/ácido clavulánico.<sup>4</sup>

Los niños con impétigo deben mantener las pautas de higiene personal y evitar la convivencia con otros niños durante el brote activo. Se destaca la importancia del lavado de las manos, así como la limpieza de la ropa común, la ropa de cama, y las áreas afectadas que puedan haber estado en contacto con fluidos infectados, con la finalidad de prevenir la propagación de la enfermedad. Sin tratamiento, la infección se cura aproximadamente en 14 a 21 días. Se reporta que alrededor del 20 % de los casos se resuelven espontáneamente. El

impétigo suele curarse sin dejar cicatriz, sin embargo, algunos pacientes pueden desarrollar cambios de pigmentación postinflamatoria.<sup>2</sup>

El pronóstico empeora si las lesiones se hacen muy extensas en el resto de la piel y no se siguen las pautas de higiene. La Glomerulonefritis postestreptocócica aguda es una complicación grave que afecta entre el 1-5 % de los pacientes con impétigo no ampuloso. Otras posibles complicaciones, aunque suelen ser raras, incluyen sepsis, osteomielitis, artritis, endocarditis, neumonía, celulitis, linfangitis o linfadenitis, psoriasis guttata, síndrome de shock tóxico y síndrome de piel escaldada por estafilococos.<sup>7</sup>

El objetivo de este estudio es presentar dos casos clínicos de impétigo ampuloso en pacientes pediátricos, destacando sus características clínicas, comparándolas y contrastándolas con sus principales diagnósticos diferenciales. Documentando así la importancia clínica, diagnóstica y terapéutica de las infecciones cutáneas peribucales más frecuentes en la población infantil.

## **Reporte de casos clínicos**

Se trata de dos pacientes masculinos de 10 años (hermanos gemelos monocigóticos, dicoriónicos - diamnióticos) que identificaremos como paciente A y paciente B (originarios y residentes de San José de Iturbide, Guanajuato), los cuales presentaban antecedentes de secuencia de Pierre Robin. Acudieron a la clínica de Odontopediatría de la ENES, UNAM,

Unidad León, México, para tratamiento de ortopedia maxilar debido a micrognatia, durante dicho proceso (tercera consulta), a la inspección extraoral presentaron úlceras en piel peribucal, por lo que fueron remitidos al servicio de patología oral y maxilofacial para su adecuado diagnóstico y manejo.

Durante la anamnesis, se negaron antecedentes heredo familiares de importancia. Los antecedentes médicos (personales patológicos) en el paciente A, incluían cardiopatía congénita, tres cirugías previas (adenoidectomía), sin complicaciones. Por otra parte, en el paciente B la madre refirió antecedentes de asma y cuatro cirugías previas: tres cirugías previas (adenoidectomía) y una cirugía de extirpación de un granuloma traqueal, en la cual se realizó una traqueostomía por una obstrucción de la vía aérea.

En cuanto a los antecedentes natales, la madre refirió que los pacientes fueron producto de la primera gesta, siendo prematuros de 32 semanas, nacidos por cesárea, teniendo un mes de lactancia materna. En cuanto a la inspección general, ambos pacientes mostraban una higiene personal regular e hiperactividad; también se relató que sus actividades

lúdicas eran muy frecuentemente en el piso y con tierra, durante la consulta se identificó que los pacientes portaban un juguete de peluche notablemente sucio, el cual probablemente funcionaba como un fómite, el cual describió la madre que era compartido por ambos niños y que lo utilizaban todo el tiempo para jugar.

Durante la exploración extraoral, en el paciente A, se observaron múltiples lesiones ulcerativas eritematosas, de formas irregulares y márgenes bien definidos ubicadas en el área peribucal, las dos mayores localizadas en las comisuras labiales abarcando bermellón y piel, las otras pequeñas eran de aspecto similar, localizadas en la piel del límite nasolabial superior y en el labio inferior del lado derecho. Dichas lesiones presentaban un fondo hemorrágico cuyos bordes exhibían costras hemáticas. El paciente refería prurito y dolor moderado a la apertura bucal, así como una evolución de dos semanas, sin presencia de lesiones en otras localizaciones (Figura 1).

En paciente B se observaron 3 lesiones ulcerativas de características similares a las de su hermano (tanto en lo objetivo como en lo sintomático), en el área de piel peribucal del lado derecho, ubicadas



**Figura 1.** Paciente A. Aspecto clínico de las lesiones peribucales con dos semanas de evolución



**Figura 2.** Paciente B. Aspecto clínico de las lesiones peribucales con dos semanas de evolución

específicamente en base y ala nasal, labio superior y comisura, refiriendo también dos semanas de evolución, sin presencia de lesiones en otras localizaciones (Figura 2).

En la exploración intraoral no se identificaron lesiones. La madre no refirió diagnósticos, ni tratamientos previos, sin embargo, proporcionó fotografías de las lesiones iniciales donde se aprecia la presencia de lesiones vesiculares y ulcerativas francamente hemorrágicas, siendo más graves en el paciente A (Figura 3).

Se realizó interconsulta con el servicio de patología oral y maxilofacial de la ENES, Unidad León, UNAM. Determinándose el diagnóstico clínico definitivo de impétigo

ampolloso, con base en la anamnesis minuciosa y considerando los hallazgos físicos, analizando y descartando los diagnósticos diferenciales de herpes simple labial y queilocandidiasis, sin necesidad de otros métodos auxiliares de diagnóstico.

Se pidió a la persona responsable de los pacientes la firma de un consentimiento informado para la publicación de este trabajo y el caso fue sometido al Comité de Ética de la Escuela Nacional de Estudios Superiores, UNAM, Unidad León; el cual fue aceptado para su realización (CEI\_21\_10\_S18).

El tratamiento consistió en eliminar cualquier objeto que actuara como fómite (juguetes de peluche), evitar compartir productos de



Paciente A

Paciente B

**Figura 3.** Aspecto clínico inicial de las lesiones peribucales (imagen proporcionada por la madre)

aseo personal, evitar el contacto directo con las lesiones con las manos y limpiar la piel varias veces al día con agua y jabón neutro. También se recetó crema de mupirocina al 2 %, con la indicación de aplicar una capa fina 3 veces al día durante dos semanas, enfatizando llevar a cabo todas las medidas de higiene durante sus actividades diarias para evitar la posible diseminación.

## Resultados

Se realizó el seguimiento a los 14 días del tratamiento, observándose una remisión de aproximadamente 80% de las lesiones (Figura 4). A los 30 días se observó remisión del 100 % (Figura 5). Obteniendo resultados satisfactorios para ambos pacientes.



Paciente A



Paciente B

**Figura 4.** Revisión a los 14 días, observándose remisión del 80 % de las lesiones



Paciente A



Paciente B

**Figura 5.** Revisión a los 30 días, observándose remisión del 100 % de las lesiones

## Discusión

El impétigo ampolloso se reporta como la variante menos común, siendo una enfermedad altamente contagiosa que afecta comúnmente a niños pequeños, entre los 2 y 5 años, caracterizada clínicamente como como múltiples vesículas que progresan rápidamente hacia ampollas flácidas que se rompen dejando múltiples costras amarillentas.<sup>6,22</sup> En un estudio de Jhonson MK en el 2020<sup>23</sup> mencionan que el impétigo presenta una carga de morbilidad global de más de 140 millones disminuyendo su incidencia con la edad. En el presente caso la edad de aparición fue a los 10 años discordando con lo reportado en la literatura. Respecto las características clínicas presentan una similitud a las ya descritas, sin embargo, los casos presentados representaban el tipo ampolloso, siendo el tipo menos común, contrastando con lo reportado en la literatura donde se describe al tipo no ampolloso como el más frecuente.

Dentro de los factores que predisponen al impétigo se reportan: traumatismos cutáneos, climas cálidos y húmedos, higiene deficiente, entornos de guardería, desnutrición y diabetes mellitus u otras comorbilidades médicas. Hartman, Babiano, Nardi, *et al.*,<sup>2,6,24</sup> concuerdan que dichas lesiones suelen propagarse fácilmente por autoinoculación a través de los dedos, toallas o ropa, que con frecuencia conduce a producir la formación de lesiones satélites en áreas adyacentes. Concordando con los factores predisponentes; en los presentes casos coexistían la higiene deficiente y el alto

grado de contagio por autoinoculación de lesiones e intercambio de fómites, pues ambos hermanos gemelos viven juntos y la madre refirió que frecuentemente comparten objetos (artículos de higiene personal y juguetes).

Zakaria y Galli, *et al.*,<sup>4,22</sup> Mencionaron que el impétigo debe ser considerado como parte de un diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas peribucales, debido a que frecuentemente se diagnostica de manera errónea, dando como resultado un manejo clínico inadecuado de la enfermedad. Asimismo, concordaron que dicho diagnóstico generalmente se basa únicamente en el análisis de los síntomas y las manifestaciones clínicas. Mannschreck D, *et al.*, 2020<sup>25</sup> menciona que es importante que los pediatras, los médicos del servicio de emergencias y los dermatólogos reciban una mayor capacitación, ya que el diagnóstico temprano del impétigo ampolloso puede prevenir la diseminación. El presente caso se destaca la importancia de considerar las diversas entidades patológicas que involucran el área peribucal como diagnósticos diferenciales durante el análisis de los hallazgos clínicos, así como la importancia de realizar una minuciosa anamnesis que oriente a conseguir un adecuado diagnóstico y un correcto manejo de la enfermedad.

Dentro de los diagnósticos clínicos diferenciales, mencionamos el herpes labial, Candidiasis labial (quelitis angular y queilocandidiasis), en la cuales destacamos los siguientes aspectos clínicos:

**Tabla 1. Diagnósticos clínicos diferenciales de infecciones peribucales**

Infección peribucal	Edad de inicio	Factores predisponentes	Manifestación clínica	Localización	Diagnóstico	Tratamiento
Impétigo	Frecuentemente niños de 2-3 años, pudiendo presentarse en cualquier momento de la vida.	Higiene deficiente, alta humedad, hacinamiento.	No ampolloso	No ampolloso	Hallazgos clínicos.	Las opciones pueden incluir antibióticos tópicos, antibióticos orales o desinfectantes tópicos, dependerán de la localización, extensión de la enfermedad y el estado inmunológico.
			Vesícula- pústula de 1-2 mm, que forman costas melicéricas.	Piel expuesta de cara (narinas, región perioral) y extremidades.		
			Ampolloso	Ampolloso		
			Ampollas grandes, frágiles, flácidas con contenido líquido amarillo-claro, caracterizada por una corteza de color marrón durante etapas finales.	Sitios de predilección en cara, cuello, región periumbilical.		
Herpes Labial	Una vez que se tuvo el primer contacto con VHS se puede presentar en cualquier momento de la vida.	Infecciones, trauma, fiebre, exposición solar, estrés.	Vesículas en ramillete con contenido claro amarillento, su tamaño oscila entre 1-10 mm.	Frecuente en labios, ocasionalmente puede aparecer en la zona de la nariz, mejillas o dedos	Hallazgos clínicos.	Antivirales como aciclovir en crema o sistémico, valaciclovir.
Candidiasis Labial	Cualquier momento de la vida.	Disminución de la producción salival, inmunosupresión, alta humedad en la piel, disminución de la dimensión vertical.	Queilitis Angular	Queilitis Angular	Hallazgos clínicos, confirmado por la observación microscópica (tinción con ácido peryódico de Schiff)	Empleo de fármacos antifúngicos apropiados.
			Enrojecimiento de las comisuras labiales (habitualmente bilateral), con presencia de grietas o fisuras y formación de costras.	Ángulos de la boca.		
			Queilocandidiasis:	Queilocandidiasis:		
			Se presenta como formación de costras y ulceraciones.	Bermellón del labio inferior.		

Respecto al tratamiento Johnson, Hartman, Babiano, Nardi, *et al.*,<sup>2,6,23,24</sup>. Coinciden que el manejo de esta alteración debe enfocarse en evaluar factores como: el número de lesiones, la extensión y la localización de dicha enfermedad, concordando también en que el tratamiento farmacológico para el impétigo limitado debe ser local, a través de agentes tópicos, pudiendo ser tratado con; mupirocina, retapamulina, y ácido

fusídico. Siendo recomendada la terapia con antibióticos orales solo para los casos que presentan lesiones extensas, esto debido a las crecientes tasas de resistencia bacteriana.

Babiano MA en el 2016<sup>24</sup> menciona que lo más importante es la higiene de manos y el recortar las uñas para evitar la autoinoculación, destaca que es importante

el tratamiento antimicrobiano tópico, ya que dichos agentes limitan la transmisión y son el tratamiento de elección en las formas localizadas.

En cuanto al pronóstico para ambos tipos de impétigo se describe que suelen resolverse sin tratamiento en dos o tres semanas sin dejar cicatrices, sin embargo concuerdan que el cuadro clínico se acorta evitando la propagación de la enfermedad si esta es tratada, rara vez pueden ocurrir complicaciones como: celulitis (forma no ampollosa), septicemia, osteomielitis, artritis séptica, linfangitis, linfadenitis, psoriasis guttata, síndrome de piel escaldada por estafilococos, siendo la glomerulonefritis posestreptocócica la complicación más grave.<sup>6,23</sup>

En el presente caso debido a la localización y extensión de las lesiones se optó por llevar a cabo un manejo basado en medidas de higiene personal, eliminación de fómites, complementado con el uso de antibiótico tópico (crema de mupirocina al 2 %), con la indicación de aplicar una capa fina 3 veces al día durante dos semanas, siguiendo las recomendaciones descritas por la literatura. Gracias a lo cual se obtuvieron resultados notablemente satisfactorios a los 14 días observando una remisión de aproximadamente 80% de las lesiones y a los 30 días del 100 %, sin presentar complicaciones, ni signos de cicatrices.

## **Conclusiones**

El impétigo es una infección bacteriana que suele ser frecuentemente confundida con otras enfermedades semejantes en esa

localización y por lo tanto suele ser tratada erróneamente, causando un agravamiento del cuadro patológico y el consiguiente retraso en el establecimiento del diagnóstico correcto. Existen pocos reportes y estudios acerca de esta entidad patológica dentro del área odontológica, lo cual puede generar confusión durante el análisis diagnóstico de enfermedades infectocontagiosas cutáneas de localización peribucal (herpes labial y queilitis angular por *Candida*). Así mismo es frecuente que el manejo de esta infección sea derivado a otros especialistas, cuando se trata de una lesión fundamentalmente de diagnóstico clínico, la cual es frecuente en población infantil, presentándose en una topografía que compete plenamente al área de actuación de la odontología pediátrica. Por lo tanto, es sumamente importante para los dentistas y odontopediatras conocer, diagnosticar y manejar infecciones pediátricas en diversas localizaciones del aparato estomatognático, además de las de origen odontogénico y las periodontales (que son las más comunes), con la finalidad de brindar una atención óptima e integral al paciente.

## **Conflictos de intereses y financiación**

No existe conflicto de intereses en la realización en el presente caso, ni cuenta con algún financiamiento especial.

## **Agradecimientos**

Los autores agradecemos al servicio de diagnóstico en patología oral y maxilofacial y al comité de ética de la ENES, León, UNAM, México.

## Referencias bibliográficas

1. George A, Rubin G. A systematic review and meta-analysis of treatments for impetigo. *Br J Gen Pract.* 2003;53(491):480-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12939895/>
2. Nardi NM, Schaefer TJ, Espil MO. Impetigo (Nursing). En: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568809/>
3. Gahlawat G, Tesfaye W, Bushell M, Abrha S, Peterson GM, Mathew C, et al. Emerging treatment strategies for impetigo in endemic and nonendemic settings: A systematic review. *Clin.* 2021; 43(6):986–1006. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34053699/>
4. Galli L, Novelli A, Ruggiero G, Stefani S, Fortina AB. Pediatric impetigo: an expert panel opinion about its main controversies. *J Chemother.* 2022; 34(5):279–85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34405763/>
5. Valderrama-Beltrán S, Cortés JA, Caro MA, Cely-Andrade L, Osorio-Pinzón JV, Gualtero SM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos en Colombia. *Infectio.* 2019; 23(4):318- 346. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v23n4/0123-9392-inf-23-04-00318.pdf>
6. Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician.* 2014 Aug 15;90(4):229-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25250996/>
7. Andrade G, Da Silva de Carballo L, Casbarro R. Impétigo Peribucal en niños. Reporte de un caso. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* 2015. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-31/>
8. Pérez-De la O AD, García- Romero MT. Impétigo ampolloso. *Acta Pediatr Mex.* 2017;38(5):351-354. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm175h.pdf>
9. Moyano M, Peuchot A, et al. Skin and soft tissue infections in children: consensus on diagnosis and treatment. *Arch Argent Pediatr.* 2014; 112(1): e96-e102. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n1a22.pdf>
10. González R, Bologna R, Nevárez A, et al. Lesiones frecuentes de la mucosa bucal en niños y adolescentes: Revisión literaria. *Revista ADM.* 2011; 68(1):17-24. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2011/od111d.pdf>
11. Bascones-Martínez A, Pousa-Castro X. Herpesvirus. *Av. Odontoestomatol* 2011; 27(1):11-24. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n1/original1.pdf>
12. Hantz S, Alain S. Infecciones por el virus del herpes simple. *EMC – Pediatría.* 2018; 53 (2): 1-13.
13. Giménez S. Herpes. *Clínica y Tratamiento.* *Farmacia Profesional.* 2004; 18(8): 42-48. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13066081>
14. Aguirre JM. Candidiasis orales. *Rev Iberoam Micol* 2002; 19: 17-21. Disponible en: <http://www.reviberoammicol.com/2002-19/017021.pdf>
15. Rioboo MR, Planells P, Rioboo R. Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10:376-87. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v10n5/en\\_01.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/medicor/v10n5/en_01.pdf)
16. Velasco EC, Mendiola A., Pizano MI. Candidiasis oral en paciente pediátrico sano. Revisión bibliográfica. 2013;14 (44): 956- 964. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2013/ora1344e.pdf>
17. Fajriani. Management of Angular Cheilitis in children. *Journal of Dentomaxillofacial.* 2017; 2(1): 1-3.
18. Carrasco W, Guerra ME, Tovar V. Comparación de la presencia de queilitis angular en niños VIH (+) y VIH (-), hijos de madre seropositivas. *Acta Odontol. Venez.* 2008; 46(3): 260-264.
19. Vila T, Sultan AS, Montelongo-Jauregui D, Jabra-Rizk MA. Oral Candidiasis: A Disease of Opportunity. *Journal of Fungi* 2020; 6 (1): 15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151112/pdf/jof-06-00015.pdf>
20. Samaranyake P, Keung W, Jin L. Oral mucosa fungal infections. *Periodontology* 2000. 2009; 49(1): 39-59.
21. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Fungal and Protozoal Diseases. In *Oral and Maxillofacial Pathology*, 4th ed.; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2016; 191–217.
22. Zakaria A. Sockalingam S. Peri-oral Bullous Impetigo: A Diagnostic Dilemma for Dentist. *Sains Malaysiana.* 2013; 42(1): 89–91.
23. Johnson MK. Impetigo. *Adv Emerg Nurs J.* 2020; 42(4): 262-269.
24. Babiano MA. Impétigo ampolloso. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 2016; 23(3): e38-e39.
25. Mannschreck D, Feig J, Selph J, Cohen B. Disseminated bullous impetigo and atopic dermatitis: Case series and literature review. *Pediatr Dermatol.* 2019;00: 1-6.

---

Recibido: 27/12/22

Aceptado: 29/1/23

Correspondencia: Viridiana Guadalupe Molina Felizola, correo: virimf@hotmail.com