

(Artículo Original)

Caracterización clínica, epidemiológica y terapéutica de pacientes ingresados por forunculosis nasal en cuidados intermedios-intensivos

Hospital Infantil Sur, Santiago de Cuba, Cuba.

Dra. Glicelis Legró Bisset¹, Dr. Yordanys Paez Candelaria², Dra. Karima Maricel Gondres Legró³, Dr. Lázaro Ibrahim Romero García⁴, Dr. Pedro Alexei Bacardí Zapata⁵.

¹Especialista de Segundo Grado en Otorrinolaringología, Profesora Auxiliar y Consultante, Hospital Infantil Sur, Santiago de Cuba, Cuba. ²Especialista de Primer Grado en Terapia Intensiva y Emergencia Médica, Hospital Provincial "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba. ³Especialista de Primer Grado en Laboratorio Clínico y Medicina General Integral, Diplomada en Terapia Intensiva, Hospital Provincial "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba. ⁴Especialista de Primer Grado en Bioestadística Médica, Máster en Higiene-Epidemiología y Salud Pública, Hospital Provincial "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba. ⁵Especialista de Primer Grado en Terapia Intensiva, Emergencia Médica y Medicina General Integral, Hospital Provincial "Saturnino Lora", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar clínica, epidemiológica y terapéuticamente a los pacientes con criterios de ingreso por forunculosis nasal en la Unidad de cuidados Intermedios-Intensivos del Hospital Provincial "Saturnino Lora".

Método: se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, que incluyó como universo una población de 65 pacientes hospitalizados en el Hospital Provincial "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, con el diagnóstico de forunculosis nasal. La muestra abarcó a los 27 casos que recibieron asistencia médica desde enero de 2010 hasta diciembre de 2014 en las Unidades de Cuidados Intensivos o Intermedios de este Hospital.

Resultados: de los pacientes hospitalizados con el diagnóstico de forúnculo nasal 41,53% ingresó en el servicio de Terapia. Hubo predominio de casos en el adulto joven del sexo masculino (66,67%), y los grupos más afectados fueron los adultos jóvenes. El inicio de los síntomas previo al ingreso en el servicio de Otorrinolaringología fue entre 1-3 días; el síntoma predominante fue el aumento de volumen de la punta nasal; un porcentaje alto (74,07%) de la muestra tuvo una estadía menor de 12 horas en este servicio y fueron trasladados a Terapia; el antimicrobiano más utilizado fue la ceftriaxona.

Conclusiones: en este trabajo se evidencia que la forunculosis nasal predomina en el adulto joven, del sexo masculino con un aumento de volumen de la punta nasal como característica clínica principal. Se consideró a la cefalea como síntoma clínico para el criterio de ingreso en el servicio de Terapia, y la ceftriaxona fue el antimicrobiano más utilizado.

Palabras clave: foliculitis; forúnculo; *Staphylococcus Aureus*.

INTRODUCCIÓN

La forunculosis es una nodulación inflamatoria que involucra al folículo piloso con un pequeño absceso que se extiende a través de las capas de la dermis y es causada por la bacteria grampositiva *Staphylococcus Aureus*. La emergencia de cepas resistentes a la meticilina (SARM) constituye un grave problema mundial. *S. aureus* se describe por primera vez por Alexander Ogston en 1880, este microorganismo se asocia con abscesos cutáneos y síndrome de piel escaldada, entre otras afecciones. La forunculosis recurrente se define por la presentación de cuatro o más episodios en un año.⁽¹⁾ Inicialmente en su forma simple se puede emplear calor húmedo a nivel local y el drenaje del absceso, sin embargo, cuando hay recurrencia puede ser difícil su tratamiento. *Staphylococcus Aureus* es un comensal presente en la piel y en las mucosas. El ser

humano es su reservorio predominante. Entre 20-50% de los humanos albergan a *S.aureus* en la nariz de manera permanente y el 60% lo hace de manera intermitente. Con SARM se ha visto que a nivel genético, la alteración del cromosoma bacteriano puede verse relacionado con la presencia del gen Leucocidina Pantón-Valentine (LPV), capaz de producir una toxina formadora de poros que causan la lisis celular de los neutrófilos, monocitos, macrófagos, y activa la producción de tejido necrótico. Alrededor del 30% de los adultos sanos son colonizados por *S.aureus* en algún momento de su vida y el principal sitio de esta colonización son las narinas nasales aunque también se puede encontrar en la faringe. El principal factor de riesgo para la forunculosis es el contacto directo con individuos infectados y con bajas condiciones de higiene. Características individuales pueden predisponer a la recurrencia como la colonización nasal de *S.aureus*,

la historia familiar, la anemia por deficiencia de hierro, la hospitalización previa, la pobre higiene personal, la diabetes y el uso previo de antimicrobianos.(2) El forúnculo comienza como un nódulo foliculo concéntrico duro, rojizo y sensible en la piel pilosa, que aumenta de tamaño, se vuelve doloroso y fluctuante después de varios días (se forma un absceso). Más tarde se rompe, con secreción de pus y sustancia necrótica. Luego de días a semanas el dolor cede y el enrojecimiento y edema disminuyen.(3) La conducta terapéutica en su forma simple se basa en el drenaje por medio de una incisión en los casos donde el absceso es menor de 5cm. En aquellos pacientes con un absceso mayor de 5cm, fiebre o celulitis asociada, se deben indicar antimicrobianos por vía sistémica. La terapia se vuelve más complicada cuando los pacientes tienen una forunculosis recurrente y múltiple. Para estos casos se propone una triada terapéutica que consiste en el uso de antimicrobianos, la descolonización y el descontaminación. (1-3)

El "triángulo de la muerte" es un nombre pintoresco que recibe la región de la cara; abarca desde el labio superior hasta el entrecejo, y se debe a una peculiaridad de su drenaje venoso, ya que pueden pasar bacterias a la vena facial, cuya sangre no encuentra ningún obstáculo para refluir hacia el interior del cráneo, y formarse un "grumo" de sangre infectada (tromboflebitis séptica) en las venas intracraneales, concretamente en el seno cavernoso o alguna de sus afluentes (venas oftálmicas o cerebrales). Este evento, aunque es raro, les cuesta la vida a un 20-30% de los enfermos: por eso recibe esa denominación. Muchos de los pacientes que no mueren quedan con secuelas debidas a la afectación de los nervios oculomotores que atraviesan el seno cavernoso, o hacen una meningitis secundaria.(4)

Los estudios de forunculosis realizados, no solo responsabilizan a *S.aureus* con la etiología de esta afección, pues hay autores que demuestran a diferentes gérmenes grampositivos (estreptococos), *Pseudomonas aeruginosa* y otros bacilos gramnegativos. (5,6)

Los forúnculos son muy comunes, incluyendo los nasales, debido a que esta zona tiene abundantes folículos pilosos y pelos, cuya función inicial es de defensa contra las partículas extrañas. Pueden empezar en forma de un nódulo rojo y sensible, generalmente del tamaño de un botón y ocasionalmente alcanzar el tamaño de una bola de golf. También aparecen individuales o múltiples, de manera que si se desarrollan muy juntos llegan a expandirse y agruparse, causando una afección denominada "carbunculosis". Inicialmente se forma un nódulo pequeño, rojo y firme, que posteriormente se transforma en un nódulo fluctuante con dolor más o menos intenso; dolor que aumenta a medida que el pus y el tejido muerto llenan el área afectada, mientras que empieza a disminuir a medida que esta zona se drena; hay enrojecimiento e inflamación cutánea alrededor de la lesión; sensación de calor en la punta nasal. El médico especialista en otorrinolaringología

es el responsable de diagnosticar el forúnculo nasal, basado principalmente en el examen clínico de la apariencia externa de la piel de la nariz.(7)

Desde el punto de vista clínico-epidemiológico cobra mayor relevancia la forunculosis recurrente que se considera como la aparición secuencial de varios furúnculos en un período de meses o incluso años en el mismo paciente. La mayoría de los casos (hasta 75%) se atribuyen a *S.aureus*, ya sean en su forma sensible a la meticilina (SASM) o resistente (SARM). Este tipo de infecciones pueden aparecer en el contexto de infecciones producidas por SARM comunitarios (SARM-AC), ya que son las infecciones de piel y partes blandas las manifestaciones clínicas más comunes causadas por este tipo de cepas.(8)

Se describen estudios sobre la forunculosis en Cuba, desde el enfoque dermatológico e inmunológico, no así en particular sobre la enfermedad localizada en la nariz.(9) Para hacer un análisis objetivo del fenómeno, se deben tener en cuenta los aspectos inherentes al microorganismo hospedero, al huésped y al medio ambiente. La aplicación de medidas epidemiológicas encaminadas a enfrentar este gran reto, solo puede ser efectiva si se tiene una recolección metódica de los resultados obtenidos por el laboratorio de Microbiología, con su análisis correspondiente, el diseño y la aplicación de investigaciones en las que se vean envueltos todos los servicios médicos del hospital que reciben estos enfermos.(10)

En las revisiones realizadas se encuentran muy pocos estudios que caractericen a los pacientes con forunculosis nasal necesitados de hospitalización; el análisis de las complicaciones severas que pueden aquejar a esta población de enfermos, hacen que con frecuencia el especialista en Otorrinolaringología decida su ingreso en salas de atención al paciente grave, en ocasiones con discrepancias en cuanto a la conducta a seguir, lo que estimula al intensivista a conocer la realidad de este fenómeno y al perfeccionamiento de su participación en mejorar la asistencia médica del afectado, razones que motivaron la realización de este estudio, con el objetivo de caracterizar clínica, epidemiológica y terapéuticamente a los pacientes con criterios de ingreso por forunculosis nasal en la Unidad de Cuidados Intermedios o Intensivos del Hospital Provincial "Saturnino Lora".

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el período comprendido desde enero de 2010 hasta diciembre de 2014, se tomó como universo a 65 pacientes hospitalizados en el Hospital Provincial "Saturnino Lora", de Santiago de Cuba, con el diagnóstico de forunculosis nasal, y la muestra la integraron 27 casos que recibieron asistencia médica en las Unidades de Cuidados Intensivos o Intermedios (UCI-UCIM). Se revisaron las historias clínicas para la obtención de datos que constituyeron las variables de esta investigación.

Edad: variable cuantitativa continua, para la que se tuvo en cuenta los años cumplidos. Los grupos de edades quedaron comprendidos entre: 24-33; 34-43; 44-53; 54-63 y 64 años y más.

Sexo: variable cualitativa nominal que determinó las características antropológicas que diferencian a hombres y mujeres: masculino y femenino.

Inicio de los síntomas: variable cuantitativa continua. Tiempo expresado en días en relación con la aparición de los síntomas antes del ingreso hospitalario.

Estadía previa en el servicio de Otorrinolaringología (ORL): variable cuantitativa continua. Tiempo que estuvieron los enfermos hospitalizados en la sala de ORL, expresado en horas antes de ser trasladados a la UCI-UCIM. Se crearon dos grupos: hasta 12 horas y 12-24 horas.

Síntomas y signos iniciales de la enfermedad: variable cualitativa nominal. Se incluyeron las manifestaciones clínicas presentadas por el paciente en el momento del ingreso en el servicio de ORL. Se incluyeron los siguientes: aumento de volumen de la nariz, dolor nasal, eritema, pus o ambas, fiebre, cefalea, edema palpebral, obstrucción nasal y síntomas generales. Se consideraron con criterio de traslado a la UCI-UCIM los casos que presentaron signos de alarma que complicaban esta entidad: dolor intenso en el ángulo interno del ojo, cefalea intensa, fiebre mantenida y no mejoría de los síntomas después de las 48 horas de tratamiento.

Tratamiento antimicrobiano al ingreso en el servicio de ORL: variable cualitativa nominal. Se incluyeron las variantes de antimicrobianos usados, desde el empleo

de uno, hasta la combinación de ellos, llegando a la triple terapia (cefotaxima, ceftriaxona, gentamicina, meropenem y penicilina cristalina y vancomicina).

Estadía en la UCI-UCIM: variable cuantitativa continua, donde se tuvo en cuenta el tiempo en días que permanecieron los enfermos en estas salas, y se agruparon en: 1-3, 4-6 y más de 6 días de estadía.

Con estas variables se confeccionó una base de datos por el sistema Microsoft Excel Windows XP. Los datos obtenidos se tabularon en este mismo sistema operativo en porcentajes. Se confeccionaron tablas representativas y se aplicó la prueba de independencia mediante el test Normal Estándar para comparación de proporciones, con el fin de validar algunos resultados de la investigación. Se empleó como nivel de significación el nivel de $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

Se observó que en la muestra investigada hubo 41,53% de pacientes con forunculosis nasal que requirieron hospitalización en el servicio ORL.

En la tabla 1, se observa que en el grupo de edades predominó el adulto joven entre 24 y 33 años con 8 pacientes (29,63%), seguido del grupo entre los 34 y 44 años de edad, con 7 enfermos (25,93%); en cuanto al sexo, el mayor número de casos correspondió al masculino (66,67%).

En 16 pacientes (59,26%), los síntomas iniciales de la enfermedad aparecieron entre 1 y 3 días antes del ingreso en el servicio de ORL y de ellos 11 (40,74%), tuvo una

Tabla 1. Distribución de los pacientes con forunculosis nasal según la edad y el sexo. "Hospital Provincial Saturnino Lora".2010-2014.

| Sexo Grupo de Edades (años) | Masculino | | Femenino | | Total | |
|-----------------------------------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 24-33 | 5 | 18,52 | 3 | 11,10 | 8 | 29,63 |
| 34-43 | 5 | 18,52 | 2 | 7,41 | 7 | 25,93 |
| 44-53 | 4 | 14,81 | 2 | 7,41 | 6 | 22,22 |
| 54-63 | 3 | 11,11 | 2 | 7,41 | 5 | 18,52 |
| 64 y más | 1 | 3,70 | 0 | 0 | 1 | 3,70 |
| Total | 18 | 66,67 | 9 | 33,33 | 27 | 100 |

Fuente: Historia Clínica

estadía menor de 12 horas.(Tabla 2) Se observó que del total de la muestra, 20 enfermos (74,07%) transitaron con menos de 12 horas de un servicio a otro.

El signo predominante encontrado en el examen clínico de estos pacientes, al ingreso, (tabla 3) fue el aumento de volumen de la nariz, presente en 26 enfermos (39,39%); en 9 pacientes (13,64%) el síntoma de prevalencia para enviar a Terapia fue la cefalea, seguido de la fiebre (9,09%).

Al ingreso en el servicio de ORL el antimicrobiano más utilizado, para estos enfermos, fue la ceftriaxona (9),

seguido de la cefotaxima, (6) solos o combinados con un aminoglucósido o metronidazol; 6 pacientes transitaron directo desde el Cuerpo de Guardia a Terapia, sin recibir tratamiento previo.(Tabla 4)

Al ingreso en Terapia el mayor número de pacientes recibió tratamiento con ceftriaxona, (14) seguido por la cefotaxima (6), solos o combinados con otros antimicrobianos.(Tabla 5)

En la tabla 6, se muestra que la mayoría de los pacientes (62,97%), tuvo una estadía en Terapia, entre los 4 y 6

Tabla 2. Relación del inicio de los síntomas de los pacientes con forunculosis nasal según la estadía previa en el servicio de ORL. "Hospital Provincial Saturnino Lora".2010-2014.

| Inicio (días) | Pacientes | | Estadía previa en ORL | |
|---------------|-----------|--------|-----------------------|---------|
| | n | %. | Hasta 12 h | 12-24 h |
| 1-3 | 16 | 59,26 | 11 | 5 |
| 4-6 | 8 | 29,63 | 7 | 1 |
| Más de 6 | 3 | 11,11 | 2 | 1 |
| Total | 27 | 100,00 | 20 | 7 |

Fuente: Historia Clínica.

Tabla 3. Síntomas y signos iniciales al ingreso de los pacientes con forunculosis nasal.

| Síntomas y signos | Servicio ORL | | Con criterio de Terapia | |
|--------------------|--------------|-------|-------------------------|-------|
| | n | *% | n | *% |
| Aumento de volumen | 26 | 39,39 | 0 | 0,000 |
| Dolor nasal | 7 | 10,60 | 2 | 3,03 |
| Eritema y/o pus | 3 | 4,55 | 0 | 0,000 |
| Fiebre | 6 | 9,09 | 6 | 9,09 |
| Cefalea | 9 | 13,64 | 9 | 13,64 |
| Edema palpebral | 4 | 6,06 | 4 | 6,06 |
| Obstrucción nasal | 6 | 9,09 | 0 | 0,000 |
| Síntomas generales | 5 | 7,58 | 5 | 7,58 |
| Total | 66 | 100 | 26 | 39,39 |

Fuente: Historia Clínica. *Porcentaje calculado en base al total de síntomas y signos.

Tabla 4. Tratamiento de los pacientes con forunculosis nasal al ingreso en el servicio de ORL. "Hospital Provincial Saturnino Lora".2010-2014.

| Antimicrobianos | n Pacientes | Combinaciones | | | |
|-----------------------|----------------|---------------|-----------|--------------|----------|
| | | Solo | Amikacina | Metronidazol | Los tres |
| Cefotaxima | 6 | 1 | 3 | 5 | 3 |
| Ceftriaxona | 9 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| Gentamicina | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Meropenem | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Penicilina cristalina | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ninguno | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Historia Clínica

días. No se declararon, en las historia clínicas revisadas, la presencia de complicaciones, ni fallecidos.

DISCUSIÓN

En la bibliografía consultada los autores no reflejan la predisposición a padecer de forunculosis nasal, relacionada con la edad.(1) No obstante en este estudio se encuentra la prevalencia en el adulto joven y del sexo masculino lo que coincidió con otros investigadores, (11) quienes hacen referencia a la mayor probabilidad en este grupo,

por tener mayor cantidad de pelos y zonas de mayor roce que lo predispone para la enfermedad, se infiere que sea coincidente, pues la nariz es una zona de abundantes folículos pilosos, sobre todo en los hombres.

Para el tratamiento de la forunculosis, la mayoría de los autores refieren que en sus estadíos iniciales unos pacientes resuelven de manera espontánea y otros requieren de terapia local y antimicrobianos orales de manera ambulatoria.(3)

El ingreso sería solo para aquellos casos con signos evidentes de no mejoría o agravamiento después de la

Tabla 5. Tratamiento de los pacientes con forunculosis nasal al ingreso en Terapia.

| Antimicrobianos | n Pacientes | Combinaciones | | | | |
|-----------------------|----------------|---------------|-----------|--------------|--------------------------|----------|
| | | Solo | Amikacina | Metronidazol | Penicilina Cristalina | Los tres |
| Cefotaxima | 6 | 1 | 2 | 5 | 0 | 2 |
| Ceftriaxona | 14 | 4 | 4 | 2 | 0 | 4 |
| Gentamicina | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Meropenem | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Penicilina Cristalina | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Vancomicina | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Historia Clínica

Tabla 6. Estadía de los pacientes con forunculosis nasal en UCI-UCIM.

| Estadía (Días) | n | % |
|-------------------|----|--------|
| 1 – 3 | 9 | 33,33 |
| 4 – 6 | 17 | 62,97 |
| más de 6 | 1 | 3,70 |
| Total | 27 | 100,00 |

Fuente: Historia Clínica

terapia ambulatoria, (8) sin embargo en el caso particular de la forunculosis nasal, hay que tener en cuenta que se ubica en el "triángulo de la muerte", (4) jugando un papel decisivo el especialista en ORL, para la evaluación de la etapa en que se encuentra la lesión y tomar la conducta más apropiada acorde con el examen clínico del paciente. (1,7) En el estudio realizado se consideró la evolución del paciente desde que se iniciaron los síntomas antes del ingreso en el servicio de ORL, con un traslado precoz, en la mayoría de los casos, hacia el servicio de atención al grave por todo lo que implica la forunculosis nasal en la vida del enfermo.

Morales-Angulo y colaboradores refieren no haber encontrado ningún caso publicado en la literatura médica de abscesos localizados en la punta nasal. (13) También hace esta acotación al respecto Dahle KW y colaboradores. (14) No obstante, hay que tener en cuenta que la evolución del forúnculo nasal, cuando no se administra un tratamiento adecuado y oportuno, puede evolucionar hacia el absceso y sus complicaciones, en dependencia, además de los días de inicio de los síntomas relacionados con la asistencia médica, lo que se evidenció en este estudio.

Se describe por los autores consultados que la aparición del aumento de volumen en la punta de la nariz, es el signo que aparece en casi la totalidad de estos pacientes, como característica clínica principal de la enfermedad. Esto se puede asociar a otros síntomas y signos locales y/o generales que alerten de la presencia de agravamiento o complicaciones del enfermo, (12) pero se sabe que es responsabilidad del especialista en Otorrinolaringología el diagnóstico y tratamiento del paciente portador de una Forunculosis nasal.

Se recomienda para el tratamiento de la forunculosis, entre los antibióticos de primera línea, la clindamicina (14) y de segunda línea Trimetropim-sulfametoxazol TMP-SX y la doxiclina, los cuales deben ser administrados por lo menos durante una semana. La descontaminación está dirigida al ambiente del paciente: se indica el lavado de las manos y el cuerpo con jabón de clorhexidina al 4%, el control de casos de forunculosis intrafamiliar y el lavado de la ropa personal y de cama contaminada. La descolonización consiste en la erradicación del *S.aureus*. Se propone el uso de la combinación de la desinfección de la piel por medio de clorehidina por 21 días, un antibiótico local nasal como la crema de mupirocina por cinco días, y clindamicina oral 1 800–2 400mg por 21 días. Además también existe la termoterapia por medio de hipertermia local inducida mediante el uso de compresas calientes que promueven la maduración, el drenaje y la resolución de los furúnculos simples. (1)

Otros autores consideran que el calor y las compresas calientes favorecen el drenaje de la lesión. Los forúnculos grandes y los casos con carbunculosis suelen necesitar el drenaje quirúrgico. Cuando se acompañan de celulitis y fiebre o en pacientes inmunodeprimidos, está indicada la administración de antimicrobianos orales con cobertura sobre *S.aureus*. Además recomiendan el uso de:

- Cefalexina: vía oral 500 mg cada 6-8h (100mg/kg/día cada 6h) por vía oral.
- Amoxicilina con ácido clavulánico: 40 mg/kg/día cada 8 horas por vía oral.
- Clindamicina: vía oral a 30mg/kg/día cada 8 horas.

Se resalta que ante el primer episodio de forunculosis y en presentaciones clínicas no extensas, la cefalexina, es

el antibiótico de elección. Como tratamiento alternativo, puede utilizarse amoxicilina con ácido clavulánico. En aquellas formas recurrentes, rebeldes al tratamiento, extensas o que no respondan al tratamiento con cefalexina, se recomienda realizar una toma de muestra de la lesión y se indicara tratamiento con clindamicina hasta obtener el resultado de los cultivos. Siempre se debe recordar adecuar el esquema antibiótico al obtener a las 48 horas la identificación del microorganismo y el resultado del antibiograma. La prevención incluye medidas de higiene general.(15)

Generalmente se recomienda el uso de una terapia empírica hasta tener el cultivo de las secreciones y el resultado del antibiograma, pues se demuestra que no solo el *S.aureus* es el responsable etiológico de la enfermedad, existiendo incluso cepas de este mismo grupo resistentes a la meticilina.(5)

En este estudio el antimicrobiano más utilizado fue la ceftriaxona, seguido de la cefotaxima, tanto en el servicio de ORL como en Terapia, ambos son fármacos de amplio espectro y se utilizan con buenos resultados en las afecciones de la piel.(16,17) Con ellos hubo mejoría de la enfermedad, en los casos en que se utilizaron solos o combinados con aminoglucósidos o metronidazol.(11,14,15) Los casos que se trasladaron, sin tratamiento previo, desde el Cuerpo de Guardia directo a la sala de atención al grave, se evaluaron clínicamente por el especialista en ORL, quien propuso la conducta a seguir más apropiada.

El tratamiento de los abscesos nasales debe ser agresivo para evitar la aparición de complicaciones graves. Los investigadores coinciden al sugerir tratamiento con

cloxacilina a dosis de 2g cada 6h por vía endovenosa, metronidazol 500mg cada 6h por vía endovenosa y ciprofloxacino 750mg cada 12h por vía oral. Posteriormente, según los resultados del cultivo microbiológico se puede requerir mantener el tratamiento antimicrobiano durante dos semanas, si se demuestra *S.aureus* sensible a la meticilina, se ajusta el tratamiento con amoxicilina más ácido clavulánico a dosis de 1gr cada 8h por vía endovenosa. (7,12)

En este estudio el tratamiento que se inició fue empírico, ya que no se recogió en la historia clínica el resultado de cultivo de secreciones, observándose que la mayoría de los antimicrobianos usados fueron los beta-lactámicos, considerados los más adecuados para esta enfermedad si no hay resistencia antimicrobiana demostrada, (18) como en estos casos, por la evolución favorable de los pacientes tratados.

Los pacientes con mejoría clínica y con una estadía adecuada según las normas e indicadores del servicio de Terapia se trasladaron al servicio de ORL para completar su tratamiento, no se reportaron complicaciones ni fallecidos.

CONCLUSIONES

En este trabajo se establece que la forunculosis nasal es una enfermedad predominante en el adulto joven, del sexo masculino, con un aumento de volumen de la punta nasal como característica clínica principal y además la cefalea, como síntoma clínico se considera un criterio de ingreso en Terapia, la ceftriaxona fue antimicrobiano más utilizado para el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez JC. Revisión bibliográfica: Forunculosis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet].* 2013; LXX (608): 569 - 571. [citado 12 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art2.pdf>
2. Salazar K.. Situación epidemiológica de la forunculosis en las poblaciones de Iroquois, Mercedes, La Argentina, Milano y Tierra Grande del Cantón de Guácimo y Siquirres de Limón, Costa Rica. *DermatolRevMex [Internet].* 2013; 57:438-445. .[citado 12 Ago 2015]. Disponible en: http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/pdf/dermatologia/2013/nov-dic_2013/art.original_situacion_epidemiologica_forunculosis.pdf
3. González M, Pascualb DB, SevilPurasc M, AspirozSanchoa C. Furunculosis recurrente familiar producida por un clon comunitario de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) multirresistente productor de leucocidina de Panton Valentine (LPV) *Cartas científicas / EnfermInfeccMicrobiolClin. [Internet].* 2015; 33(7):495-501. .[citado 15 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-furunculosis-recurrente-familiar-producida-por-90435514>
4. Calderón ME, Camacho M. Trombosis del seno cavernoso. *Gac Med Bol 32 (.2) Cochabamba [Internet].* 2012 [citado 12 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-9662009000200009&script=sci_arttext
5. Vila Mas At, Puig Sanz L. Folliculitis y forunculosis. *Clínica y tratamiento. Farmacia Profesional. [Internet]* 2003; 17:78-81 [actualizado 23 Ago 2014; citado 12 Marzo 2015]. Disponible en: <http://www.elsevierciencia.com/es/revista/farmacia-profesional-3/articulo/folliculitis-forunculosis-clinica-tratamiento-13042393>
6. Ramos J. Forunculosis experiencias en su tratamiento. [actualizado 11 Jun 2012; citado 12 Mar 2016]. Disponible en: <http://revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/Dermatologia/2013/Noviembre-Diciembre/SituacionEpidemiologica.pdf>
7. Yoshiko M, Wataru H, Kiyohito T, Isamu N. Forunculo *Journal of Dermatology* 2013; 38: 1167-1171.
8. Clínica Carrero, Centro OTL. Forúnculo nasal. © ClínicaCarrero 2014[Internet] [actualizado 23 Ago 2014; citado 12 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.clinicajuancarrero.net/index.php?option=com_content&task=category§ionid=1&id=10&

temid=6

9. Ibler S, Kromann B. Recurrent furunculosis – challenges and management: a review. *ClinCosmetInvestigDermatol*. [Internet] 2014; 7: 59–64. [citado 8 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3934592/>
10. Peláez L, Quintero W, Del Valle M, Linares E. Abordaje terapéutico en las forunculosis recidivantes. *Consulta de Inmunología. Pinar del Río: Rev Ciencias Médicas* [Internet] 2011; 15:3.[citado 9 Sep 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156131942011000300024&script=sci_arttext
11. Darias C, Guerra M, Tambasco M. Piodermitis. Comportamiento en el servicio provincial de dermatología del Hospital Universitario Faustino Pérez Hernández. Matanzas. *RevMedElectron*. 2013; 35.
12. Ramos J. Forunculosis experiencias en su tratamiento. [Internet] [actualizado 11 Jun 2012; citado 12 Mar 2016]. Disponible en: <http://revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/Dermatologia/2013/Noviembre-Diciembre/SituacionEpidemiologica.pdf>
13. Morales-Angulo C, Acle-Cervera L, Armiñanzas-Castillo C, Obeso-Agüera S. Absceso profundo de punta nasal. *RevSocOtorrinolaringol*. [Internet] La Rioja. 2013;4 (12): 106-110. Disponible en: www.revistaorl.com
14. Dahle KW, Sontheimer RD. The Rudolph sign of nasal vestibular furunculosis: questions raised by this common but under-recognized nasal. *Dermatol Online J*. [Internet]. 2012; 15; 18(3):6. [citado 12 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22483517>
15. Cunha BA. *Antibiotic essentials. Physicians´Press*. [Internet]. 2007. [actualizado 23 Ago 2014; citado 12 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/guia/viewApartado_pdf.asp?idApartado=63
16. Moyanoc M. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*. [Internet] 2014; 112(1): 96-102. citado 12 Mar 2015]. Disponible en: <http://sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/InfeccionesPielpartesBlandasPediatría.pdf>
17. Carvajal Z. Antimicrobianos en tejidos blandos. *Rev. Soc. Ven. Microbiol*. v.22 n.2. Caracas 2014:p.15-22.
18. Pérez N, Felipe R. Utilización de antibióticos en pacientes atendidos por forunculosis. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet] 2010; 16 (2). [actualizado 22 jul 2012; citado 12 Marzo 2015]. Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol16_2_10/hab13210.html.

Clinical, epidemiological and therapeutic characterization of patients admitted for nasal boil in intermediate-intensive care

SUMMARY

Objective: To characterize clinically, epidemiologically and therapeutically patients with criteria for admission for nasal boil infection in the Intermediate-Intensive Care Unit of the “Saturnino Lora” Provincial Hospital.

Methods: A descriptive and retrospective study was conducted, including a population of 65 patients admitted in the “Saturnino Lora” Provincial Hospital of Santiago de Cuba, with a diagnosis of nasal boil . The sample covered 27 cases that received medical assistance from January 2010 to December 2014 in the Intensive Care Units or Intermediate of this Hospital.

Results: Of the admitted patients with the diagnosis of nasal boil, 41.53% entered the therapy service. There was a predominance of cases in young adult males (66.67%), and young adults were the most affected group. The onset of symptoms prior to admission to the Otorhinolaryngology service was between 1-3 days; The predominant symptom was increased nasal tip volume; a high percentage (74.07%) of the sample had a stay of less than 12 hours in this service and were transferred to therapy; the most commonly used antimicrobial agent was ceftriaxone.

Conclusions: In this study, nasal boil predominates in the young adult male, with an increase in nasal tip volume as the main clinical feature. The clinical symptom for the criterion of entry into the therapy service was cephalgia and ceftriaxone was the most used antimicrobial.

Key words: folliculitis, boil, *Staphylococcus Aurous*.

Dirección para la correspondencia: Dr. Yordany Paez Candelaria. 1ra No. 43 altos e/ San Miguel y Blanca. Reparto Portuondo. Santiago de Cuba.

Correo electrónico: ypaezc@ucilora.scu.sld.cu