

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

¿Son las celulitis palpebrales preseptales siempre banales?

Is preseptal cellulitis of the eyelid always a trivial disease?

Santiago Ortiz-Pérez*, Marta Latasiewicz, Cristina Castellá y Estrella Fernández

Unidad de Oculoplástica, Vía Lagrimal y Órbita, Institut Clínic d'Oftalmologia (ICOF), Hospital Clínic i Provincial, Barcelona, España

Caso clínico

Varón de 56 años de edad, con antecedentes de hepatopatía crónica por virus de la hepatitis B y enolismo, en estado de cirrosis hepática. Acudió a urgencias de oftalmología de nuestro centro con una laceración en el párpado superior izquierdo tras una caída accidental. A la exploración se apreciaba una herida palpebral superficial, con edema acompañante y otros signos flogóticos locales que indicaban sobreinfección. La exploración clínica y la analítica indicaban celulitis preseptal palpebral.

Evolución

Se obtuvieron muestras del exudado de la herida y se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8 h por vía oral, y sintomático con AINE. A los 2 días el paciente acudió con empeoramiento clínico. Se constató un aumento importante del edema periorcular, necrosis cutánea y afectación de planos profundos. La tomografía computarizada (fig. 1) confirmó el edema periorbitario sin afectación intraorbitaria. Ante la sospecha de fascitis necrosante palpebral se decidió desbridamiento quirúrgico con eliminación de los restos de tejido desvitalizado (fig. 2). Se realizó ingreso para control estricto sistémico y tratamiento antibiótico intravenoso (amoxicilina/clavulánico 1.000/200 mg cada 8 h y clindamicina 600 mg cada 8 h). El resultado del cultivo fue positivo para *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. La evolución fue favorable, con disminución del edema y cierre del defecto cutáneo por segunda intención. El paciente fue dado de alta a la semana para seguir tratamiento antibiótico oral (amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8 h) y controles ambulatorios. Seis meses después el proceso infeccioso había remitido por completo (fig. 3). La funcionalidad palpebral y visual no experimentó ningún tipo de afectación.

Diagnóstico: Fascitis necrosante periorcular.

Comentario

La fascitis necrosante (FN) es una infección rara y grave que afecta inicialmente al tejido celular subcutáneo. Es muy rara en la cara debido a la rica vascularización de esta zona¹. En algunos casos puede extenderse a planos más profundos, e incluso producir diseminación sistémica y la muerte del paciente. La FN se clasifica según los microorganismos aislados en 2 tipos. La FN tipo 1 es una infección polimicrobiana en la que pueden aislarse gérmenes anaerobios, bacilos gramnegativos y enterococos. La FN tipo 2 está causada por *S. pyogenes*, a veces en asociación con *S. aureus*^{1,2}. La mortalidad de la FN es variable, llegando incluso al 30–35% según las series. En los casos de FN periorcular se ha estimado una mortalidad de aproximadamente el 15%². Este cuadro se observa preferentemente en pacientes con afectación del estado general por enfermedades concomitantes que comprometen el estado inmunológico, como diabéticos o alcohólicos, pacientes con neoplasias o en tratamientos inmunosupresores². En la mayoría de los casos se describe una puerta de entrada, como heridas accidentales, cirugía, picaduras de insecto o extensión de infecciones



Figura 1. Tomografía computarizada craneal y orbitaria. Se observa el importante edema periorcular izquierdo con relativa preservación de las estructuras intraorbitarias.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: san.ortiz@gmail.com (S. Ortiz-Pérez).

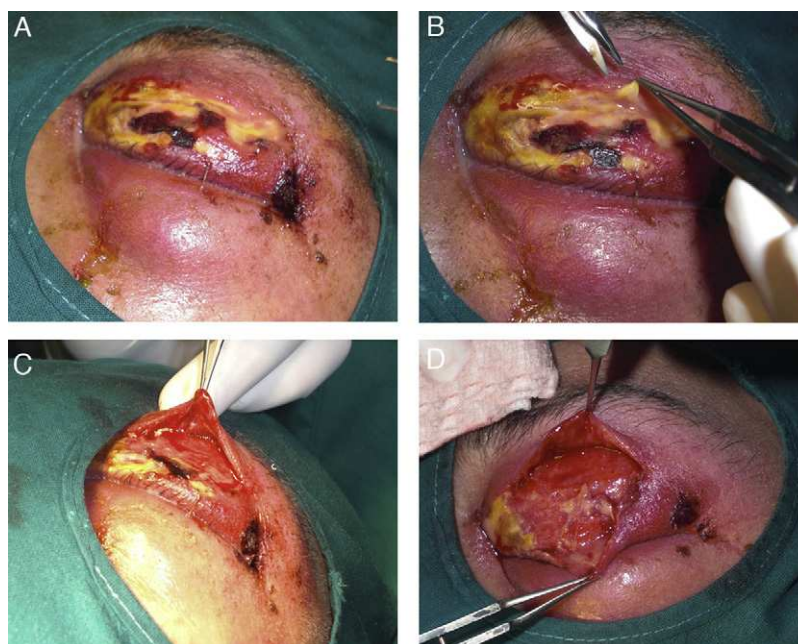


Figura 2. A) Inflamación y necrosis de la piel y de los tejidos subcutáneos características de la fascitis necrosante. B) Es importante realizar un desbridamiento quirúrgico para retirar el tejido desvitalizado. C) Se observa la afectación del músculo orbicular bajo la piel. D) Al final de la cirugía se observa un lecho limpio y sangrante que se deja cicatrizar por segunda intención.



Figura 3. A) Seis meses después del proceso el aspecto del párpado es bueno, con buena apertura palpebral y sin secuelas importantes estéticas o funcionales. B) Cicatriz residual visible en mirada inferior.

cercanas²⁻⁵. En las FN tipo 2, como esta, el microorganismo implicado con mayor frecuencia (hasta en el 50% de los casos) es *S. pyogenes*^{6,7}, a veces asociado a otras bacterias, fundamentalmente *S. aureus*³; en otras ocasiones (FN tipo 1) la infección es de tipo polimicrobiano². Ante un paciente con infección periocular, las primeras acciones van encaminadas a descartar afectación intra-orbitaria, ya que esta puede comprometer la función visual y la vida del paciente. Las celulitis preseptales suelen ser cuadros banales que se manejan adecuadamente con tratamiento antibiótico

oral; no obstante, en pacientes con factores de riesgo las infecciones preseptales pueden progresar hacia cuadros necrosantes, que requieren un manejo adecuado y urgente dada su severidad^{2,8-10}. Las FN perioculares requieren generalmente un tratamiento quirúrgico y antibiótico intravenoso urgentes. La cirugía consiste en desbridar los tejidos necróticos, deben realizarla cirujanos oculoplásticos y no debe diferirse, ya que un retraso diagnóstico y de tratamiento puede aumentar la incidencia de morbilidad y mortalidad en estos pacientes^{10,11}.

Bibliografía

1. Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues. *N Engl J Med*. 1996;334:240e5.
2. Lazzeri D, Lazzeri S, Figus M, Tascini C, Bocci G, Colizzi L, et al. Periorbital necrotizing fasciitis. *Br J Ophthalmol*. 2010;94:1577-85.
3. Shindo ML, Nalbone VP, Dougherty WR. Necrotizing fasciitis of the face. *Laryngoscope*. 1997;107:1071-9.
4. Ray AM, Bressler K, Davis RE, Gallo JF, Patete ML. Cervicofacial necrotizing fasciitis. A devastating complication of blepharoplasty. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997;123:633-6.
5. Hirschbein MJ, LaBorwit SE, Karesh JW. Streptococcal necrotizing fasciitis complicating a conjunctival dacryocystorhinostomy. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 1998;14:281-5.
6. Elner VM, Dermici H, Nerard JA, Hassan AS. Periorbital necrotizing fasciitis with visual loss. Pathogenesis and treatment. *Ophthalmology*. 2006;113:2338-45.
7. Jensen SL, Amato JE, Harstein ME, Breer WA. Bilateral periorbital necrotizing fasciitis. *Arch Dermatol*. 2004;140:664-6.
8. Bilyk JR. Periorbital infection. *Curr Opin Ophthalmol*. 2007;18:414-23.
9. Vairaktaris E, Moschos MM, Vassiliou S, Baltatzis S, Kalimeras E, Avgoustidis D, et al. Orbital cellulitis, orbital subperiosteal and intraorbital abscess: report of three cases and review of the literature. *J Craniomaxillofac Surg*. 2009;37:132-6.
10. Carlisle RT, Fredrick GT. Preseptal and orbital cellulitis. *Hosp Physician*. 2006;42:15-9.
11. Luksich JA, Holds JB, Hartstein ME. Conservative management of necrotizing fasciitis of the eyelids. *Ophthalmology*. 2002;109:2118-22.