

CELULITIS PRESEPTAL

(PRESEPTAL CELLULITE)

* Rebeca Espinoza Sánchez

RESUMEN

La celulitis preseptal es la infección de los tejidos blandos de porción anterior del párpado, la cual está limitada por el septo orbital y no compromete la órbita ni las estructuras oculares. Generalmente es una condición leve que rara vez conlleva a complicaciones serias, se presenta más comúnmente en niños que en adultos

DESCRIPTORES

Patología oftálmico, preseptal, celulitis orbital, trauma e infección.

SUMMARY

Preseptal cellulitis is the infection of the soft tissues of the anterior portion of the eyelid, which is limited by the orbital septum and does not compromise the orbit or ocular structures. It is usually a mild condition that rarely leads to serious complications, it occurs more commonly in children than in adults

KEYWORDS

Ophthalmic pathology, preseptal, orbital cellulitis, trauma and infection.

*Médico General.
Universidad de Costa Rica
(UCR). San José - Costa
Rica

INTRODUCCION

El septo orbital es una membrana delgada, fibrosa que marca el límite entre la extensión anterior de la órbita (párpado superficial) y la órbita. Se extiende desde el periostio hacia el plato tarsal superior e inferior. Actúa como una barrera física evitando la extensión de lesiones, como es el caso de la celulitis preseptal, posteriormente hacia la órbita.

PATOGÉNESIS

La celulitis preseptal inicia por ruptura e inoculación de la piel local, similar a la celulitis en cualquier otra parte del cuerpo. También podría darse por trauma, cuerpos extraños, picaduras de insectos, mordedura

de animales, infección contigua: sinusitis, infección de vías respiratorias superiores, dacriocistitis, impétigo, erisipela y en casos excepcionales por bacteremia primaria en niños pequeños. Los organismos implicados usualmente son el *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* del grupo A y el *Haemophilus influenzae* en menor medida desde que inicio la vacunación universal; también se deben considerar agentes virales, como el herpes zoster, herpes simplex, varicella si hay alguna erupción cutánea asociada. Otros agentes que infrecuentemente se han asociado a esta patología son: especies de *Acinetobacter*, *Nocardia brasiliensis*, *Bacillus anthracis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Proteus*

spp], *Pasteurella multocida*, *Mycobacterium tuberculosis*, and *Trichophyton* spp. Los cuales pueden ser asociados a exposiciones específicas.

PRESENTACION CLINICA

Los pacientes se presentan con dolor ocular, eritema y edema palpebral, pueden referir fiebre ocasionalmente y la conjuntiva usualmente no está comprometida excepto en casos severos donde puede observarse quemosis (edema conjuntival), pero es infrecuente. No se observa proptosis, dolor con los movimientos oculares o restricción en la motilidad.

En el hemograma podría demostrarse leucocitosis, pero no es un marcador sensible de infección. En el caso de los niños que asocian infección de las vías respiratorias, fiebre, dolor localizado y malestar general, seguido de edema palpebral unilateral (compromiso bilateral es infrecuente). También podría haber historia de infección palpebral localizada o trauma con edema que inicia desde un punto identificable. A la examinación el niño puede presentarse con mal estado general y febril. La celulitis preseptal puede ser desde un compromiso localizado leve, con o sin absceso, hasta edema tenso generalizado en los párpados superior e inferior que se continúa hasta la ceja y mejilla impidiendo la examinación ocular.

Causas localizadas como orzuelos, trauma y dacriocistitis son evidentes. Dependiendo del agente involucrado puede cambiar la presentación clínica. En las infecciones por estafilococos hay descarga purulenta, mientras que en la de *Haemophilus* se observa una celulitis no purulenta con una coloración característica azul—violácea del párpado e irritabilidad, fiebre y otitis media. En la infección por estreptococos hay

usualmente un área roja e indurada muy bien demarcada, aumento de temperatura en la zona y dolor marcado. La celulitis preseptal podría verse complicada con meningitis, particularmente si el agente implicado es el *Haemophilus influenzae* tipo B.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la celulitis preseptal se basa en la historia clínica y el examen físico, en casos de duda se podría utilizar la tomografía computarizada de las orbitas y senos para distinguirla de otros procesos como la celulitis orbital. La realización de hemocultivos se puede dar en pacientes que presenten fiebre o que se sospeche celulitis orbital; sin embargo su realización en esta patología no se debe realizar rutinariamente.

Imágenes radiológicas La tomografía computarizada con contraste de orbitas y senos es de gran ayuda para distinguir entre la celulitis preseptal y la celulitis orbital. En la celulitis preseptal se observa edema palpebral y en algunas ocasiones sinusitis, sin embargo no se debe observar proptosis, compromiso inflamatorio de la grasa orbital ni edema de los músculos extraoculares. Los estudios con imágenes están indicados si algún signo clínico da la mínima sospecha de celulitis orbital sobre la celulitis preseptal. También están indicados en pacientes con celulitis preseptal que presentan edema palpebral marcado, fiebre, y leucocitosis, o cuya infección no mejore después de 24 a 48 horas de tratamiento antibiótico administrado adecuadamente.

Diagnóstico diferencial El principal diagnóstico diferencial es la celulitis orbital, ya que ambas causan dolor ocular, edema

y eritema palpebral. Pueden ser diferenciadas debido a que la celulitis orbital clínicamente presenta oftalmoplegia, dolor con los movimientos oculares, proptosis y en algunos casos diplopia, y también se puede diferenciar por estudios con imágenes al observar signos radiológicos de inflamación o colecciones; es importante distinguirlas ya que la celulitis orbital puede conllevar a pérdida visual y hasta a muerte. Otros diagnósticos diferenciales son picadura de insecto, reacciones alérgicas, hordeolum (orzuelo) y conjuntivitis.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la celulitis preseptal es empírico, conociendo los agentes patógenos usuales y sus patrones de susceptibilidad, ya que infrecuentemente se obtienen hemocultivos positivos y los cultivos en el sitio de infección son difíciles de obtener. Los niños mayores de un año y adultos que presenten celulitis leve y no tengan signos de compromiso sistémico pueden manejarse de manera ambulatoria con antibióticos orales y seguimiento cercano.

Los niños pequeños, que no cooperan con la exploración, los pacientes severamente enfermos o que no muestren mejoría con el tratamiento en las primeras 24-48 horas deben hospitalizarse y manejarse como una celulitis orbital. La duración se extiende generalmente de 7 a 10 días, pero debe continuarse si aun después de este periodo continua el eritema o edema, hasta que resuelva.

A continuación se exponen diferentes regímenes orales e intravenosos (IV):

- Cefalexina: En menores de 15 años 25 a 50 mg/kg/día cada 6 a 12

horas, dosis máxima 500 mg/dosis. En adultos 500mg cada 12 horas.

- Clindamicina: en niños 30 a 40 mg/kg/día en 3 o 4 dosis, sin exceder 1,8 g por día. En adultos 300 mg cada 8 horas.
- Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX): en niños 8 a 12 mg/kg por día cada 12 horas del componente TMP. en adultos 8 mg/kg por día cada 8 a 12 horas del componente TMP (una tableta de fuerza doble contiene 160 mg de TMP). El TMP-SMX puede darse una tableta de fuerza doble cada 8 horas o dos tabletas de fuerza doble cada 12 horas dependiendo del peso, más uno de los siguientes:
 - a) Amoxicilina: en niños 45 mg/kg/día cada 12 horas, en infecciones severas o cuando se considera como agente el *Streptococcus pneumoniae* penicilino resistente la dosis es 80 a 100 mg/kg/día cada 8 horas. En adultos la dosis es 875 mg cada 12 horas; o
 - b) Amoxicilina-ácido clavulánico: en niños 45 mg/kg/día cada 12 horas, si se considera como agente el *Streptococcus pneumoniae* penicilino resistente la dosis es 90 mg/kg/día cada 12 horas (usando la suspensión 600mg/5mL). En adultos la dosis es 875 mg cada 12 horas; o
 - c) Cefpodoxime: en niños menores de 12 años 10 mg/kg/día cada 12 horas, dosis máxima 200 mg; en mayores de 12 años y

- adultos la dosis es 400 mg cada 12 horas; o
- d) Cefdinir: en niños 7 mg/kg dos veces al día, dosis máxima diaria 600 mg, en adultos 300 mg dos veces al día.
- Cefuroxime 100–150 mg/kg por día
 - IV: Ampicilina 50–100 mg/kg por día o cloranfenicol 75–100 mg/kg por día cada 6 horas.

BIBLIOGRAFIA

- Drug Monographs. Accesado el 7 de abril del 2016 en <http://accessmedicine.mhmedical.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/drugs.aspx?gbosID=130980#monoNumber=130980§ionID=120839009&tab=tab0>.
- Durand, M (2015) Periocular infections En: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Elsevier, 8va e. Pp 1432-1438.e2
- Gappy, C, Archer, S.M (2015) Preseptal cellulitis En: Uptodate Calderwood , S.B, Trobe, J, Edwards, M, Bloom, A (Eds) Accesado el 07 de marzo del 2016 en http://www.uptodate.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/contents/preseptalcellulitis?source=search_result&search=preseptal+celulitis&selectedTitle=1~22.
- Greenberg R.D., Daniel K.J. (2011). Chapter 31. Eye Emergencies. In Stone C, Humphries R.L. (Eds), CURRENT Diagnosis & Treatment Emergency Medicine, 7e. Accesado el 30 de marzo del 2016 from <http://accessmedicine.mhmedical.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/content.aspx?bookid=385&Sectionid>
- Mittiga M.R., Gonzalez del Rey J.A., Ruddy R.M. (2010). Chapter 14. Pediatric Conditions. In Knoop K.J., Stack L.B., Storrow A.B., Thurman R (Eds), The Atlas of Emergency Medicine, 3e. Retrieved April 05, 2016 from <http://accessmedicine.mhmedical.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/content.aspx?bookid=351&Sectionid=39619714>.
- Uddin, J.M, Scawn, R.L (2013) Chapter 13 Preseptal and orbital cellulitis En: Hoyt, C.S, Taylor, D Pediatric Ophthalmology and Strabismus, 4ta e Elsevier Pp 89-99

Recepción: 28 Agosto de 2016

Aprobación: 10 Setiembre de 2016