

Trujillo Juárez Marco A*
Trujillo Mendoza Jorge**

Celulitis gangrenosa en cara: presentación de un caso

Face Gangrenous Cellulitis:
case presentation

Fecha de aceptación: junio 2012

Resumen

INTRODUCCIÓN. La celulitis es una entidad frecuente que se manifiesta en diversas variedades y con múltiples microorganismos involucrados; afecta en forma diferente a personas inmunocompetentes y a quienes cursan con entidades que comprometen su sistema inmune, así como a quienes están bajo esquemas de fármacos inmunosupresores como los esteroides.

Paciente masculino en la octava década de la vida con diagnóstico previo de 2 años de evolución de polimiositis tipo I y bajo tratamiento con azatioprina y prednisona, ambas a dosis de 50 mg/día durante los últimos 12 meses. Presenta datos clínicos con 48 horas de evolución: fiebre, ataque al estado general, celulitis en cara crepitante, así como en cuello y tórax cara anterior, tendencia hemorrágica y daño renal. Hemocultivos positivos a *S. aureus*.

ANÁLISIS. La inmunosupresión y la edad fueron factores predisponentes singulares, para la presentación de esta patología que suele ser fatal, respondiendo a vancomicina y clindamicina con resolución total en 21 días.

Palabras clave. *Celulitis, Gangrena en cara, Infección de tejidos blandos.*

Abstract

INTRODUCTION. Cellulites is a common disorder where there are so many different varieties and microorganism involved from those that occur in immunocompetent people or in those with compromise of their immune system or under schemes of immunosuppressive drugs.

Patient was a man in 8th decade of life with two years previous diagnosis of polymiositis type I, under treatment with azathioprine and prednisone p.o 50mg daily both drugs during the past 12 months. Clinical data with presentation of 48 hours of evolution characterized by fever until 39 grade Celsius, general attack, crackling cellulitis of the face, neck and anterior chest, hemorrhagic tendency of kidney. Positive blood-cultures with *S. aureus*.

Patient was treated with vancomycin and clindamycin. Total resolution 21 days after.

Keywords. *Cellulites, Facial gangrenous, Soft tissues infection*

Introducción

El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) en la Unión Americana reportó en el 2003 que la frecuencia de eventos de celulitis fue mayor de un millón de casos y se consideró que el incremento sería mayor, aunque en forma no explosiva debido al envejecimiento poblacional.^{1,2} Las infecciones de tejidos blandos, piel y tejido celular subcutáneo son de

evolución rápida, y es fundamental establecer el agente etiológico involucrado, los datos clínicos pueden orientar hacia el diagnóstico. La celulitis es una afección infecciosa cutánea de diseminación aguda que se extiende a estratos más profundos que la erisipela, afectando el tejido celular subcutáneo.

*Centro Médico ISSEMYM. (Centro de Trabajo). Avenida Baja Velocidad s/n. Metepec, Estado de México. México.

**Universidad Autónoma de Guadalajara, Instituto de Ciencias Biológicas (ICB). Zapopan. Jalisco, México.

Correspondencia: Dr. Marco A Trujillo J

Centro Médico ISSEMYM. (Centro de Trabajo).

Avenida Baja Velocidad s/n. Metepec, Estado de México. México

Teléfono Conmutador y Fax: 52-7222-756300;

Dirección electrónica: mtrucha@yahoo.com.mx

Considerando que las formas graves de celulitis por *Staphylococcus aureus* pueden ser más frecuentes en las personas de edad avanzada ya que esta condición altera el sistema inmunitario, favoreciendo la formación de abscesos, úlceras o necrosis,^{3,4} se presenta el siguiente caso en un paciente senil con una enfermedad concomitante.

Presentación del caso

Paciente de la etnia Otomí, masculino de 78 años de edad, con antecedentes de inmunosupresión por tratamiento de su padecimiento de base, polimiositis tipo I, con azatioprina a dosis de 50 mg/día y prednisona a dosis de 1.5 mg/kg /día, con 8 meses continuos de tratamiento. Inició con cuadro clínico de 48 horas de evolución (fotografía 1) caracterizado por fiebre de hasta 39° C, deformación de la cara en 24 horas y posteriormente cuello, y tronco terciario superior, con tono marrón, de consistencia dura y crepitación en cara anterior de tórax y de predominio mandibular derecho (fotografía 2), secreción purulenta por ambos ojos de color amarillenta y abundante; debido al edema bpalpebral la visión es prácticamente nula en ojo derecho y casi nula en el izquierdo, poco dolor a la presión en cara y tórax, agregándose a su cuadro facial dificultad respiratoria (29X'), melena franca, oliguria menor de 300 ml/24 horas. Laboratorio: Leucocitosis de 23000/mm³, neutrofilia 17,800/mm³, trombocitopenia 60,000/mm³, hemoglobina 9.2 g/dl, granulaciones toxicas, TP 19" (testigo 13"), glucemia central 122 mg/dl, creatinina 1.5 mg/dl, sodio sérico 118 mEq/L, potasio sérico 2.9 mEq/L. Tinción de Gram: cocos Gram positivos en racimos. Cultivo: *Staphylococcus aureus*. Radiografías de cara, cuello y tórax con aire libre subcutáneo, sin evidencia de ruptura pleural.

Fotografía 1

Presencia de deformidad facial por edema severo y zonas de necrosis en párpado derecho.



Fotografía 2

24 horas después de haber iniciado el cuadro de deformidad facial y aumento de necrosis en ambos párpados.



Evolución y Tratamiento: Se inició tratamiento antimicrobiano de amplio espectro incluyendo anaerobios: vancomicina (40 mg/kg/ en dos dosis al día) + penicilina G 250,000 UI/Kg dividida en 6 dosis (cada 4 horas)+ clindamicina (600 mg cada 6 horas por vía IV). La vancomicina se prolongó por 30 días, hasta obtener la resolución clínica y hemocultivos negativos. No requirió apoyo ventilatorio y la evaluación oftalmológica reportó endoftalmitis; se discontinuó el tratamiento de inmunosupresores. Se realizó biopsia y el reporte fue de necrosis y hemorragia de piel y tejido celular subcutáneo, el exudado con abundantes polimorfonucleares. Hemocultivo de ingreso positivo a *Staphylococcus aureus*. Se realizó vigilancia estrecha de la función renal. Después de 3 días de iniciar el tratamiento, el laboratorio reportó leucocitos de 13,800, neutrófilos 78%, monocitos 3%, linfocitos 11 %, plaquetas 85,000 y TP de 15" (13" testigo), glucemia 109 mg/dl, creatinina 1.1 mg/dl, volúmenes urinarios de 24 horas 2,100 c.c.

Discusión

En la celulitis gangrenosa están involucrados una diversidad de agentes infecciosos patógenos y oportunistas en personas inmunocompetentes e inmunocomprometidos. En el caso que nos ocupa, el tratamiento con esteroides y azatioprina fue el factor fundamental, las celulitis severas son polimicrobianas con 66% de predominio de gérmenes aerobios en una proporción de Gram positivos de 2/3.³⁻⁶ Lo habitual es que este tipo de celulitis pueda complicarse con fascitis y requerir cirugía como parte del tratamiento, en esta ocasión no fue necesario y el solo tratamiento con antibioticoterapia fue suficiente, estos datos son los que

hacen de interés la comunicación. Es de hacer notar que no presentó lesiones ampulosas, y a pesar de tener datos de compromiso tóxico, su respuesta fue dramática a la mejoría. La utilización de antibióticos combinados tuvo acción sinérgica, lo que permitió un control más adecuado de la

infección. La afección ocular se recuperó *ad integrum*.

Conflicto de intereses: sin conflicto de interés. El trabajo es presentado con fondos propios de los autores y consentimiento del paciente y de sus familiares.

Referencias

1. Bowler PG, Duerden BI, Armstrong DG. "Wound microbiology and associated approaches to wound management". Clin Infect Dis 2001; 14: 244-269.
2. Almudena Burillo, Antonio Moreno, Carlos Salas. "Diagnostico Microbiológico de la piel y tejidos blandos". SEIMC 2006 : 1-45.
3. Mandell GL, Bennet JE, Dolin R. *Principles and Practice of Infectious Disease*, 4th ed. New York, Churchill Livingstone, 2000: 1037-1065.
4. Swartz MN. "Cellulitis". NEJM 2004; 350: 904-912.
5. www.librovirtual1_54.com 1-4
6. www.update in the management of antibiotics in the superficial infections, of skin and soft parts. Act Med Peru. 2006; 23:32-34.