

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez
Policlínico Universitario California San Miguel del Padrón. La Habana

Varicela complicada con celulitis periorbitaria bilateral

Case report. Varicella complicated by cellulitis periorbitaria bilateral. Presentación de caso

Emilio Vidal Borrás I, Marilín Páez Domínguez II

^IEspecialista Primer Grado en Medicina General Integral. *Master* en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. emividal@infomed.sld.cu ^{II}Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Instructora. marilinpdp@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El virus de la Varicela zoster causa infecciones primarias y recurrentes. Es una enfermedad aguda, generalizada, altamente contagiosa, caracterizada por la aparición de síntomas constitucionales y la presencia de un *rash* específico.

Objetivos: Instruir a los estudiantes y médicos en el caso de una presentación poco frecuente y poco disponible en la literatura mundial, para determinar manifestaciones clínicas de la Varicela zoster, así como los medios diagnósticos empleados en la actualidad, sus complicaciones y tratamiento.

Presentación del caso: Se presentó un preescolar de 4 años de edad, con hallazgos clínicos de Varicela zoster en la región anterior del tórax, se hace una revisión de la presentación clínica de la enfermedad, su evolución y tratamiento.

Conclusiones: La Varicela sigue siendo una enfermedad dermatológica infecciosa, de etiología viral, por lo que requiere diagnóstico y tratamiento oportuno, con vistas a evitar sus complicaciones, por lo que es importante un adecuado diagnóstico.

Palabras clave: varicela, edema, vesículas, celulitis periorbitaria.

ABSTRACT

Introduction: The virus of the chicken pox - zoster causes primary, latent infections and appellants. The primoinfección shows as a result the establishment of a latent infection of for life of the neurons of the spinal sensitive ganglions. Its study has interest v as its frequency, as the possible confusion with other illnesses with similar exanthema, as some complications that can be serious and for cause of embriopatias is possible.

Objective: To instruct the students and doctors in the case of a not very frequent and not very available presentation in the world literature, to determine clinical manifestations of the chicken pox zoster, as well as the diagnostic means used at the present time, their complications and treatment.

Presentation of the case: 4-year-old age student presented a pre to himself, with injuries in the skin in the shape of vesicles, with clinical Chicken pox finds zoster in the previous region of the thorax, at 48 hours edemas are stated in both regions periorbitarias, with presence of vesiculosas injuries and crusts.

Conclusions: The chicken pox constitutes an epidemiologic clinical infectious picture, of viral, slightly frequent etiology its complication and of turning out to be this, they need of diagnosis and oportune treatment.

Key words: varicella, edema, vesicles, cellulitis periorbitaria.

INTRODUCCIÓN

La celulitis orbitaria es una enfermedad que afecta principalmente a los niños y se manifiesta por edema y eritema del párpado y los tejidos circunvecinos, de evolución rápidamente progresiva y que puede desencadenar serias complicaciones oculares y sistémicas. En su gran mayoría, la causa etiológica se detecta en cuadros de sinusitis, o focos externos de infección como picaduras de insectos, traumatismos y enfermedades de etiología viral.¹

La Varicela es una enfermedad vírica sistémica aguda de la infancia, causada por el virus herpes humano de tipo 3, que puede ocasionar como complicación una celulitis orbitaria, debuta con síntomas generales leves y aparece poco después una erupción cutánea en forma de brotes, caracterizada por la presencia de máculas, pápulas, vesículas y costras, extraordinariamente contagiosas, siendo el período de máxima contagiosidad el corto pródromo y las fases iniciales de la erupción. El período de incubación dura de 14 a 16 días y se considera transmisible entre 10 y 21 días a partir de la exposición. Cuando las lesiones finales se cubren con costras, la enfermedad deja de ser contagiosa.

Las epidemias se producen en invierno y principios de la primavera, en ciclos de 3 a 4 años (período necesario para que aparezca un nuevo grupo de personas susceptibles). La susceptibilidad es elevada desde el nacimiento hasta el momento en que se contrae la enfermedad, aunque algunos lactantes pueden tener una inmunidad parcial, probablemente adquirida por vía transplacentaria, que dura hasta los 6 meses de edad.

De 11 a 15 días después de la exposición, pueden aparecer cefalea leve, fiebre moderada y malestar, lo que sucede unas 24 a 36 horas antes de que surja la primera serie de lesiones. El pródromo suele pasar inadvertido en los niños pequeños, es más probable en los niños >10 años de edad y suele ser más grave en los adultos.²

El modo de transmisión ocurre de persona a persona por contacto directo, diseminación de gotitas o transmisión aérea de líquidos de las vesículas, también a través de secreciones de las vías respiratorias de enfermos de Varicela, o del líquido de las vesículas en el caso del Herpes Zoster, así como indirectamente, por objetos recién contaminados por secreciones de las vesículas y las membranas mucosas de las personas infectadas. Las costras de la lesión de la Varicela no son infectantes.³

El diagnóstico clínico de esta enfermedad es el más importante, por lo que el diagnóstico de laboratorio solo se utiliza en caso que ofrezcan dudas o cuando aparecen complicaciones.

En los casos leves, sólo es necesario un tratamiento sintomático. Se pueden aplicar compresas húmedas para controlar el prurito, a veces muy intenso, y para impedir el rascado, que pueden provocar una infección generalizada y cicatrices.

En los casos graves se pueden utilizar antihistamínicos sistémicos o hidroxizina. Debido a la frecuencia de sobreinfección estafilocócica o estreptocócica de las vesículas, los pacientes deben bañarse a menudo con agua y jabón, y mantener la ropa interior limpia; las manos deben permanecer limpias y las uñas cortadas. A menos que se infecten secundariamente, no deben aplicarse antisépticos en las lesiones: la sobreinfección por estafilococos o estreptococos B-hemolíticos se tratan con los antibióticos sistémicos adecuados.^{3,4,5}

Se ha observado que el Aciclovir oral reduce ligeramente la duración y la gravedad de la Varicela si se administra a un huésped inmunocompetente en las primeras 24 horas a partir de la aparición de la erupción. Sin embargo, dada la naturaleza habitualmente benigna de la enfermedad no se recomienda administrarlo de forma sistemática a los niños sanos con Varicela no complicada. Sí debe considerarse su administración oral en personas sanas con riesgo de sufrir una Varicela de gravedad moderada o importante, entre ellas los niños mayores de 12 años, los enfermos con trastornos cutáneos (especialmente eczema) o con enfermedades pulmonares crónicas y en los que reciben tratamiento con salicilatos o corticosteroides en ciclos intermitentes cortos o en aerosol. La dosis es de 80 MG/kg fraccionados en 4 tomas diarias hasta un máximo de 3.200 MG. En los pacientes inmunodeprimidos debe administrarse Aciclovir i.v. en dosis de 1.500 MG/m²/d fraccionados cada 8 horas. Muchos farmacólogos recomiendan una dosis i.v. de 30 MG/kg/d fraccionados cada 8 horas en los niños inmunodeprimidos menores de 1 año. Para atenuar la enfermedad, puede recurrirse a la globulina inmune antizóster.^{6,7}

Objetivo

Instruir a los estudiantes y médicos, en el caso de una presentación poco frecuente y poco disponible en la literatura mundial, para determinar manifestaciones clínicas de la Varicela zoster, así como los medios diagnósticos empleados en la actualidad, sus complicaciones y tratamiento.

Presentación del caso

Preescolar femenino de 4 años de edad, quien asiste a la consulta médica, donde la mamá nos refiere que presenta fiebre de 39^o centígrados y lesiones en piel.

Al examen físico, se observan algunas lesiones en el área del tórax anterior en forma de vesículas en número de 4 a 5, temperatura de 38,5^o centígrados; se realiza el diagnóstico clínico de Varicela y se indica tratamiento sintomático.

Al día siguiente, en la actividad de consulta de terreno, se visita a la paciente donde observamos que presentaba dificultad para abrir ambos ojos, se apreciaron edemas marcados y lesiones vesiculares a ese nivel, así como drenaje parcial en ambos párpados con salida de material francamente purulento por lo se traslada al hospital pediátrico, La resolución completa del cuadro infeccioso se obtuvo en 2 meses. (Figura 1)



Figura 1. Celulitis periorbitaria. Varicela.

Se obtienen varias evidencias analíticas e imagenológicas.

- Hematología.

HB 12.6 g/l; Hcto 0.38 l/l; Leucocitos 24,7 X 10⁹ g/l; Segm 86.6: Linf 7,1; mono 6,3.

Plaquetas 345 X 10⁹ g/l vsg 21mm/h: glicemia 88 mg/dl: TGP 9 u/l; TGO 20 u/l

-TAC cráneo y de órbita derecha e izquierda con contraste en cortes sagitales axilar y coronales y senos para nasales. (Negativo).

Se realiza el diagnóstico mediante el frotis de las vesículas y teñido con giemsa; este demostró ADN vírico por reacción en cadena de polimerasa, células gigantes multinucleadas características de las lesiones del virus de la Varicela.

Se realizaron interconsultas con las especialidades de Oftalmología y Otorrinolaringología.

Especialista en Oftalmología refiere: OD: Edema blando bipalpebral con lesiones costrosas; OI: Edema bipalpebral de consistencia dura, más acentuada. Córneas transparentes, motilidad ocular conservada.

Especialista en Otorrinolaringología refiere: Respiración bucal, amígdalas grado II / III. (Figura 2 y 3)



Figura 2. Varicela complicada.



Figura 3. Celulitis periorbitaria con vesículas y costras.

Se le indicó tratamiento con Rifampicina 5 mg x kg x día, clindamicina 20 mg x Kg x día, Aciclovir 80 mg x kg x día, Aciclovir ungüento oftálmico.

DISCUSIÓN

El presente caso ilustra una entidad clínico-epidemiológica no muy frecuente en pediatría, como es el caso de un paciente con diagnóstico de Varicela, que estableció una complicación como la celulitis periorbitaria bilateral.

La Varicela es una enfermedad infecciosa caracterizada por un exantema vesicular generalizado, eruptiva benigna, que puede presentar repercusiones mayores en inmunocompetentes aproximadamente de 2 a 5%, con una mortalidad de 0,12 a 0,4.³

Dentro de sus propiedades, los viriones morfológicamente idénticos a los del herpes simple, teniendo un diámetro de 180 a 200nm, y el genoma está constituido por ADN de doble tira con un segmento único largo, posee una talla de 125 kpb. Es el genoma menos caracterizado de todos los herpes virus. Se han detectado aproximadamente 30 especies diferentes de proteínas y al menos 5 son glicosiladas.³

Se estima que en los Estados Unidos hay un promedio de 3,8 millones de casos anuales, siendo el grupo de mayor riesgo el de 5 a 9 años. En Francia, hubo en la última década hubo una incidencia anual de 1,0 a 1,35 casos de Varicela por 100 habitantes, siendo 92% en menores de 14 años y 5% en menores de 1 año.⁴ No existen estudios semejantes en nuestro medio.

Es un virus que penetra a través del tracto respiratorio superior, orofaringe y alternativamente en la conjuntiva. La replicación comienza en el sitio de inoculación, posteriormente el virus se disemina por vía sanguínea (primera viremia) y linfática. El virus alcanza el sistema retículoendotelial donde ocurren múltiples ciclos de replicación durante el período de incubación. La viremia primaria es limitada por los mecanismos de defensa específicos e inespecíficos del huésped,

pero en la mayoría de los casos no logran limitar la infección y se produce una segunda viremia más extensa que dura aproximadamente 3 días.

Teniendo en cuenta los estudios epidemiológicos que reporta la literatura médica, aproximadamente en todo el mundo las complicaciones ocurren en 2% a 5%.⁵ Las complicaciones reportadas son muy variadas: cutáneas, respiratorias, neurológicas, hematológicas, renales, miocárdicas, incluso hepáticas, articulares, oftálmicas; (conjuntivitis, ptosis o retracción de los párpados, keratitis, uveítis, neuritis óptica e infección bacteriana que ocasionalmente pueden evolucionar a una panoftalmítis); todo tipo de complicación puede aparecer desde algunos días antes hasta 2 semanas después del inicio del exantema. No son frecuentes estas complicaciones en el transcurso de la Varicela.⁴

Etiopatogénicamente es un virus tipo ADN, que también es el agente causal del Herpes Zoster, por lo que es denominado actualmente virus Varicela zoster (VZ). El virus de 200 milimicras de tamaño, tiene forma icosaédrica, es un virus homogénico.⁶

Desde el punto de vista fisiopatológico, la celulitis periorbitaria es un padecimiento que se presenta a causa de la importante elasticidad de los tejidos circundantes al espacio preseptal, con una rápida acumulación de células inflamatorias y de líquido. El espacio preseptal se encuentra entre la piel del párpado y el tabique orbitario; este se encuentra unido por una banda de tejido conectivo denso a la parte superior e inferior de la órbita. Las características anatómicas de la órbita son determinantes en la aparición de este padecimiento, ya que más de la mitad de esta cavidad comparte en común paredes con los senos paranasales.⁸

Dentro de los estudios que pueden ayudar en el diagnóstico se encuentran: Radiografía de senos paranasales, en la que se observa opacificación de los senos y, con mayor frecuencia, se ve afectado el seno etmoidal, seguido del maxilar, poco frecuente la afección del seno frontal y en muy raras ocasiones el esfenoidal. Respecto a la Tomografía Axial Computarizada (TAC) existen opiniones encontradas respecto a su utilidad y en cuanto al momento en que debe solicitarse: si en todos los casos o sólo en aquellos que impliquen dificultad diagnóstica o sospecha de complicaciones. En la celulitis periorbitaria, se observa aumento de la densidad y engrosamiento a nivel del párpado; en la variedad orbitaria, se aprecia aumento de densidad de la grasa orbitaria, proptosis del globo ocular y, en ocasiones, el desplazamiento, engrosamiento de uno o varios músculos y la opacidad del seno que generalmente da origen al proceso. También es posible determinar la formación de absceso subperióstico o de la órbita con cortes delgados en el plano coronal y axial.⁹

Cabanillas, en su estudio realizado en el Instituto de Salud del Niño, reportó que el grupo etáreo que presentó mayor número de casos es el grupo preescolar, 41 casos (48,23%). Según el tipo de complicación hubo 43 casos (49,4%) con complicaciones sólo respiratorias; 38 casos (44,7%) con complicaciones sólo neurológicas y 5 casos (5,9%) que presentaron tanto complicaciones respiratorias como neurológicas.¹⁰

Medina Godoy y Guarneros, en su estudio, encontraron como causa de la celulitis periorbitaria dos factores de riesgo para haber desarrollado la celulitis periorbitaria, primero, el de la pansinusitis y los antecedentes familiares de diabetes que junto con dos determinaciones mayores de 126 mg/dL de glucosa los llevaron al diagnóstico concomitante de *Diabetes Mellitus*.¹¹

En este caso, se diagnosticó una Varicela complicada con una celulitis periorbitaria bilateral en un preescolar de 4 años, quien consultó por lesiones en piel, en la región anterior del tórax y a las 24 horas presentó edemas en ambas hendiduras palpebrales (Figuras 1, 2 y 3), lo cual se refirió, tuvo una hospitalización durante 27 días y recibió tratamiento con antivirales sistémicos y tópicos, antibioticoterapia; permaneció hemodinámicamente estable durante su estadía hospitalaria.

CONCLUSIONES

Nos ha parecido de interés comunicar este caso clínico; debido a la poca referencia, investigación y análisis de esta complicación, es de importancia el diagnóstico oportuno, especialmente en etapas tempranas, así como sus complicaciones, dado que puede diagnosticarse erróneamente con los restantes exantemas vesículo-pustulosos como erupción variceliforme de Kaposi o molusco contagioso, por lo que el estudio virológico es importante.

La práctica médica en la Atención Primaria tiene un campo tan amplio de acción, que frecuentemente olvidamos que entidades como esta no son exclusivamente consultadas a los oftalmólogos u otorrinolaringólogos, sino que nosotros como especialistas de Medicina General Integral estamos en la obligación de elaborar diagnósticos precisos y dar el tratamiento más adecuado a nuestro alcance como médicos de primer contacto, y enviar al paciente con el especialista que corresponda para evitar complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salcedo M. Inflamación aguda de la órbita. Celulitis Orbitaria. Rev. Mex. Oftalmol. 2009; 73: 95-104.
2. Manual Merck. Tratado de medicina. 11na ed. Cap. 61; 2008.
3. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008, p. 376, v.III.
4. Llop A. Microbiología y parasitología médica. 1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001,t.III.
5. Deguen S, Phong Chau N, Flahault A. Epidemiology of chickenpox in France (1995-1998). Journal of Epidemiology and Community Health. 2000; 52.
6. Cruz M. Tratado de Pediatría. Editorial Ciencias Médicas. 2008, p. 467, v.1.
7. Pediatría/colectivo de autores cubanos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008, p. 15-21.
8. Ambati B, Ambati J, Azar N, Stratton L, Schmidt E. Periorbital and orbital cellulites before and after the advent of Haemophilus influenzae type B vaccination. Ophthalmology. 2000; 107:1450-1453.

9. Herrera I, Saltigeral P, Briones E. Celulitis periorbitaria y orbitaria. Infectología clínica pediátrica. Trillas. 5ta ed. 2000; 648-665.
10. Cabanillas J. Complicaciones Respiratorias y neurológicas de Varicela en el Instituto de Salud del Niño. 2002; 4(2): 15-21.
11. Medina D, Godoy I, Guarneros A. Celulitis periorbitaria: Reporte de un Caso. Rev Cent Dermatol. Pascua. May-Ago 2003; 12(2).

Recibido: 1 de octubre de 2011.
Aprobado 26 de marzo de 2012.