

Celulitis y dermatitis exfoliativa palmar



Belén Morales Franco

Médica adjunta. Máster en Urgencias y Emergencias.
Servicio de Urgencias. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao de Cieza.
Gerencia de Área IX del Servicio Murciano de Salud. Murcia.

Mi paciente es un varón de 27 años, alérgico a los betalactámicos y sin antecedentes médicos ni hábitos tóxicos, que consulta en urgencias por dolor intenso en el brazo izquierdo, relacionado con la picadura de un insecto en los días previos.

En la exploración física, presentaba buen estado general, parámetros vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria, temperatura) en límites normales, y destacaba en la cara posterior del hombro izquierdo una placa eritematosa, sobreelevada, de bordes mal delimitados, con zona central deprimida (fig. 1), no fluctuante, sin supuración ni crepitación, y no se palpaban adenopatías. Se cursó analítica, observando un hemograma normal, y valores de proteína C-reactiva de 2,49 mg/dL y de procalcitonina de 0,31 mg/dL, y una radiografía de tórax, que resultó normal.

Con todo ello, llegamos al diagnóstico de celulitis secundaria a picadura de insecto.

Tras permanecer en observación 12 horas sin empeoramiento clínico ni analítico, se decidió el alta, y se prescribió tratamiento oral con doxiciclina en dosis de 100 mg cada 12 horas y antihistamínico, mupirocina tópica y revisión cada 48 horas en urgencias.

En el seguimiento, observamos mejoría de la celulitis, aunque con aparición de eritema y posterior descamación en bloque en las palmas de las manos, lesiones compatibles con el diagnóstico de dermatitis exfoliativa (fig. 2), que fue mejorando en revisiones posteriores, tras suspender el antibiótico, por



FIGURA 1. Celulitis en el hombro del paciente.

lo que consideramos que fue un posible efecto secundario del tratamiento con doxiciclina, aunque sin poder descartarse que se tratase de un posible cuadro por superantígenos.

La celulitis infecciosa es una de las infecciones más comunes de la piel; se trata de un cuadro agudo,

de origen bacteriano, y afecta a la dermis superficial y profunda. Se caracteriza por ser localizada y mostrar signos de inflamación aguda (dolor, calor local, eritema y tumefacción) y bordes mal delimitados¹⁻³.

Los gérmenes más frecuentes en las celulitis en personas inmunocompetentes son *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* y, en menor proporción, microorganismos gramnegativos^{1,3}.

Entre los múltiples factores de riesgo de padecer celulitis, están presentar antecedentes de alergia, traumatismos, escoriaciones, fisuras, enfermedades asociadas (atopia, diabetes mellitus, micosis...), quemaduras, picaduras de insectos, climas tropicales o secos, o el contacto con agua salada o dulce¹.

Para el diagnóstico, tenemos que tener en cuenta el contexto epidemiológico y la clínica, preguntando al paciente por posibles factores favorecedores, como actividad laboral, excursiones al campo, mordeduras de animales, picaduras de insectos, onicomicosis, etc.

En la celulitis, el paciente manifiesta dolor en la zona afectada, presentando una mácula generalmente eritematosa, de tamaño variable, a veces, acompañada de flictenas, fiebre y escalofríos, con bordes difusos, a diferencia de la erisipela, en que los bordes son netos. La toxicidad sistémica es variable, pudiendo presentar en el hemograma leucocitosis con desviación izquierda¹. En la mayoría de los casos de celulitis no se realizan cultivos para aislar el agente infeccioso, por lo que el diagnóstico se establece, principalmente, a través de la historia clínica y el

examen físico, realizando tratamiento empírico³.

En el diagnóstico diferencial, hay que considerar contusiones, urticaria, dermatitis, carbunco cutáneo, piodermia gangrenosa, gota, fascitis necrosante, mionecrosis anaeróbica, trombosis venosa profunda, carcinomas erisipeloides, enfermedad de Kawasaki, o síndrome Sweet, entre otros¹.

En cuanto a su tratamiento, la Sociedad Estadounidense de Enfermedades Infecciosas en 2014, en sus guías para infecciones de tejidos blandos, clasifica las enfermedades infecciosas de la piel en purulentas y no purulentas, y las no purulentas, en leves, moderadas y graves, usando como parámetros de gravedad los signos sistémicos de infección, que definen como temperatura mayor de 38 °C o menor de 36 °C, frecuencia cardíaca superior a 90 l.p.m., frecuencia respiratoria mayor de 20 r.p.m., presión parcial de dióxido de carbono (pCO₂) menor de 32 mm Hg, y leucocitos por encima de 12 000 células/μL o por debajo de 4000 células /μL. Consideran que las celulitis no purulentas sin signos sistémicos de infección pueden tratarse con antibióticos con efecto contra *Streptococcus pyogenes* en monoterapia por vía oral, recomendando penicilinas, cefalosporinas, doxiciclina o clindamicina (en caso de alergia a la penicilina)⁴.

El uso parenteral estaría restringido a pacientes que presentan factores de riesgo como diabetes mellitus descompensada, que no toleran la vía oral, o que tienen complicaciones. El tiempo de duración



FIGURA 2. Lesiones de las manos del paciente durante el tratamiento con doxiciclina.

del tratamiento de estas infecciones superficiales varía entre 7 y 14 días⁵.

El amplio uso en dermatología de la doxiciclina obliga al médico de urgencias y al dermatólogo a estar familiarizados con este fármaco. Fue autorizada por primera vez por la FDA (la agencia del medicamento de los Estados Unidos) en 1967⁶. Es un bacteriostático, es decir, impide el crecimiento y la reproducción de las bacterias, inhibiendo la síntesis de proteínas en los ribosomas. Se absorbe hasta en un 95 % en el duodeno, el 82-93 % va unida a proteínas, su semivida es de 12-25 horas, su distribución en el organismo se centra principalmente en los órganos con actividad excretora, como el hígado, el riñón o el tracto digestivo, y su excreción se realiza, fundamentalmente, a través de la orina (33-60 %) y las heces (40-65 %)⁷.

Los efectos adversos más frecuentes de las tetraciclinas son las molestias gastrointestinales, como náuseas, diarrea, esofagitis y úlcera esofágica. Este último es el motivo por el cual se recomienda tomar la medicación con abundante agua, junto con las comidas y evitar tumbarse inmediatamente después de haberla tomado. Otras reacciones adversas poco frecuentes pueden ser dermatitis exfoliativa, reacciones exantemáticas en la piel, reacciones de fotosensibilidad, hepatitis y cambios en la coloración dental y del crecimiento óseo⁸.

La dermatitis exfoliativa es un trastorno de la piel poco frecuente, pero que puede ser grave, y que los médicos de familia deben ser capaces de reconocer y tratar adecuadamente. Hay que recordar que puede ser causada por un fármaco, caso en el que el tratamiento debe incluir la interrupción de cualquier medicamento potencialmente causante⁹.

Por otro lado, debemos conocer y saber reconocer los exantemas originados por superantígenos —que son toxinas en su mayor parte de origen bacteriano (estreptococos y estafilococos, sobre todo, que, además, son los agentes más frecuentes de la celulitis infecciosa)—, que se han relacionado etiológicamente con muchas enfermedades con una frecuen-

cia creciente en los últimos años. Los superantígenos se caracterizan por su capacidad de estimular de forma relativamente inespecífica a los linfocitos T y producir una proliferación policlonal de dichas células, dando lugar a una liberación de gran cantidad de citocinas, que serán responsables de las manifestaciones clínicas que aparecen en enfermedades relacionadas, siendo el eritema de palmas y plantas con o sin edema, con descamación en bloque uno de sus hallazgos más frecuentes (junto con otros como afectación mucosa en forma de labios eritematosos, brillantes, a veces, fisurados, y lengua aframbuesada, eritema flexural de predominio perineal, de bordes mal definidos y que tiende a la resolución con una fina descamación, o exantema corporal de características variables)¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrera-Arana V, González-Mendoza J, Iglesias-Quilca D. Actualización en el manejo de antibióticos en las infecciones superficiales de piel y partes blandas. *Acta Med Per.* 2006;23(1):32-4.
2. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermosifiliogr.* 2019;110(2):124-30.
3. Jiménez Rojas LA. Celulitis. *Rev Med Sinergia.* 2017;2(6):6-9.
4. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Patchen Dellinger E, Goldstein EJC, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2014;59(2):10-52.
5. Font B (coord.). Guía de tratamiento antibiótico de las infecciones de piel y tejidos blandos (IPTB) 2009. Sabadell: Corporació Parc Taulí, Hospital de Sabadell; 2009. Disponible en: https://www.tauli.cat/hospital/images/SubSites/ServeiUrgencies/documents/DocumentsAjuda/docajuda_IPTB.pdf
6. Navarro-Triviño FJ, Pérez-López I, Ruiz-Villaverde R. Doxiciclina, ¿antibiótico o antiinflamatorio? Usos más frecuentes en dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(7):561-6.
7. Welling PG, Koch PA, Lau CC, Craig WA. Bioavailability of tetracycline and doxycycline in fasted and nonfasted subjects. *Antimicrob Agents Chemother.* 1977;11(3):462-9.
8. Bonnetblanc JM. Doxycycline. *Ann Dermatol Venereol.* 2002;129(6-7):874-82.
9. Karakayli G, Beckham G, Orengo I, Rosen T. Exfoliative dermatitis. *Am Fam Physician.* 1999;59(3):625-30.
10. Nagore-Enguñadanos E, Sánchez-Motilla JM, Febrer-Bosch MI, Alba-Marí JC, Huerta-González E, Aliaga-Boniche A. Exantemas probablemente mediados por superantígenos. A propósito de dos observaciones. *Actas Dermosifiliogr.* 1999;90(1):31-6.