



Celulitis



▲ 13.1. Placas de eritema caliente en la corva de la pierna acompañadas de fiebre y escalofríos de alrededor de 48 h de evolución.



▲ 13.2. Placas de eritema caliente en la pierna acompañadas de fiebre y escalofríos de alrededor de 48 h de evolución.



▲ 13.3. Placas de eritema caliente en la pierna acompañadas de fiebre y escalofríos de alrededor de 48 h de evolución.



▲ 13.4. Piel tensa y eritematosa con signos flogóticos de inflamación por celulitis.

Infección bacteriana aguda de la piel y el tejido subcutáneo causada casi siempre por estreptococos betahemolíticos del grupo A o *Staphylococcus aureus*. Los estreptococos causan una infección difusa que se extiende rápidamente debido a la acción de las enzimas producidas por las bacterias. La celulitis estafilocócica suele ser más localizada y aparecer en heridas abiertas o en abscesos cutáneos.

Características específicas de la lesión

- La infección es más frecuente en los miembros inferiores, pero también suele aparecer en las mejillas; suele ser unilateral¹.
- La piel está roja, caliente y edematosa, con bordes difusos.
- Las petequias son frecuentes; además, pueden observarse vesículas y ampollas que se rompen, en ocasiones con necrosis de la piel afectada².
- La leucocitosis y la elevación de la velocidad de sedimentación globular y de la proteína C reactiva son comunes.
- Las recurrencias en la misma zona son frecuentes³.
- El pronóstico suele ser favorable tras antibiótico, pero puede complicarse raramente con una infección subcutánea grave necrosante y bacteriemia⁴.

Síntomas de alarma

Fiebre, temblores, taquicardia, cefalea, hipotensión y delirio pueden preceder varias horas a las manifestaciones cutáneas.

La celulitis con rápida propagación de la infección, aumento del dolor, hipotensión, delirio o descamación de la piel, en particular con ampollas y fiebre, sugiere una infección potencialmente mortal⁵. Puede complicarse con una nefritis.

Puntos clave para el diagnóstico diferencial

- Lesión caliente, eritematosa unilateral y difusa.
- El diagnóstico es clínico, aunque en ocasiones es necesaria la realización de un hemocultivo en pacientes inmunodeprimidos.
- Los agentes etiológicos más habituales son *S. pyogenes* y *S. aureus*. Se debe considerar una posible infección provocada por *S. aureus* resistente a la metilicina si hay un brote conocido o si la prevalencia local es alta.
- Se debe descartar la presencia de un absceso.
- Para el diagnóstico microbiológico es preferible realizar un cultivo de biopsia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, Daum R, Fridkin S, Gorwitz R, et al. Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children. *Clin Infect Dis*. 2011; 52: 18.
2. Bisno AL, Stevens DL. Streptococcal infections of skin and soft tissues. *N Engl J Med*. 1996; 334: 240.
3. Dalal A, Eskin-Shwartz M, Mimouni D, Ray S, Days W, Hodak E, et al. Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; CD009758.
4. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermosifiliogr*. 2018 [DOI: 10.1016/j.ad.2018.07.010].
5. Morris A. Cellulitis and erysipelas. *Clin Evid*. 2006; 15: 2.207-2.211.