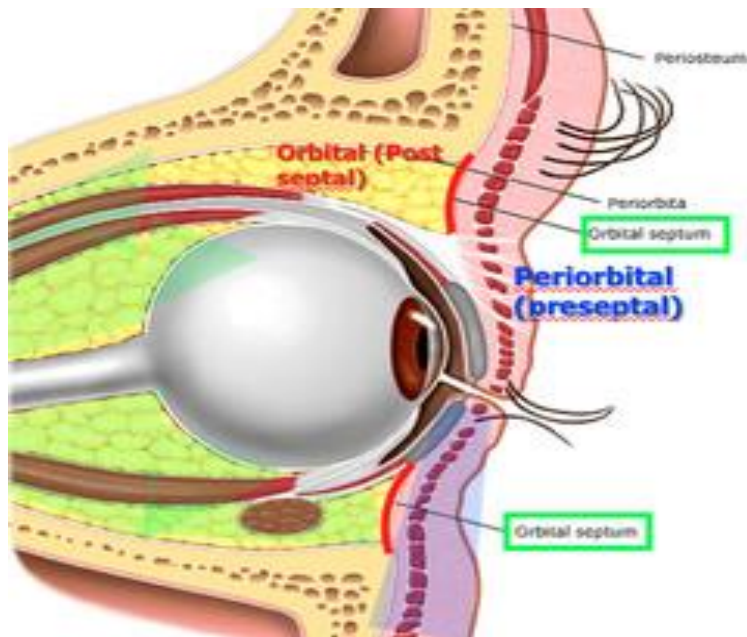


[Celulitis preseptal y orbitaria]



[Módulo INFECCIOSO]

Autores:

Pedro J Alcalá Minagorre y Ana Lorenzo Amat

Fecha de elaboración: febrero 2015.

Fecha de consenso e implementación: febrero 2015.

Fecha prevista de revisión: 3 años (o actualización previa relevante)

Nivel de aplicación: R2

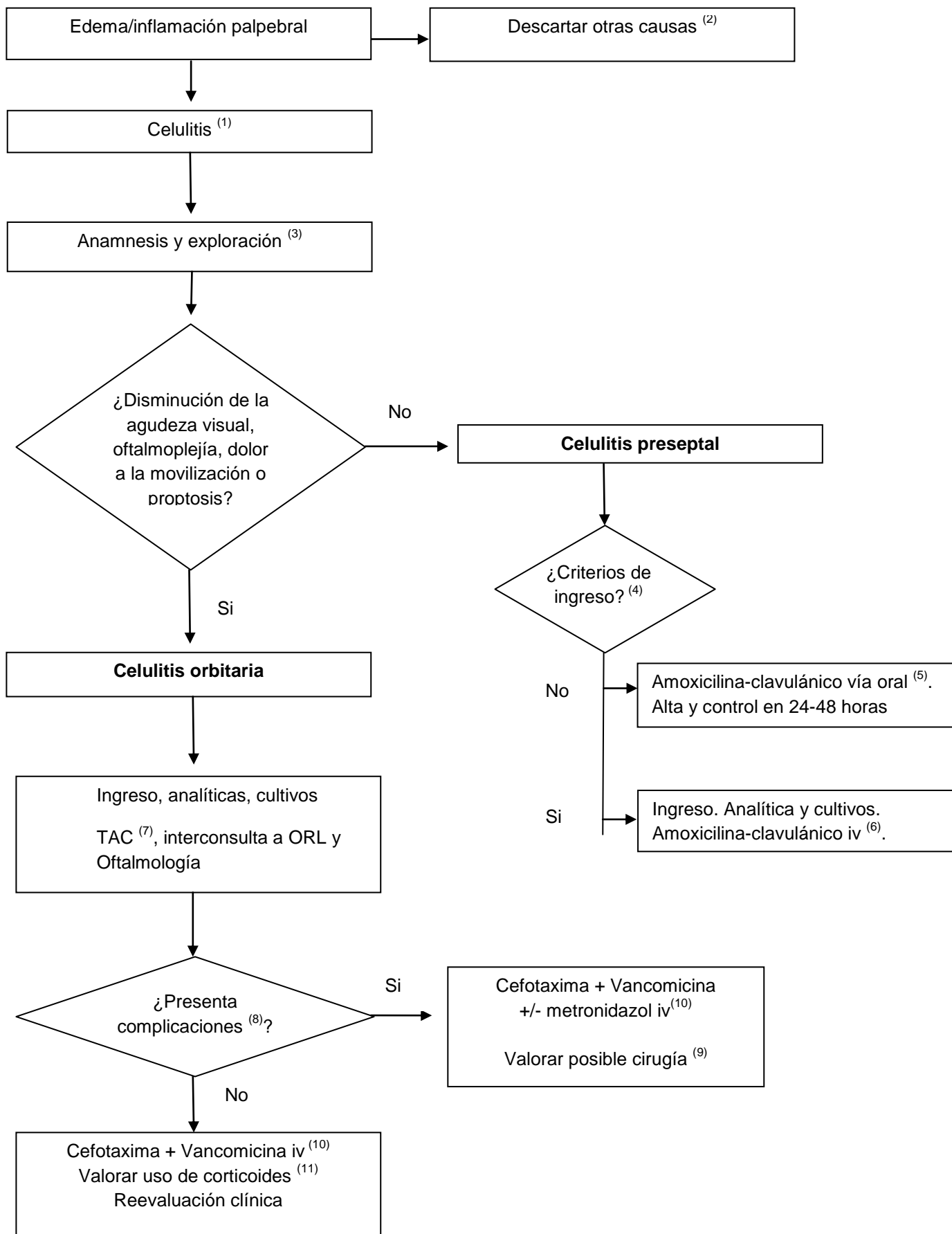
La inflamación unilateral de un párpado supone un motivo de consulta pediátrico relativamente frecuente. Este signo puede ser debido a múltiples causas entre las que se encuentran la celulitis preseptal y la celulitis orbitaria. Es de crucial importancia distinguir ambas entidades puesto que existen grandes diferencias en su manejo clínico y su pronóstico.

La celulitis preseptal (periorbitaria) es la infección de los tejidos blandos de los párpados que no sobrepasa el septum orbitario. Suele deberse a la extensión de una infección de los anejos oculares o de la piel de los párpados (orzuelo, dacrioadenitis, dacriocistitis, celulitis de la piel del párpado a través una puerta de entrada como puede ser picadura de insecto, dermatitis, traumatismo o cirugía periocular). De forma más infrecuente, puede ser secundaria a una bacteriemia. Los gérmenes más frecuentemente implicados son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, y en caso de bacteriemias *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus tipo B*.

La celulitis orbitaria (postseptal) es la infección que afecta al contenido de la órbita que comprende la grasa periorbitaria y la musculatura extraocular. Suele ser secundaria a la extensión de una sinusitis, siendo la más frecuente la sinusitis etmoidal. Los gérmenes más frecuentemente implicados son *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*,

Ambas entidades comparten algunos signos y síntomas clínicos, como son el edema, el eritema y el aumento de calor local del párpado, pero en general se trata de 2 procesos diferentes e independientes. En general, la celulitis preseptal es una infección que no suele ocasionar grandes complicaciones. Por el contrario, la celulitis orbitaria puede conllevar complicaciones graves, como son la pérdida de agudeza visual o la infección del sistema nervioso central.

En el siguiente algoritmo, se explica el protocolo de actuación ante sospecha de celulitis preseptal u orbitaria.



- (1) Sospechar celulitis ante clínica unilateral de edema, eritema y aumento de calor local del párpado.
- (2) Se debe diferenciar y descartar otras causas de edema no infecciosas como son las reacciones alérgicas, el edema secundario de hipoproteïnemia (ambas suelen ser bilaterales), la picadura aislada de un insecto sin sobreinfección, miositis orbitaria o sarcoidosis. Por otro lado, también existen causas no infecciosas de proptosis como son los tumores orbitarios (neuroblastoma o rhabdomyosarcoma), el pseudotumor orbitario, el quiste dermoide periocular, la histiocitosis de Langerhans o la enfermedad de Graves.
- (3) En la anamnesis es importante prestar atención a datos como antecedente de traumatismo o cirugía ocular, patología dental, catarro o sinusitis previa, y preguntar por la vacunación frente a *S. pneumoniae* y *H. influenzae tipo B*. En la exploración física, es imprescindible evaluar la motilidad ocular extrínseca, la presencia de reflejo pupilar, la agudeza visual y los signos meníngeos.

Tabla I. Datos diferenciales de celulitis preseptal y orbitaria

	Preseptal por contigüidad	Preseptal hematológica	Orbitaria
Edema, eritema y aumento de calor local del párpado	Presente	Presente	Presente
Afectación de la motilidad ocular extrínseca	Nunca	Nunca	Posible
Proptosis	Nunca	Nunca	Posible
Disminución de la agudeza visual	Nunca	Nunca	Posible
Dolor a la movilización ocular	Raro	Raro	Frecuente
Fiebre	Infrecuente	Frecuente	Frecuente
Leucocitosis	Infrecuente	Frecuente	Frecuente
Elevación de PCR	Infrecuente	Frecuente	Frecuente

- (4) Criterios de ingreso en caso de celulitis preseptal: menor de 1 año, afectación del estado general, riesgo social, sospecha de origen hematológico, fracaso de antibioterapia oral tras 24-48 horas.
- (5) Amoxicilina-clavulánico 80mg/kg/día durante 7-10 días (Más información en: <http://pediamecum.es/amoxicilina-clavulanico/>).
Si alergia a beta-lactámicos, clindamicina 40mg/kg/día cada 6-8 horas (Más información en: <http://pediamecum.es/clindamicina/>).
- (6) Ingreso. Se solicitará hemograma, bioquímica con PCR, hemocultivo y cultivo si es posible de alguna secreción. Se iniciará tratamiento con amoxicilina-clavulánico intravenoso a 100mg/kg/día. Se podrá pasar a antibioterapia oral si permanece 24 horas afebril y con mejoría clínica.
- (7) Indicaciones del TAC orbitario y craneal con contraste: sospecha de celulitis orbitaria, imposibilidad para la exploración del globo ocular por edema palpebral importante, afectación de la agudeza visual, mala evolución clínica a pesar de

haberse instaurado tratamiento antibiótico correcto durante 24-48 horas, sospecha de complicación intracraneal (meningismo o signos de focalidad neurológica).

(8) Posibles complicaciones de una celulitis orbitaria:

- Absceso subperióstico: complicación más frecuente, casi siempre en la zona medial de la órbita. En niños mayores, predomina la flora mixta polimicrobiana, que requiere con mayor frecuencia el drenaje quirúrgico.
- Absceso orbitario: suelen tener mayor afectación general y mayor proptosis y dolor a la movilización. Casi siempre requieren solución quirúrgica.
- Extensión intraorbitaria/complicaciones intracraneales: afectación del ápex orbitario, meningitis/absceso intracraneal, trombosis séptica del seno cavernoso (sospecha ante proptosis bilateral).

(9) La cirugía debe indicarse si en la pruebas de imagen se observa un absceso orbitario o un absceso subperióstico > 1 cm, si hay afectación de la agudeza visual o si el cuadro empeora a pesar de 24-48 horas de tratamiento antibiótico adecuado.

(10) Tratamiento con cefotaxima 100-150mg/kg/día cada 8 horas (Más información en <http://pediamecum.es/cefotaxima/>) + vancomicina 40-60mg/kg/día cada 6-8 horas (Más información en: <http://pediamecum.es/vancomicina/>).

Si se sospecha extensión intracraneal o participación de anaerobios, se considerará asociar metronidazol 30mg/kg/día iv (Más información en: <http://pediamecum.es/metronidazol/>).

Si alergia a beta-lactámicos, vancomicina 40-60mg/kg/día cada 6-8 horas + clindamicina 40mg/kg/día cada 6-8 horas. La duración del tratamiento debe ser de 2-3 semanas, prolongando hasta 4-6 semanas en el caso de afectación ósea importante de los senos paranasales. El paso de vía intravenosa a vía oral se realizará cuando la fiebre haya desaparecido, los signos inflamatorios locales hayan mejorado y los reactantes de fase aguda estén en descenso.

(11) El papel de los corticoides en la celulitis orbitaria ha sido poco estudiado. Su uso por vía oral como tratamiento adyuvante en pacientes mayores de 10 años ha demostrado eficacia reduciendo el tiempo de sintomatología y acelerando la recuperación de la agudeza visual.

Bibliografía

1. Gimeno Sanchez I, Rojo Conejo P. Celulitis preseptal y orbitaria. *An Pediatr Contin.* 2014;12:284-8.
2. Gappy C, Archer SM, Barza M. Preseptal cellulitis. In: *UpToDate*, Thorne AR (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2014.
3. Gappy C, Archer SM, Barza M. Orbital cellulitis. In: *UpToDate*, Thorne AR (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA, 2014.
4. Ramos Amador JT. Celulitis orbitaria y periorbitaria (v.2/2008). *Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [actualizado el 13/10/2008]*. Disponible en <http://www.guiia-abe.es>
5. Gonzalez Martínez B, Mingo Botín D, Noval Martín S, Velazquez Fragua R. Patología oftalmológica: celulitis preseptal y orbitaria. En: Guerrero Fernández J, Ruiz Dominguez JA, Menéndez Suso JJ, Barrios Tascón A. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría Hospital Infantil La Paz. 5ªed.* Madrid: Publimed; 2009. p. 434-436.
6. García Ascaso MT, Guerrero Fernández J. Edema palpebral y patología oftalmológica asociada. En: García García S, Rubio Sánchez-Tirado M. *Decisiones en Urgencias pediátricas.* Madrid: Ergon; 2011. p. 666-668.
7. Fernández Cooke E, Rojo Conejo P. Celulitis orbitaria y periorbitaria. En: Manrique Martínez I, Saavedra Lozano J, Gómez Campderá JA, Alvarez Calatayud G. *Guía de Tratamiento de las Enfermedades Infecciosas en Urgencias Pediátricas. 3ªed.* Madrid: Drug Farma; 2010. p. 563-569.
8. Fernández Cooke E, Giangaspro Corradi E. Celulitis orbitaria y preseptal. En: Marín Ferrer M, Ordóñez Sáez O, Palacios Cuesta A. *Manual de Urgencias de Pediatría Hospital 12 de Octubre.* Madrid: Ergon; 2011. p. 449-454.
9. Gavela Pérez T, Domínguez Ortega G. Lesiones en la piel y tejidos blandos. En: Domínguez Ortega G, Molina Cabañero JC, De la Torre Espí M. *Manual de Urgencias pediátricas Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.* Madrid: Ergon; 2008. p. 219-222.
10. Martínez Campos L, Albañil Ballesteros R, de la Flor Bru J, Piñeiro Pérez R, Cervera J, Baquero Artigao F y cols. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2013;15:203-18.