

## CASOS PARA DIAGNÓSTICO

### Celulitis glútea de repetición en un varón joven

### Recurrent Buttock Cellulitis in a Young Man

D. Morgado-Carrasco\*, P. Giavedoni y J.M. Mascaró



Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

#### Historia clínica

Un varón sano, heterosexual, de 27 años acudió al servicio de urgencias debido a que presentaba desde hacía una semana, edema difuso a nivel glúteo, fiebre y mal estado general. Además, el paciente había presentado, en el último año, celulitis en dicha localización hasta en 12 oportunidades; motivo por el cual recibió tratamiento antibiótico en múltiples ocasiones. Por otro lado, negaba antecedentes de traumatismo previo o de haber realizado algún tratamiento tópico o intramuscular en dicha región.

A la exploración se observaban placas tensas (de 5 a 10 cm de diámetro), eritematosas, calientes a la palpación, además de nódulos localizados en la región glútea y sacra; por lo que se observaba una marcada asimetría entre ambos glúteos (fig. 1). Así mismo, se podían palpar adenopatías inguinales de aproximadamente 1 a 2,5 cm. En la analítica sanguínea solicitada se objetivaba una leucocitosis con neutrofilia y elevación de la proteína c reactiva (PCR) (13,65 mg/dl). A pesar de intentar pinchar los nódulos, no se pudo obtener ningún material para estudio. El paciente fue ingresado en la unidad de enfermedades infecciosas y se inició tratamiento antibiótico intravenoso empírico con ceftriaxona y clindamicina.

En la TAC pélvica se constató la presencia de un engrosamiento bilateral difuso a nivel de los tejidos blandos tanto

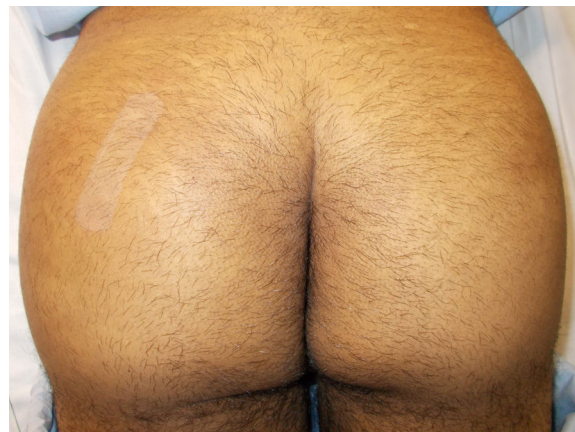


Figura 1

superficiales como profundos, lo que se correspondía con signos radiológicos de celulitis y fascitis. Ambos músculos glúteos mayores mostraban áreas hipodensas, de aproximadamente 6 × 2 × 5 cm, así como signos de miositis (fig. 2). Se realizaron 2 biopsias cutáneas, una de las cuales se envió para estudio histopatológico (fig. 3) y la otra para la realización de un cultivo de microbiología.

#### ¿Cuál es su diagnóstico?

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [morgadodaniel8@gmail.com](mailto:morgadodaniel8@gmail.com)  
(D. Morgado-Carrasco).

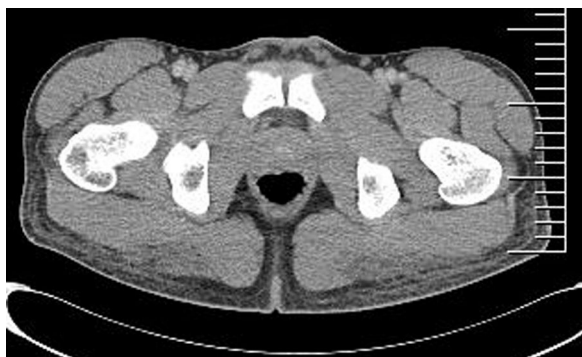


Figura 2

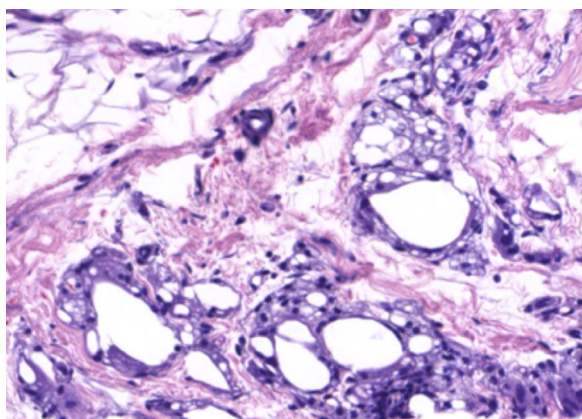


Figura 3 Hematoxilina-eosina,  $\times 200$ .

## Diagnóstico y discusión

El resultado del cultivo de microbiología fue negativo. En el examen histológico se observó tanto a nivel de la dermis como de la hipodermis, la presencia de múltiples áreas quísticas «vacías», que estaban rodeadas por un infiltrado inflamatorio de histiocitos (fig. 3).

Al repetir el interrogatorio, el paciente admitió que 2 años antes, con finalidad estética, había sido sometido, hasta en más de 30 oportunidades, a la realización de infiltraciones con aceite mineral en la región glútea. Un año después comenzó a presentar los síntomas antes descritos. Con esta información se llegó al diagnóstico de reacción granulomatosa a cuerpo extraño y se pautó prednisona 40 mg/día, presentando una respuesta clínica completa. Posteriormente fue dado de alta con prednisona en pauta descendente durante 2 semanas. Debido a que seguía presentando brotes intermitentes se indicó minociclina 100 mg/día, sin obtener ninguna mejoría clínica. Posteriormente, se pautó alopurinol, pero esta medicación fue mal tolerada por el paciente, por lo que se decidió cambiar a hidroxicloroquina 400 mg/día; sin embargo, los brotes persistieron. Desde entonces está realizando pulsos intermitentes de prednisona, con lo cual permanece asintomático.

La popularidad de las sustancias de relleno inyectable ha sufrido un incremento notable. Entre los materiales empleados existe una amplia variedad de productos no autorizados<sup>1,2</sup>. El aceite mineral (vaselina) ha sido utilizado con propósito cosmético para realizar infiltraciones de relleno dérmico permanente. Este material de relleno se ha usado inclusive para aumentar el volumen de la masa muscular<sup>3</sup>, así como el tamaño del pene<sup>2,4</sup>. La «auto-inyección» será la forma de administración más frecuente<sup>3,4</sup>.

Entre los efectos adversos de las infiltraciones con materiales de relleno se incluyen: la oclusión arterial, necrosis de tejidos, embolización, infecciones, reacciones de hipersensibilidad, migración del material inyectado e incluso la muerte<sup>5</sup>. Una complicación frecuente secundaria a la infiltración de aceite mineral será la formación de un lipogranuloma esclerosante o parafinoma, una reacción granulomatosa asociada a una intensa fibrosis<sup>2,4</sup>. La histología con frecuencia recordará la imagen de «queso suizo», debido a la presencia de espacios quísticos que sustituirán el tejido celular subcutáneo normal<sup>5</sup>.

Las complicaciones posteriores a la infiltración de productos químicos líquidos se presentarán en un intervalo de tiempo que puede variar entre meses y años<sup>1</sup>. En relación al tratamiento, la extirpación quirúrgica completa sigue siendo la mejor opción para prevenir las recurrencias<sup>3</sup>; sin embargo, con frecuencia, el realizar una extirpación completa será imposible. Si se sospecha una infección, la utilización de antibióticos macrólidos o tetraciclinas, en parte gracias a su actividad antiinflamatoria, han demostrado buenos resultados<sup>5</sup>. Los corticoides orales o intralesionales se pueden utilizar para disminuir las reacciones inmunes granulomatosas<sup>1,5</sup>. Otras alternativas terapéuticas incluyen el tacrolimus, el etanercept y el alopurinol<sup>1</sup>.

Las reacciones adversas a rellenos pueden tener presentaciones clínicas variables, con latencia prolongada y los individuos pueden negar el procedimiento, por lo que es necesario un alto nivel de sospecha.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Styperek A, Bayers S, Beer M, Beer K. Nonmedical-grade Injections of Permanent Fillers: Medical and Medicolegal Considerations. *J Clin Aesthetic Dermatol*. 2013;6:22-9.
2. Morales-Raya C, Calleja-Algarra A, Tous-Romero F, Rivera-Díaz R. Parafinoma de pene: ¿le hacemos una ecografía? *Actas Dermosifiliogr*. 2017;108:478-80.
3. Laitano FF, Gazzale A, Siqueira EJ, Martins PDE, Oliveira MP. Complications in self-injection of chemicals to increase muscle. *Rev Bras Cir Plást*. 2016;31:136-9.
4. Cohen JL, Keoleian CM, Krull EA. Penile paraffinoma: Self-injection with mineral oil. *J Am Acad Dermatol*. 2002;47 Suppl:S251-3.
5. Sclafani AP, Fagien S. Treatment of injectable soft tissue filler complications. *Dermatol Surg*. 2009;35 Suppl 2: S1672-80.