

CARTAS AL DIRECTOR

Réplica a «Actualización en el abordaje y manejo de celulitis»



Comments on «An Update on the Treatment and Management of Cellulitis»

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el artículo «Actualización en el abordaje y manejo de celulitis» de E. Ortiz-Lazo et al.¹. En este artículo los autores realizan una revisión del manejo de las celulitis infecciosas, atendiendo especialmente a aspectos prácticos de su diagnóstico y tratamiento. Queremos agradecer a los autores por su excelente trabajo y añadir una serie de consideraciones que consideramos importantes en el manejo de esta enfermedad:

La celulitis se caracteriza por el aumento de temperatura, edema, dolor y eritema de la zona afectada, puede tener bordes irregulares y formación de ampollas o pústulas en su superficie. La localización más frecuente es la extremidad inferior. Queremos resaltar la importancia de la exploración física, atendiendo a posibles trayectos linfagénicos y adenopatías locorreregionales. En la práctica clínica puede ser difícil de diferenciar con otros procesos, especialmente la trombosis venosa profunda (TVP). Creemos que es importante valorar la presencia de los factores predisponentes para la celulitis descritos en el artículo, pero también tener en cuenta los factores predisponentes para la TVP, más teniendo en cuenta que el parámetro analítico que se utiliza ante una sospecha de TVP, el dímero D, se encuentra también elevado ante procesos infecciosos como la celulitis. El índice de Wells (tabla 1) es una herramienta validada que permite seleccionar a aquellos pacientes con sospecha moderada o alta de TVP que pueden beneficiarse de una prueba de imagen como una ecografía Doppler². Se estima que el 30% de los pacientes diagnosticados de celulitis tienen una enfermedad alternativa y que la valoración por un dermatólogo mejora la precisión del diagnóstico³. Dado que no existen parámetros clínicos ni analíticos específicos se ha desarrollado el índice ALT-70, pensado para médicos de urgencias y de atención primaria, con un valor predictivo positivo (VPP) del 82% para el diagnóstico de celulitis a partir de 5 puntos³ (tabla 2).

Queremos destacar la importancia de descartar una fascitis necrosante ante un cuadro sugerente de celulitis. La

Tabla 1 Índice de Wells

Variable	Puntuación
Cáncer activo	1
Parálisis o inmovilización reciente de un miembro inferior	1
Encamamiento reciente de más de 3 días o cirugía mayor en los últimos 3 meses	1
Dolor en el trayecto venoso profundo	1
Tumefacción en toda la extremidad inferior	1
Aumento del perímetro de la extremidad afectada > 3 cm	1
Edema con fovea	1
Presencia de circulación venosa colateral superficial	1
Diagnóstico alternativo tan probable o más que la TVP	-2

≥ 3 puntos: probabilidad alta (VPP: 75%); 1-2 puntos: probabilidad intermedia (VPP: 17%); 0 puntos: probabilidad baja (VPP: 3%)

VPP: Valor predictivo positivo.

Fuente: adaptada de Wells et al.².

Tabla 2 Índice ALT-70

Variable	Puntuación
Asimetría	3
Edad ≥ 70 años	2
Leucocitosis ≥ 10000/μL	1
Frecuencia cardíaca ≥ 90 lpm	1

5-7 puntos: Tratar (VPP: 83,3%); 3-4 puntos: Consultar con dermatólogo o infectólogo; 0-2 puntos: Reevaluar (VPP: 83,3%)

VPP: Valor predictivo positivo VP: Valor predictivo negativo

Adaptada de Raff et al.³

escala validada «Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fascitis score» (LRINEC) basada en parámetros analíticos permite ayudar en el diagnóstico de esta entidad. Recientemente Borschitz et al.⁴ han realizado una modificación añadiendo parámetros clínicos que podrían aumentar la sensibilidad y la especificidad de la escala con solo un 7% de falsos positivos si el resultado es 5 o menos (tabla 3).

Otra consideración importante es que la clasificación de Eron para pacientes con infección de piel y tejidos blandos

Tabla 3 Escala LRINEC modificada

	Puntuación
Parámetros analíticos	
<i>Proteína C reactiva</i>	
<i>Leucocitos</i>	
> 150 mg/dl	4
< 15.000/ μ l	0
15.000-25.000/ μ l	1
> 25.000/ μ l	2
<i>Eritrocitos</i>	
< 4 millones/ mm^3	1
<i>Hemoglobina</i>	
> 13,5 g/dl	0
11-13,5 g/dl	1
< 11 g/dl	2
<i>Creatinina</i>	
< 135 mmol/l	2
<i>Fibrinógeno</i>	
> 750 mg/dl	2
Parámetros clínicos	
<i>Dolor</i>	
Leve/ausente	0
Moderado	1
Fuerte	2
<i>Fiebre</i>	
$\leq 37,5^\circ\text{C}$	0
$37,6-37,9^\circ\text{C}$	1
$\geq 38^\circ\text{C}$	2
<i>Taquicardia</i>	
> 100 lpm	1
<i>Fracaso renal agudo</i>	
No	0
Sí	1

≥ 8 puntos: alta sospecha de fascitis necrosante; 6-7 puntos: sospecha media; ≤ 5 puntos: no sospecha.

LRINEC: Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fascitis score. Fuente: adaptada de Borschitz et al.⁴.

utilizada en el artículo se encuentra desactualizada. Esta escala utiliza el modelo antiguo de distinción entre síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y sepsis, cuya validez ha sido refutada. Actualmente el SIRS no se tiene en consideración. La sepsis se define ante la sospecha o confirmación de un proceso infeccioso y una puntuación de 2 o más en la escala SOFA⁵. La presencia de 2 o más puntos en la escala qSOFA (frecuencia respiratoria $> 22/\text{min}$, presión arterial sistólica $< 100\text{ mmHg}$, estado mental alterado) es una herramienta rápida que nos permite sospechar un estado de sepsis en estos pacientes.

Por último, queremos resaltar la importancia de la valoración del linfedema en estos pacientes. El 29% de los pacientes con linfedema desarrollan celulitis en un periodo de un año. Los episodios repetidos de celulitis exacerban el linfedema, aumentando la predisposición a la celulitis y creando así un círculo vicioso⁶. En estos pacientes la exploración física puede ser difícil ya que suelen tener poco o nulo dolor de la zona afectada. La extremidad suele estar aumentada de tamaño y edematosa previamente a la aparición de la celulitis. Las recomendaciones en cuanto al manejo y tratamiento son las mismas que en la población general. Son estos pacientes los que se suelen beneficiar de los tratamientos antibióticos profilácticos descritos en el estudio, ante episodios recurrentes (2 o más al año)⁶. Cabe destacar la importancia de las medidas de rehabilitación en estos pacientes una vez finalizada la infección activa, disminuyendo la morbimortalidad asociada a la celulitis.

Bibliografía

1. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermosifiliogr.* 2019;110:124-30.
2. Wells PS, Owen C, Doucette S, Fergusson D, Tran H. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA.* 2006;295:199-207.
3. Raff AB, Weng QY, Cohen JM, Gunasekera N, Okhovat J-P, Vedak P, et al. A predictive model for diagnosis of lower extremity cellulitis: A cross-sectional study. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76:618.e2-625.e2.
4. Borschitz T, Schlicht S, Siegel E, Hanke E, von Stebut E. Improvement of a clinical score for necrotizing fasciitis: "Pain out of proportion" and high CRP levels aid the diagnosis. *PLoS One.* 2015;10:e0132775.
5. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315:801-10.
6. Grada AA, Phillips TJ. Lymphedema: Diagnostic workup and management. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77:995-1006.

D. Fernández-Nieto*, D. Ortega-Quijano, J. Jiménez-Cauhé y M. Fernández-Guarino

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fnietodiego@gmail.com (D. Fernández-Nieto).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.10.001>
0001-7310/ © 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).