

## Síndrome estafilocócico de la piel escaldada: a propósito de un caso

Antonio David Pérez-Elizondo,\* Gladys Teresa del Pino-Rojas,\*\*  
 Norma Deyanira López-Lara,\*\*\* Lenin Ortiz-Ortega\*\*\*\*

### RESUMEN

Se presenta el caso de un lactante menor con lesiones eritematoampulares de contenido seroso y traslúcido con descamación laminar de elementos escamocostrosos de tinte blanco-amarillento de distribución diseminada, con leve ataque al estado general. El aspecto clínico característico y los exámenes generales de laboratorio nos permiten la orientación diagnóstica y la instauración oportuna del manejo médico, con resultado favorable.

**Palabras clave:** Síndrome estafilocócico, piel escaldada, estafilococo dorado.

### ABSTRACT

We report the case of an infant with ampullary erythematous lesions with serous content, with laminate desquamation of scaly and crusty yellowish elements of widespread distribution, with slight malaise. The characteristic clinical appearance and general laboratory tests guide our diagnosis and timely introduction of medical management, with favorable outcome.

**Key words:** Staphylococcal syndrome, scalded skin, Staphylococcus aureus.

### INTRODUCCIÓN

Descrito originalmente por Ritter von Rittershain en 1878 como «dermatitis exfoliativa neonatal» tras estudiar 297 casos durante un periodo de 10 años, el síndrome estafilocócico de la piel escaldada es una enfermedad eritematoampollosa mediada por toxinas epidermolíticas o epidermolisinas producidas por el estafilococo dorado. Se observa de manera infrecuente en menores de cinco años de edad, particularmente en lactantes inmunocompetentes. Los factores infecciosos originales se sitúan en nasofaringe, ombligo, conjuntivas, tracto genitourinario, alguna herida tegumentaria o, rara vez, la propia lactancia materna. Los escasos reportes en adultos poseen

como factores desencadenantes alcoholismo crónico, adicción a estupefacientes, diabetes mellitus, patología renal subyacente, VIH o septicemia.<sup>1</sup>

Desde el punto de vista clínico, se divide en tres etapas:

- 1) Fase eritrodérmica: hiperestesia cutánea manifiesta con dolor difuso, irritabilidad y llanto con sólo palpar la piel con gentileza; ocurre un enrojecimiento brillante diseminado con siembra posterior de pequeños elementos papulosos, adoptando un aspecto escarlatiniforme más evidente en áreas flexurales y peribucal.
- 2) Fase ampollosa: placas ampulares serosas estériles y traslúcidas difusas que al romperse dejan extensas zonas erosivodenedadas húmedas. Se documenta el signo de Nikolsky con separación de las capas intraepidérmicas frente a la suave fricción digitomanual oblicua periférica.
- 3) Fase descamativa: desprendimiento de grandes formaciones laminares escamocostrosas de tinte blanco-amarillento que, una vez en proceso de curación, no dejan secuelas cicatrizales.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Se atiende a lactante masculino de 32 días de nacido internado en el Servicio de Neonatología por presen-

\* Dermatoncólogo. Jefe de la Consulta Externa del Hospital para el Niño, Instituto Materno Infantil del Estado de México. Profesor Titular de la Cátedra de Dermatología. Presidente de la Academia Mexiquense de Dermatología. Universidad Autónoma del Estado de México.

\*\*\* Alergóloga Pediatra. Médica adscrita al Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

\*\*\*\* Pediatra. Médico adscrito al Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

tar dermatosis diseminada a cabeza, cuello, aspecto posterior del tronco y porción proximal de las extremidades, tanto superiores como inferiores, de siete días de evolución; cursa con ataque al estado general moderado. Clínicamente, se caracteriza por eritema difuso mal delimitado que cubre extensas zonas tegumentarias corporales, además de amplias áreas rojizo-erosionadas brillantes y húmedas dolorosas a la palpación, en especial alrededor de los ojos, boca y regiones flexurales. Están parcialmente cubiertas por elementos laminares escamocostrosos de tinte blancogrisáceo y amarillento, secos y de grandes dimensiones (*Figuras 1 a 3*). En genitales externos y área perianal, se observan lesiones ampollosas de contenido seroso y traslúcido, de paredes flácidas y delgadas. Se documentan picos febriles vespertinos y nocturnos de hasta 38.5 grados centígrados, y discretas adenopatías submandibulares e inguinocrurales, irritabilidad



**Figura 1.** Eritema difuso mal delimitado que cubre extensas zonas tegumentarias corporales.



**Figura 2.**

Amplias áreas rojizo-erosionadas brillantes y húmedas dolorosas a la palpación, en especial alrededor de los ojos, boca y regiones flexurales.

y llanto fácil. Al interrogatorio dirigido, la madre refiere una otitis externa purulenta con emergencia de material espeso de color cetrino, de resolución espontánea, días previos a su internamiento hospitalario; el resto de los antecedentes heredofamiliares y personales patológicos, sin interés para el padecimiento actual. Se solicitan estudios generales de laboratorio, reportándose leucocitosis de 17 500 gb/mm<sup>3</sup>, a expensas de neutrofilia. El exudado faríngeo y la placa simple de tórax no evidenciaron alguna anomalía de importancia. La tinción de Gram y cultivo de secreción nasofaríngea resultaron positivos para estafilococo dorado coagulasa positiva (*Figura 4*). Frente a la sospecha diagnóstica, se prescriben fomentos templados con sulfato de cobre al 1 por 1 000 en tres a cinco ocasiones durante 10-15 minutos, cada una con actividad astringente y antimicrobiana, además de vancomicina intravenosa a dosis habituales por 10 días. Se observó notoria mejoría clínica hacia los 15 días de hospitalización, con egreso nosocomial.

## DISCUSIÓN

De evolución aguda y naturaleza benigna, muchas veces autolimitada, el síndrome estafilocócico de la piel escaldada, más frecuente en la población pediátrica, particularmente entre neonatos inmunocompetentes, es producido por las exotoxinas A y B de acción proteásica y lítica epitelial del fago grupo II del estafilococo dorado, en especial las cepas 55 y 71. Estas epidermolisinas actúan sobre cadherinas desmosómicas de unión intercelular/desmogleína, condicionando una separación no necrosante entre los estratos espinoso y granuloso de la epidermis. A partir de un foco infeccioso inicial, llegan al torrente circulatorio y se diseminan a sitios tegumentarios



**Figura 3.** Algunas lesiones cubiertas por elementos laminares escamocostrosos de tinte blancogrisáceo y amarillento, secos y de grandes dimensiones.



**Figura 4.**

Estafilococo dorado.

distantes, comportándose como superantígeno, lo que provoca la sintomatología característica. Entre las complicaciones reportadas, en casos extensos se documentan alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, pérdida transepidérmica de agua con deshidratación, mala regulación de la temperatura corporal, bronconeumonía y sepsis. El diagnóstico se fundamenta en los típicos hallazgos clínicos, cultivos bacterianos, preparación de Tzanck y, si es posible, el aislamiento de la exotoxina responsable de ampollas recientes mediante técnicas especializadas. Siempre es recomendable la rápida instalación de antibiótico-terapia como dicloxacilina, cefalosporinas de primera generación, clindamicina o vancomicina, además

de fomentos antisépticos templados con solución de sulfato de cobre o permanganato de potasio en áreas rojizo-denudadas y ampollares, así como emolientes como cold cream o vaselina pura durante la etapa de descamación laminar, fomentando la reepitelización. De igual manera, es aconsejable evitar la manipulación excesiva del tejido dañado para aminorar la sensación dolorosa y mantener al paciente afectado en aislamiento y en condiciones estériles para evitar las molestas complicaciones. Sirva la presentación de este caso para reconocer los datos clínicos y el abordaje terapéutico de esta enfermedad alguna vez desapercibida en la práctica médica diaria.<sup>2-4</sup>

### BIBLIOGRAFÍA

1. Patel NN, Patel DN. Staphylococcal scalded skin syndrome, *Am J Med*, 2010; 123 (6): 505-507.
2. Duijsters C, Halbertsma F, Kornelisse R, Arents N, Andriessen P. Recurring staphylococcal scalded skin syndrome in a very low birth weight infant: a case report, *J Med Case Reports*, 2009; 3: 7313.
3. Laurent F, Tristan A, Croze M, Bes M, Meugnier H, Lina G et al. Presence of the epidemic European fusidic acid-resistant impetigo clone (EEFIC) of *Staphylococcus aureus* in France, *J Antimicrob Chemother*, 2009; 63: 420-421.
4. Godoy GE, Alonso-San Pablo MT, Ruiz-Ayucar de la Vega I, Nieto-González G. Síndrome de la piel escaldada estafilocócica variante escarlatiniforme, *An Pediatr (Barc)*, 2010; 72: 434-435.

Correspondencia:

**Dr. Antonio David Pérez-Elizondo**  
 Valladolid Núm. 3-903,  
 Col. Roma Norte, 06700,  
 Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.  
 E-mail: antoniodavid64@gmail.com  
 o apederma@yahoo.com.mx