

Síndrome de piel escaldada en un neonato

Scalded skin syndrome in a newborn

Blanca Esther Mazariegos Godínez⁽¹⁾.

1. Hospital Nacional de Jalapa, Jalapa, Guatemala..

Autor correspondal: Dra. Blanca Mazariegos Godínez, blankest2017@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v160i3.412>

Recibido: 7 de Agosto 2021 **Aceptado:** 4 de Septiembre 2021

Resumen

El Staphylococcus aureus produce toxinas exfoliativas, afectando a recién nacidos y niños pequeños, en ocasiones genera afectación generalizada, provocando desprendimiento de la epidermis, con una incidencia de 0.9 a 0.5 casos por millón y su morbilidad es alta, con una mortalidad de 4 a 10%.

Palabras clave: Síndrome Estafilocócico de la Piel Escaldada, neonato.

Abstract

Staphylococcus aureus produces exfoliative toxins, affecting newborns and young children, sometimes generating generalized affectation, causing detachment of the epidermis, with an incidence of 0.9 to 0.5 cases per million and its morbidity is high, with a mortality of 4 to 10%.

Keywords: Staphylococcal Scalded Skin Syndrome, newborn.

Introducción

Actualmente se admite la existencia de diversas presentaciones clínicas del síndrome de la piel escaldada estafilocócica, que van desde las formas netamente localizadas (impétigo ampolloso) a la afectación generalizada como se presenta el siguiente caso, presentando cambios exfoliativos en la piel provocados por la toxina exfoliatina A del *S. aureus* [1-3].

Presentación de caso

Consulta a la emergencia del Hospital Nacional de Jalapa, Guatemala, paciente femenino de 15 días de vida, con lesiones en piel de evolución desconocida, caracterizada por eritema, ampollas y descamación, además de síntomas gripales de 2 días de evolución, tratada con aspirina y aceite "rosado", por madre. Madre llevó 5 controles prenatales en centro de salud, presentando infección del tracto urinario en el tercer trimestre, sin tratamiento. Niña producto de parto eutócico simple en hogar, atendido por comadrona. A su ingreso paciente irritable, signos vitales con frecuencia cardíaca en 187 por minuto, saturación 87%, frecuencia respiratoria 70 por minuto, temperatura en 38.3 grados centígrados. Al examen físico con eritema y descamación generalizada, presencia de ampolla en región periumbilical, signo de nikolsky positivo, además de cambios equimóticos. Tórax expandible con estertores crepitantes bilaterales, abdomen globoso con ausencia de ruidos gastrointestinales. Debido a que no es posible canalizar vía periférica se realiza venodisección y se intuba a paciente, se reanima con cristaloides a 40 cc/kg y se inicia cobertura con vancomicina y cefotaxima, requiriendo aminas vasoactivas. Laboratorios con glóbulos blancos en 73.60 a expensas de granulocitos con 94%, PCR positiva en 48 mg/L, se realiza cultivo de secreción de ampolla presentando *Staphylococcus Aureus* coagulasa positivo. Se aplica sulfadiazina de plata con ácido fusídico en áreas afectadas y se cubre con gasas vaselinadas. Paciente con adecuada evolución clínica se extuba a los 6 días y se coloca en CPAP, sin embargo laboratorios control con persistencia de leucocitosis por lo que se omite cefotaxime y se asocia piperacilina- tazobactam, se omite CPAP y se coloca en cánula binasal, nuevamente se realizan laboratorios control, persistiendo con leucocitosis y PCR positiva por lo que se omite piperacilina-tazobactam y se inicia meropenem. Paciente con adecuada respuesta a antibióticos, se omite oxígeno suplementario, piel con buena evolución dejando algunas áreas de liquenificación, egresando en adecuadas condiciones.



Fig. 1: Síndrome de piel escaldada. Evolución desde su ingreso hasta su egreso.

Discusión

La enfermedad de Ritter como también se le conoce, es una dermatosis rara, aguda, contagiosa propia de neonatos y menores de cinco años, causada por la toxina epidermolítica de *Staphylococcus Aureus*, con una incidencia de 0.5 a 0.9 casos por millón y morbilidad de 4 a 10% [1]. El neonato del caso se presentó en la fase dos de la enfermedad, que se caracteriza por eritema escarlatiniforme que causa ampollas superficiales, rompiéndose y dejando zonas denudadas por desprendimiento epidérmico, dando al paciente aspecto de quemado, complicándose con una neumonía que se presenta en el 74% de los casos y septicemia, requiriendo de uso de aminas vasoactivas [1,3]. El signo de Nikolsky positivo, en el que la epidermis se observa con aspecto arrugado y puede retirarse con presión suave, es característico [2]. Las lesiones se manipulan lo menos posible durante las primeras 24 horas de estancia hospitalaria [3]. El antibiótico de elección es la doxiciclina, sin embargo, no se tenía disponibilidad en el hospital por lo que se inició tratamiento con cefalosporina de tercera generación y posteriormente se asoció vancomicina que se utiliza en los casos refractarios a antibióticos de primera línea [1,3]. Se confirmó el diagnóstico al obtener resultado positivo de secreción de ampolla con *Staphylococcus Aureus* coagulasa positivo, a pesar que no es común aislarlo en esa lesión [1]. Paciente con adecuada evolución, sin lesiones residuales de desprendimiento epidérmico.

Referencias bibliográficas / References

1. Arenas R. síndrome estafilocócico de piel escaldada. In México: Mc Graw Hill; 2019. p. 413, 414, 415.
2. Klaus W, Riachard A. Johnson, Arturo P. Saavedra. Dermatitis exfoliativa estafilocócica. In: Fitzpatrick Atlas de Dermatología Clínica. México : Mc Graw Hill; 2013. p. 547, 548, 549.
3. William L. Weston, Alfred T. Lane, Joseph G. Morelli. Síndrome de la piel escaldada estafilocócica. In: Dermatología Pediátrica. Barcelona, Spain: Elsevier Masson; 2010. p. 70,71,72.