

Desafío Diagnóstico

[Clínical Challenge]

Dra. Jahaivi Vásquez Sáez

Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Panamá, República de Panamá.

Correspondencia: Dra. Jahaivi Vásquez Sáez / Correo electrónico: jahab_04@hotmail.com



Recibido: 22 de marzo 2021

Aceptado: 20 de junio 2021

Publicado: 5 de octubre de 2021

DOI: [10.37980/im.journal.rspp.20211765](https://doi.org/10.37980/im.journal.rspp.20211765)

Palabras Clave: lesiones ampollares, eritema peribucal, signo de Nikolsky

Keywords: bullous lesions, peribuccal erythema, Nikolsky sign.

Reproducción: Artículo de acceso libre para uso académico personal e individual. Prohibida reproducción para otros usos o derivados.

Conflictos de interés: La autora declara no tener conflictos de interés, seguimiento de protocolos bioéticos y obtención de consentimiento informado para este trabajo.

Financiamiento: La autora declara no tener fuentes externas de financiamiento asociados a este trabajo.

Corregido: 13 de enero, 2021.

Caso Clínico

Paciente masculino de 6 meses de edad, con antecedentes personales patológicos de infección por SARS CoV-2 en diciembre de 2020.

Acude por cuadro de 4 días de evolución de eritema peribucal, prurito en ambos ojos, tratado de manera ambulatoria con levocetirizina sin mejoría. Presenta hiporexia, edema bipalpebral, lesiones ampollares y eritemato-costrosa en área peribucal, cuello y tórax anterior y posterior. Signo de Nikolsky: positivo en tórax posterior y cuello.

Sin síntomas respiratorios o gastrointestinales. Se admite como diagnóstico de reacción alérgica no especificada, se maneja con metilprednisolona a 1 mg / kg / dosis cada 6 horas y acetaminofén y fusidato en lesiones ya descritas.

Laboratorios de ingreso: leucocitos en 10600 cel/mm³, N: 65%, B: 3% Linfocitos 28%. plaquetas 448,000 cel/mm³, Hb 12.3 g/dl, Htc 37%. PCR: 0.11 mg / dL. Pruebas de anticuerpos por SARS cov-2 Ig G positivo, Ig M negativo.

Diagnóstico diferencial:

1. Síndrome de Stevens-Johnson
2. Impétigo Bulloso
3. Síndrome de la piel escaldada estafilocócica
4. Síndrome de choque tóxico

Respuesta: Síndrome de piel escaldada estafilocócica

El síndrome de piel escaldada por estafilococos (SSSS) es un trastorno cutáneo mediado por toxinas bacterianas que afecta principalmente a niños pequeños, pero que también puede ocurrir en niños mayores y adultos. Los términos anteriores para SSSS en recién nacidos incluyen enfermedad de Ritter y pénfigo neonatal.

El SSSS ocurre cuando las exotoxinas producidas por *Staphylococcus aureus* experimentan diseminación hematogénea a la piel. Los hallazgos clínicos característicos incluyen dolor cutáneo difuso y eritema, así como ampollas y descamación superficiales.

Inicialmente, el eritema se acentúa en los pliegues cutáneos, como el cuello, axilas, pliegues inguinales y hendidura glútea. El eritema puede ser sutil, puede aparecer y desaparecer, y puede ser especialmente difícil de apreciar en pacientes con piel muy pigmentada.

Los hallazgos asociados comunes incluyen fiebre, irritabilidad y mala ingesta oral.

Pueden presentar signo de Nikolsky positivo que se describe como la formación de ampollas o desprendimiento de la piel en respuesta a una suave presión mecánica. Si bien es útil para identificar la fragilidad de la piel compatible con SSSS.

En cuanto a cultivos bacterianos: aunque no siempre se puede encontrar el sitio de la infección por *S. aureus*, un cultivo que confirme la infección por *S. aureus* respalda el diagnóstico de SSSS. Debido a que la formación de ampollas en SSSS se debe a la diseminación hematológica de exotoxinas estafilocócicas más que a una infección local.

Los cultivos deben tomarse de sitios cutáneos o mucosos donde se sospecha una infección primaria (p. Ej., Áreas de drenaje purulento) identificados durante un examen físico o, en ausencia de un sitio obvio de infección, de un sitio común de colonización por *S. aureus*.

Terapia con antibióticos: el tratamiento intravenoso con un antibiótico antiestafilocócico debe comenzar de inmediato.

Por lo general, los pacientes se tratan inicialmente con una penicilina resistente a la penicilinas, como oxacilina o nafcilina. Las alternativas incluyen una cefalosporina o vancomicina de primera o segunda generación.

La clindamicina tiene actividad antiestafilocócica, pero no se recomienda como tratamiento primario debido a las altas tasas de resistencia a la clindamicina en SSSS.

- Oxacilina intravenosa: 100 a 150 mg / kg por día en dosis divididas cada seis horas.

- Vancomicina intravenosa: 45 mg / kg por día en dosis divididas cada ocho horas.

La duración total del tratamiento intravenoso y oral con un antibiótico apropiado es típicamente de 10 días. Ocasionalmente ampliamos el tratamiento a 14 días para pacientes con respuestas lentas (p. Ej., Eritema persistente, fiebre y progresión de la enfermedad de la piel después de 7 a 10 días de tratamiento). En este escenario, también optimizamos la hidratación intravenosa para facilitar la eliminación de toxinas. La reevaluación para garantizar el diagnóstico correcto siempre es prudente cuando los pacientes tienen una mala respuesta al tratamiento.

Referencias

1. McMahon P. *Staphylococcal scalded skin syndrome*. UpToDate
2. Leung AKC, Barankin B, Leong KF. *Staphylococcal-scalded skin syndrome: evaluation, diagnosis, and management*. *World J Pediatr*. 2018 Apr;14(2):116-120. doi: 10.1007/s12519-018-0150-x. Epub 2018 Mar 5. PMID: 29508362.
3. Ross A, Shoff HW. *Staphylococcal Scalded Skin Syndrome*. 2020 Oct 27. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 28846262.