



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Síndrome de la piel escaldada estafilocócica variante escarlatiniforme

Scarlet fever variant of staphylococcal scalded skin syndrome

E. Godoy Gijón^{a,*}, M.T. Alonso San Pablo^a, I. Ruiz-Ayúcar de la Vega^b y G. Nieto González^a

^aServicio de Dermatología, Hospital Clínico de Salamanca, Salamanca, España

^bServicio de Pediatría, Hospital Clínico de Salamanca, Salamanca, España

Disponible en Internet el 2 de febrero de 2010

Niño de 3 años que presenta áreas eritematosas de bordes mal definidos y dolorosas a la palpación en pliegues cervical, axilares (fig. 1 y 2) e inguinales de 2 días de evolución encontrándose afebril. Posteriormente aparecen lesiones periorales y frontales

exudativas y costrosas (fig. 3). El signo de Nikolsky en toda la superficie cutánea es negativo. Acuden a Urgencias al objetivar las lesiones faciales y por aumento en la irritabilidad, especialmente cuando lo levantan sujetándolo por las axilas.



Figura 1



Figura 2

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dra.e.godoy@gmail.com (E. Godoy Gijón).



Figura 3

El diagnóstico clínico de sospecha es escaldadura estafilocócica variante escarlatiniforme. La analítica muestra leucocitosis con neutrofilia. Se solicita cultivo de lesiones

faciales, exudado nasal y faríngeo, obteniéndose resultados positivos en lesiones faciales y exudado nasal para *Staphylococcus aureus* sensible a cloxacilina.

Se inicia tratamiento con cloxacilina intravenosa a 50 mg/kg/d y tratamiento tópico con mupirocina. Al día siguiente presenta descamación leve de la superficie cutánea de la espalda que se resuelve con hidratación y aparición al 5.º día de pico febril (39,2 °C). Tras 8 días desde el ingreso se decide alta completando el tratamiento ambulatoriamente.

La escaldadura estafilocócica es un cuadro cutáneo secundario a la diseminación hematógena de la toxina exfoliativa del *S. aureus* (fago II). Se describen 3 formas de presentación: clásica o generalizada (cuyo principal diagnóstico diferencial es el síndrome de Lyell), impétigo bulloso o localizada, y escarlatiniforme que se cree es debida a mutaciones en la exotoxina perdiendo su actividad epidermolítica. Los cultivos de piel son generalmente estériles, siendo en mucosa nasal y cojuntival positivos, y el tratamiento requiere antibióticos sistémicos, preferentemente por vía intravenosa.