

Síndrome de piel escaldada neonatal producido por estafilococo resistente a la meticilina

E. García Victori, R. Olalla Villar, M.D. Gómez Bustos, B. Relinque Macías
Unidad Neonatología. Hospital Quirón Sagrado Corazón. Sevilla

Resumen

El síndrome de piel escaldada estafilocócica es una enfermedad cutánea ampullosa poco frecuente, causada por una toxina exfoliativa. La mayoría de los casos ocurren en menores de 5 años, con una mortalidad entre el 4 y el 11%. Los neonatos tienen una susceptibilidad aumentada, ya que a la incompetencia inmunológica se añade la inmadurez de la función renal, que limita el aclaramiento de las toxinas. Los casos debidos a estafilococo resistente a la meticilina son poco frecuentes en esta población, y un diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para disminuir la morbimortalidad. Presentamos el caso de un neonato de 5 días de vida con un síndrome de piel escaldada estafilocócica, producido por un estafilococo resistente a la meticilina, que presentó buena evolución con el tratamiento.

Palabras clave

Piel escaldada, estafilococo, enfermedad ampullosa

Abstract

Title: Neonatal staphylococcal scalded skin syndrome produced by methicillin-resistant staphylococcus

Staphylococcal scalded skin syndrome is a rare bullosa cutaneous disease caused by an exfoliative toxin. Most cases occur in children under 5 years of age, with a mortality rate between 4 and 11%. Neonates have an increased susceptibility. Cases due to methicillin-resistant *Staphylococcus* are rare in this population, but early diagnosis and treatment are essential to decrease morbidity-mortality. We present the case of a 5-day-neonate with a staphylococcal scalded skin syndrome produced by a methicillin-resistant *Staphylococcus*, which presented good evolution with treatment.

Keywords

Scalded skin syndrome, *Staphylococcal*, bullosa disease

Introducción

El síndrome de piel escaldada estafilocócica es una enfermedad cutánea ampullosa poco frecuente, que afecta principalmente a menores de 5 años y produce una elevada morbimortalidad, evitable con un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto. Los casos producidos por estafilococos resistentes a la meticilina están aumentando en los últimos años en España, debido a que se ha constatado un aumento de las resistencias de *Staphylococcus aureus* a la meticilina en cepas adquiridas en la comunidad; sin embargo, es poco frecuente la afectación de la población neonatal. Presentamos el caso de un neonato de 5 días de vida con un síndrome de piel escaldada estafilocócica, producido por un estafilococo resistente a la meticilina, que presentó buena evolución con el tratamiento.

Caso clínico

Neonato de 5 días de vida, sin antecedentes obstétricos de interés, que acude a urgencias con lesiones cutáneas ampullosas en los pliegues inguinales de aparición en las últimas 12 horas.



Figura 1. Lesiones iniciales

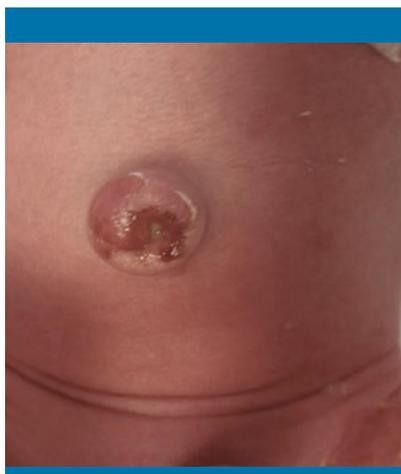


Figura 2. Nueva lesión. Signo de Nikolski positivo



Figura 3. Lesión en fase de resolución

En la exploración se mostraba afebril, con buen estado general, y una ictericia extendida hasta el tórax. Presentaba lesiones ampullosas en ambos pliegues inguinales, con base denudada, eritematosa y brillante (figura 1). Tras el ingreso, aparecieron nuevas lesiones en la pierna izquierda y el borde umbilical (figura 2), ampullosas, con aspecto melicérico. El signo de Nikolski era positivo. Se inició tratamiento con cloxacilina y curas tópicas, y las lesiones se mantuvieron sin cambios durante 48 horas. En ese momento, se aisló en cultivo de exudado nasal *S. aureus* resistente a la meticilina, por lo que se sustituyó la antibioterapia previa por vancomicina, que se mantuvo durante un total de 10 días. El resto de cultivos resultaron negativos. Presentó una buena evolución (figura 3), por lo que fue dado de alta a los 12 días desde el ingreso, con curación total de las heridas.

Discusión

El síndrome de piel escaldada estafilocócica es una enfermedad cutánea ampullosa poco frecuente, causada por la diseminación sistémica de las toxinas exfoliativas A y B de *S. aureus*¹. Tiene una incidencia estimada de 0,09 a 0,13 casos por millón (con predominio en primavera y verano). El 98% de los casos ocurre en menores de 6 años², ya que carecen de anticuerpos protectores frente a las toxinas estafilocócicas, y un número no despreciable de casos ocurre en el periodo neonatal, debido a la inmadurez de la función renal, que limita el aclaramiento de las toxinas y provoca una susceptibilidad aumentada. La mortalidad es de un 4-11%³, generalmente asociada a complicaciones.

La bacteria se localiza en las mucosas (conjuntival, nasal, oral) produciendo toxinas que pasan al torrente sanguíneo y originando un cuadro de descamación intraepidérmica, a distancia del foco inicial. Se manifiesta como una eritrodermia con lesiones ampullosas con base eritematosa, denudada, brillante y dolorosa. Las zonas periorificiales y los pliegues son las más frecuentemente afectadas, aunque puede haber una afectación generalizada, que compromete la homeostasis hidroelectrolítica y térmica. El signo de Nikolski es positivo⁴. Puede acompañarse de fiebre, mal estado general o irritabilidad¹.

El diagnóstico es clínico. Puede aislarse *S. aureus* en cultivo nasal, faríngeo o conjuntival¹ (es altamente recomendable la recogida de estas muestras para determinar el antibiograma, debido al aumento de las resistencias de *S. aureus* a la meticilina en cepas adquiridas en la comunidad⁵, como el caso descrito). El hemocultivo es poco rentable⁶. En caso de dudas diagnósticas, se puede realizar una biopsia cutánea, que mostrará despegamiento del estrato córneo de la epidermis con segmentación entre el estrato granuloso y el espinoso. El principal diagnóstico diferencial se establece con la necrosis epidérmica tóxica.

El tratamiento en neonatos es la antibioterapia antiestafilocócica intravenosa, inicialmente con cloxacilina, ajustándolo posteriormente según el antibiograma. En caso de no disponer de cultivo, es preciso valorar el cambio de cloxacilina por vancomicina si la evolución es lenta⁴, especialmente si hay eritrodermia o fiebre persistentes. Otros elementos fundamentales del tratamiento son las medidas de soporte y analgesia¹, poniendo especial atención en las pérdidas hidroelectrolíticas, la regulación térmica y la posibles sobreinfecciones de la piel afectada. Se realizarán curas tópicas con emolientes. Las lesiones evolucionan a descamación en grandes láminas sin dejar cicatriz. ■

Bibliografía

1. Nso Roca AP, Baquero-Artigao F, García-Miguel MJ, De José Gómez MI, Aracil Santos FJ, Del Castillo Martín F, et al. Síndrome de escaldadura estafilocócica. *An Pediatr (Barc)*. 2008; 68(2): 124-127.
2. Deepa Mukundan MD. Denouement and discussion: staphylococcal scalded skin syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008; 162(12): 1.190.
3. Li My, Hua Y, Wei GH, Qiu L. Staphylococcal scalded skin syndrome in neonates: an 8-year retrospective study in a single institution. *Pediatr Dermatol*. 2014; 31(1): 43-47.
4. Nso Roca AP, Baquero-Artigao F, García-Miguel MJ, Benito Caldés C, De José Gómez MI, Del Castillo Martín F. Síndrome de escaldadura estafilocócica de presentación neonatal. *Acta Pediatr Esp*. 2007; 65(7): 327-329.
5. Hörner A, Hörner R, Salla A, Nunes MS, Garzon LR, Rampelotto RF, et al. Staphylococcal scalded skin syndrome in a premature newborn caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: case report. *Sao Paulo Med J*. 2015; 133(5): 450-453.
6. Neubauer HC, Hall M, Wallace SS, Cruz AT, Queen MA, Foradori DM, et al. Variation in diagnostic test use and associated outcomes in staphylococcal scalded skin syndrome at children's hospitals. *Hosp Pediatr*. 2018; 8(9): 530-537.