

Síndrome de escaldadura estafilocócica de presentación neonatal

A.P. Nso Roca, F. Baquero-Artigao, M.J. García-Miguel, C. Benito Caldés, M.I. de José Gómez, F. del Castillo Martín
Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Materno-Infantil «La Paz». Madrid

Resumen

Introducción: La incidencia del síndrome de escaldadura estafilocócica en neonatos parece haber aumentado en los últimos años.

Métodos: Revisamos los casos de síndrome de escaldadura estafilocócica de presentación neonatal, controlados en nuestro servicio en los últimos 10 años (1997-2006).

Resultados: Durante este periodo, se diagnosticaron 26 casos de síndrome de escaldadura estafilocócica, 4 de ellos (15%) en el primer mes de vida. Todos presentaron eritrodermia, ampollas, costras perinasales, fisuración perioral y conjuntivitis purulenta. En ningún caso apareció fiebre ni elevación de reactantes de fase aguda. En todos los pacientes se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina en el frotis nasal y conjuntival. Se realizó un tratamiento con cloxacilina intravenosa durante una media de 7 días, y los pacientes presentaron descamación en láminas sin lesiones residuales.

Conclusiones: El síndrome de escaldadura estafilocócica se presenta en el periodo neonatal hasta en el 15% de los casos. El tratamiento temprano con cloxacilina intravenosa permite una evolución favorable, e iguala el buen pronóstico característico del resto de edades.

Palabras clave

Síndrome de escaldadura estafilocócica, neonato, *Staphylococcus aureus*

Abstract

Title: Neonatal staphylococcal scalded skin syndrome

Introduction: The incidence of staphylococcal scalded skin syndrome among newborn infants seems to be increasing in recent years.

Methods: We review the cases of neonatal staphylococcal scalded skin syndrome followed at our hospital over the last 10 years (1997-2006).

Results: Twenty-six cases of this syndrome were diagnosed, four of them (15%) during the first month of life. All of them presented erythroderma, bullae, perioral and nasal fissures and purulent conjunctivitis. None had fever, leukocytosis or an increase in C-reactive protein. Methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* was isolated in nasal or conjunctival samples. The patients were treated with intravenous cloxacillin for a mean period of 7 days and they presented desquamation without scarring.

Conclusions: Staphylococcal scalded skin syndrome appears during the neonatal period in up to 15% of cases. Early treatment with intravenous cloxacillin results in a favorable outcome.

Keywords

Staphylococcal scalded skin syndrome, newborn infant, *Staphylococcus aureus*

Introducción

Las enfermedades exfoliativas son raras en los neonatos¹. Entre ellas se encuentra el síndrome de la piel escaldada estafilocócica, una enfermedad cutánea ampollosa causada por *Staphylococcus aureus*, productor de toxinas exfoliativas, cuya incidencia parece haber aumentado en los últimos años². Se han descrito brotes epidémicos en unidades de neonatología², e incluso casos congénitos en niños prematuros o de bajo peso al nacimiento³⁻⁵. La infección en este grupo de edad puede asociarse con complicaciones importantes, como deshidratación, sobreinfección bacteriana e incluso muerte¹.

Realizamos un estudio observacional en el que revisamos los casos de síndrome de escaldadura estafilocócica controlados en

nuestro centro en la última década (1997-2006), y hallamos un total de 26, de los que 4 (15%) fueron de diagnóstico neonatal.

Casos clínicos

Caso 1

Niña de 13 días de vida, sin antecedentes obstétricos ni personales de interés. Acude a nuestro centro por presentar un cuadro de eritrodermia, irritabilidad y conjuntivitis purulenta de 24 horas de evolución. A su llegada se advierten unas ampollas con signo de Nikolski positivo en la cara y las axilas, así como una descamación peribucal (figura 1). En el estudio analítico, la proteína C reactiva (PCR) era de 0,8 mg/L y la cifra de leucocitos, de 9.200/ μ L; el resto era normal. Con sospecha de síndro-



Figura 1. Eritrodermia, fisuración peribucal, costras perinasales

me de escaldadura estafilocócica, se inicia tratamiento con cloxacilina intravenosa. En el cultivo del frotis nasal y conjuntival, se aísla *S. aureus* sensible a meticilina, manteniéndose el tratamiento hasta completar 7 días. La niña evoluciona favorablemente, con una amplia exfoliación de la piel afectada. A los 10 días del ingreso, es dada de alta a su domicilio, sin lesiones residuales.

Caso 2

Niño de 16 días de vida, que el día previo al ingreso presentaba costras perinasales, fisuración peribucal y eritrodermia difusa, con descamación posterior de las ingles y los pliegues cervicales (figura 2). Presenta un estado afebril y una conjuntivitis purulenta bilateral. En la analítica sanguínea se detecta una PCR de 0,9 mg/L y una cifra de leucocitos de 8.500/ μ L; el resto es normal. Se inicia tratamiento con cloxacilina intravenosa y aureomicina ocular. Se aísla *S. aureus* sensible a cloxacilina en cultivo de exudado nasal y conjuntival. El hemocultivo es estéril. A los 5 días del ingreso, dada la buena evolución del niño, se sustituye cloxacilina intravenosa por cefuroxima oral, con buena tolerancia por su parte. Presenta una descamación centrífuga y se constata la curación de las lesiones a los 10 días de evolución.

Caso 3

Varón de 15 días, que ingresa en nuestro centro por un cuadro de irritabilidad y eritrodermia, sin fiebre. En la exploración física se observa una descamación peribucal y axilar, así como una secreción conjuntival. En el estudio analítico, la PCR es de 0,5 mg/L y el recuento de leucocitos, de 21.900/ μ L; el resto no presenta alteraciones. El paciente recibe tratamiento con cloxacilina intravenosa y pomada ocular de aureomicina. En el



Figura 2. Costras perinasales, fisuración perioral

frotis nasal y conjuntival se aísla *S. aureus* sensible al tratamiento. Al octavo día de tratamiento, se sustituye cloxacilina intravenosa por una pauta oral, con buena evolución del paciente, que presenta una descamación en láminas y es dado de alta a los 11 días de estancia.

Caso 4

Niño de 22 días de edad, con irritabilidad y exantema de 5 días de evolución, en aumento progresivo. A su llegada a nuestro centro, se observa una eritrodermia con descamación peribucal, lesiones ampollas y secreción conjuntival. En la analítica sanguínea, la PCR es de 0,5 mg/L y el recuento de leucocitos, de 8.200/ μ L. Se inicia antibioterapia con aureomicina ocular y cloxacilina intravenosa, que se mantiene durante 8 días, y en el frotis nasal y conjuntival se aísla *S. aureus* sensible a meticilina. El hemocultivo resulta estéril. El niño presenta una amplia descamación (figura 3) y es dado de alta a los 9 días, sin aparecer lesiones residuales.

Discusión

El síndrome de escaldadura estafilocócica es una enfermedad ampollas rara causada por *S. aureus*. Este agente produce toxinas que inducen una segmentación del complejo desmogleína 1, una importante proteína desmosomal⁶, y causan una alteración en la adhesión celular en la epidermis^{2,7}.

Hay pocos datos en cuanto a la epidemiología de la enfermedad⁸. Su incidencia en neonatos parece haber aumentado en los últimos años^{2,7,9}. Sin embargo, no hay datos acerca de la frecuencia de esta infección en nuestro medio. Los 4 casos recogidos suponen el 15% de todos los pacientes con síndrome de escaldadura estafilocócica diagnosticados en nuestro centro desde 1997 hasta 2006.

La forma de presentación clínica de esta enfermedad es característica. Los pacientes presentan una eritrodermia generalizada,



Figura 3. Descamación laminar, sin lesiones cicatriciales

14

con ampollas superficiales y signo de Nikolski positivo^{8,10}. Las ampollas se rompen con facilidad, dejando una base eritematosa que le da el aspecto de escaldadura⁹ y aparece una descamación laminar sin lesiones cicatriciales residuales¹¹. Los resultados de nuestro estudio muestran que, en neonatos, la afectación es predominantemente periorifical y de flexuras. Asimismo, cabe destacar la presencia de una conjuntivitis purulenta como un hallazgo constante en este grupo de edad.

Se han descrito tres formas de enfermedad cutánea estafilocócica en neonatos¹: generalizada (síndrome de escaldadura estafilocócica propiamente dicho), localizada (impétigo bulloso) y escarlatiniforme no ampollosa. El diagnóstico diferencial incluye diversas enfermedades, como la necrólisis epidérmica tóxica, la mastocitosis ampollosa, las lesiones herpéticas y el péfigo neonatal^{1,8}.

El diagnóstico se realiza por la clínica, y se puede aislar *S. aureus* en la piel o las mucosas. El cultivo de las lesiones cutáneas y el hemocultivo suelen ser negativos⁹, como en los casos de nuestra serie. El diagnóstico definitivo se realiza mediante una biopsia cutánea, que no debe realizarse de forma sistemática, aunque puede resultar útil en casos de presentación atípica.

La mayoría de cepas de *S. aureus* procedentes de la comunidad en nuestro medio son sensibles a meticilina, por lo que el

tratamiento inicial de elección es cloxacilina intravenosa^{10,11}. En caso de *S. aureus* resistente a meticilina, o en pacientes con un cultivo negativo y evolución tórpida, debe sustituirse cloxacilina por vancomicina intravenosa. Además de la antibioterapia sistémica, es fundamental el uso de analgesia pautada. La fluidoterapia intravenosa ayuda a evitar las complicaciones.

La infección es más frecuente y tiene un mejor pronóstico en los niños que en los adultos^{6,8}. Sin embargo, en el adulto, la piel supone el 3% del peso corporal mientras que en el recién nacido representa un 13% de su peso¹¹. Asimismo, la inmadurez inmunológica del recién nacido propicia el posible desarrollo de sepsis a partir de un foco infeccioso, y la inmadurez renal hace que el aclaramiento de toxinas esté disminuido^{3,4}. De esta manera, algunas complicaciones, como la sepsis o la deshidratación, pueden llegar a ser graves en este grupo de edad⁸. Otras complicaciones pueden deberse a una sobreinfección de las lesiones cutáneas; a este respecto, se han descrito casos de celulitis, osteomielitis, artritis séptica, fascitis necrosante e, incluso, muerte¹. Para evitar estas complicaciones, es crucial un diagnóstico y un tratamiento tempranos. El tratamiento temprano con cloxacilina intravenosa permite una evolución favorable, que iguala el buen pronóstico característico del resto de edades. ■

Bibliografía

- Makhoul IR, Kassis I, Hashman N, Sujov P. Staphylococcal scalded-skin syndrome in a very low birth weight premature infant. *Pediatrics*. 2001; 108: 16E.
- El Helali N, Carbonne A, Naas T, Kerneis S, Fresco O, Giovangrandi Y, et al. Nosocomial outbreak of staphylococcal scalded skin syndrome in neonates: epidemiological investigation and control. *J Hosp Infect*. 2005; 61: 130-138.
- Haveman LM, Fleer A, De Vries LS, Gerards LJ. Congenital staphylococcal scalded skin syndrome in a premature infant. *Acta Paediatr*. 2004; 93: 1.661-1.662.
- Lo WT, Wang CC, Chu ML. Intrauterine staphylococcal scalded skin syndrome: report of a case. *Pediatr Infect Dis J*. 2000; 19: 481-482.
- Loughead JL. Congenital staphylococcal scalded skin syndrome: report of a case. *Pediatr Infect Dis J*. 1992; 11: 413-414.
- Patel GK, Finlay AY. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003; 4: 165-175.
- Haveman LM, Fleer A, Gerards LJ. Staphylococcal scalded skin syndrome in two very low birth weight infants. *J Perinat Med*. 2003; 31: 515-519.
- Mockenhaupt M, Idzko M, Grosber M, Schopf E, Norgauer J. Epidemiology of staphylococcal scalded skin syndrome in Germany. *J Invest Dermatol*. 2005; 124: 700-703.
- Saiman L, Jakob K, Holmes KW, Whittier S, Garzon MC, Rago JV, et al. Molecular epidemiology of staphylococcal scalded skin syndrome in premature infants. *Pediatr Infect Dis J*. 1998; 17: 329-334.
- Baartmans MG, Maas MH, Dokter J. Neonate with staphylococcal scalded skin syndrome. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2006; 91: 25F.
- Campbell JM, Banta-Wright SA. Neonatal skin disorders: a review of selected dermatologic abnormalities. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2000; 14: 63-83.