



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

## Áreas de piel desnuda en un lactante



### Denuded areas of skin in an infant

Enrique Rodríguez-Lomba\*, Irene Molina-López, Ricardo Suárez-Fernández y Minia Campos-Domínguez

Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Disponible en Internet el 17 de mayo de 2016

Lactante de 5 meses de edad, con antecedentes personales de dermatitis atópica bien controlada, que acudió a urgencias por presentar lesiones cutáneas en abdomen, que se habían generalizado en 24 h. El paciente se encontraba afebril y con buen estado general. La diseminación de las lesiones había ocurrido tras aplicar corticoides tópicos y una dosis única de prednisona oral.

En la exploración física presentaba múltiples erosiones superficiales redondeadas en tronco y flexuras, donde conflúan formando extensas áreas de piel desnuda (fig. 1A y B). El signo de Nikolsky en piel perilesional era negativo.

Se inició tratamiento con cloxacilina intravenosa y cuidados tópicos con fomentos de sulfato de zinc 1:1.000 diarios y ácido fusídico 3 veces al día, obteniendo mejoría y reepitelización generalizada en 24 h (fig. 2A y B). Finalmente, la curación completa se alcanzó a los 5 días. El cultivo del exudado de las erosiones aisló *Staphylococcus aureus* confirmando la sospecha clínica de impétigo ampuloso generalizado.

El impétigo ampuloso generalizado es una infección cutánea localizada producida por cepas toxigénicas de *Staphylococcus aureus*, observada con mayor frecuencia en neonatos<sup>1</sup>. Este cuadro clínico puede plantear un diagnóstico diferencial con el síndrome de la piel escaldada estafilocócico, en el que la diseminación a distancia por vía

hematógena de la toxina epidermolítica desde un foco infeccioso local produce fiebre, afectación del estado general y exfoliación generalizada con signo de Nikolsky positivo<sup>2,3</sup>. El estudio precoz del exudado mediante tinción de Gram y cultivo nos pueden ayudar en el diagnóstico, al resultar habitualmente estériles en el síndrome de la piel escaldada<sup>1,2</sup>.

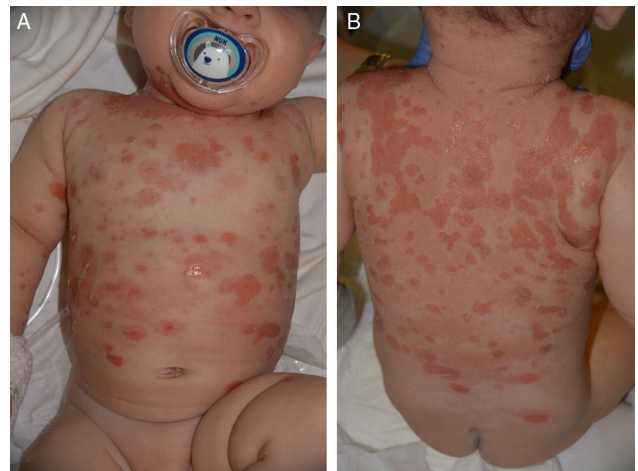
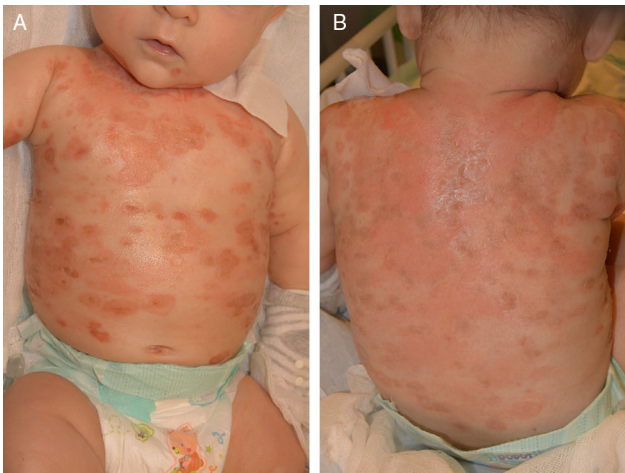


Figura 1 Múltiples erosiones superficiales de morfología redondeada en cara anterior (A) y posterior (B) de tronco y flexuras, donde las lesiones tienen a confluir y a formar áreas extensas de piel desnuda.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [enriquerlomba@outlook.com](mailto:enriquerlomba@outlook.com)  
(E. Rodríguez-Lomba).



**Figura 2** Mejoría generalizada y reepitelización de las erosiones en cara anterior (A) y posterior (B) de tronco, evidente tras 2 días de tratamiento con cloxacilina intravenosa, fomentos de sulfato de cinc 1:1.000 y ácido fusídico.

## Bibliografía

1. Sandhu K, Kanwar AJ. Generalized bullous impetigo in a neonate. *Pediatr Dermatol.* 2004;21:667–9.
2. Handler MZ, Schwartz RA. Staphylococcal scalded skin syndrome: Diagnosis and management in children and adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:1418–23.
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;31:43–7.