



CARTA AL EDITOR

Escaldadura estafilocócica recurrente. ¿Existe algo más?



Recurrent staphylococcal scalded skin syndrome. Is there something else?

Sr. Editor:

El síndrome de la escaldadura estafilocócica (SSS) es una enfermedad poco habitual en nuestro medio, aunque parece que su incidencia está aumentando en los últimos años¹, con una potencial morbimortalidad sin un adecuado manejo. Así mismo puede ser la primera manifestación de enfermedades congénitas. La recurrencia del SSS es rara, pudiendo asociarse a trastornos subyacentes como la ictiosis, donde la degradación prematura de estructuras del estrato córneo puede facilitar la colonización/infección por *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) productor de toxinas exfoliativas (ET)².

Recién nacido sin antecedentes prenatales, ni familiares de enfermedades cutáneas. No factores de riesgo infecciosos excepto prematuridad (edad gestacional 36 + 6-semanas; detección de estreptococo en cultivo recto vaginal negativo). A las 24 h de vida comienza con lesiones ampollosas en el tronco y las extremidades, en lugares de manipulación y de presión (Nikolsky positivo), afectación de aproximadamente el 30% de la superficie corporal (SC); sin otros datos clínicos ni analíticos de sepsis. Recibe antibioterapia con cloxacilina y medidas de aislamiento, además de sedoanalgesia. Fluidoterapia para reposición de pérdidas cutáneas (aportes máximos 100 cc/kg/día), manteniendo la ingesta. Mejoría progresiva desde el quinto día de tratamiento, con resolución de lesiones el día 14, cuando se suspende la antibioterapia. Crecimiento de *S. aureus* meticilin sensible (SAMS) en muestras de ampollas-cutáneas, no se objetiva *S. aureus* en la mucosa nasal ni el hemocultivo. Biopsia cutánea con ampolla subcórnea y necrosis epidérmica superficial, compatible con SSS. No aparición de nuevas lesiones tras el alta hospitalaria.

A los 2 meses, observan nuevamente ampollas de las mismas características (fig. 1), además refieren aparición de escamas hiperqueratósicas. No presenta aspecto séptico, ni datos analíticos de infección; afectación de aproximadamente el 10% de la SC. Recibe antibioterapia con cefuroxima, con mejoría. Se realiza una nueva biopsia en la que se evidencian depósitos granulares de IgM en la membrana basal epidérmica, hiperqueratosis epidermolítica



Figura 1 Segundo episodio de escaldadura estafilocócica. Se observan lesiones ampollosas y cambios en piel (escamas hiperqueratósicas).

compatible con ictiosis. Actualmente, presenta escamas hiperqueratósicas en pliegues y codos, sin presentar nuevos episodios de SSS.

El SSS es una enfermedad exfoliativa ampollosa debido a las ET del *S. aureus*. Este se aloja en las mucosas, donde las toxinas, principalmente ET-A y ET-B, viajarán por vía hematógena produciendo la formación de ampollas y descamación epidérmica característica³. Predomina en el periodo neonatal debido a la inmadurez renal, que contribuye a la persistencia de las toxinas en sangre, además de la ausencia de anticuerpos específicos anti ET-A y ET-B^{3,4}.

Tabla 1 Pacientes con SSS recurrente y patología subyacente

Pacientes con SSS recurrente, procedencia	Patología subyacente	Cita
Dos hermanos procedentes de Taiwán	Síndrome de Netherton	Chao et al. ²
Recién nacido holandés	Prematuridad (edad gestacional 26 + 6 sem)	Duijsters et al. ⁹
Recién nacido alemán	Prematuridad (edad gestacional 25 semanas), bajo peso (364 g)	Rieguer-Fackeldey et al. ¹⁰

Aunque el aislamiento del *S. aureus* en las mucosas es diagnóstico, la detección de la producción de toxinas o del gen productor de toxina es característica. Una sospecha clínica precoz es fundamental, ya que el inicio temprano del tratamiento disminuye la morbimortalidad asociada, que en los niños, especialmente en el periodo neonatal dada la inmadurez inmunológica, puede tener un desenlace fatal^{3,4}.

El tratamiento con betalactámicos, en especial cloxacilina, continúa siendo el tratamiento de elección en las infecciones por SAMS^{5,6}. En 2009, el estudio del grupo de infección por *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) en pediatría encontró una prevalencia del 8,8% de SARM adquirido en la comunidad, en pacientes de 4 hospitales españoles⁷, por lo que en nuestro medio, donde la frecuencia de infecciones pediátricas por SARM se estima baja, es decir menor del 10%^{6,7}, la cloxacilina es el tratamiento de primera línea.

La vancomicina o el linezolid deberían emplearse en casos de aislamiento de SARM, mala evolución en niños con cultivo negativo, entre otros. La clindamicina se ha demostrado eficaz en el tratamiento de infecciones invasivas por SARM, por lo que podría ser utilizado siempre que no exista resistencia⁶.

En caso de aislamiento de SAMS, el uso de cefalosporinas de primera o segunda generación y amoxicilina/clavulánico, entre otros, es de utilidad; sin embargo, en infecciones graves que asocian alto inóculo la posibilidad de fracaso es menor con cloxacilina^{5,8}.

En las unidades neonatales, además del tratamiento antibiótico y sintomático, es imprescindible el aislamiento para evitar la transmisión-nosocomial.

Existen pocos casos de pacientes descritos en la literatura en los que se observa recurrencia (tabla 1). Todos los niños descritos con SSS recurrente presentaban factores predisponentes asociados (prematuridad, muy bajo peso, ictiosis).

Nuestro paciente no ha presentado nuevas recurrencias de SSS, probablemente la madurez renal y el desarrollo de anticuerpos favorezcan la ausencia de nuevos episodios. El tratamiento precoz del SSS evita las complicaciones y el riesgo de infección nosocomial en las unidades neonatales. En caso de recurrencias, la posibilidad de una enfermedad subyacente debe ser valorada.

Bibliografía

- Faden H, Howard MD. Neonatal staphylococcal skin infections. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2003;22:389.
- Chao S, Richard G, Lee Y. Netherton syndrome: report of two Taiwanese siblings with staphylococcal scalded skin syndrome and mutation of SPINK5. *British Journal of Dermatology*. 2005;152:159–65.
- Haveman LM, Fleeer A, de Vries LS, Gerards LJ. Congenital staphylococcal scalded skin syndrome in a premature infant. *Acta Paediatrica*. 2004;93:1661–2.
- Makhoul I, Kassis I, Hashman N, Sujov P. Staphylococcal scalded-skin syndrome in a very low birth weight premature infant. *Pediatrics*. 2001;108:1–3.
- Paul M, Zemer-Wassercug N, Talker O, Lishtzinsky Y, Lev B, Samra Z, et al. Are all beta-lactams similarly effective in the treatment of methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* bacteraemia? *Clin Microbiol Infect*. 2001;17:1581–6.
- Kaplan SL. Treatment of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections. *Pediatr Infect Dis J*. 2005;24:457.
- Gómez C, Larrosa N, Ruiz de Gopegui E, Fernández A, Palacios A, Moraga F, et al., Grupo de Infección por SARM en Pediatría. Infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina asociado a la comunidad en población pediátrica: estudio multicéntrico XIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Barcelona 2010. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;223–4. Supl Esp Congreso.
- Lee S, Choe PG, Song KH, Park SW, Kim HB, Kim NJ, et al. Is cefazolin inferior to nafcillin for treatment of methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* bacteremia. *Antimicrob Agents Chemother*. 2011;55:5122–6.
- Duijsters C, Halbertsma FJ, Kornelisse RF, Arents NL, Andriessen P. Recurring staphylococcal scalded skin syndrome in a very low birth weight infant: A case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2009;12:7313.
- Rieguer-Fackeldey E, Plano LR, Kramer A, Schulze A. Staphylococcal scalded skin syndrome related to an exfoliative toxin A- and B-producing strain in preterm infants. *European Journal of Pediatrics*. 2002;161:649–52.

K. Badillo Navarro^{a,*}, E. Parra^a, L. Calzado^b y J. Alcántara^b

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Katiebadillo@gmail.com (K. Badillo Navarro).