

Caso para diagnóstico

Eritema y descamación en guante

Dra. Larissa Dorina López Cepeda,* Dra. Ana Cecilia Rodas Díaz**

CASO CLÍNICO

Escolar del sexo femenino de 7 años de edad, originaria y residente de México, D.F. Presentaba una dermatosis diseminada a extremidades superiores e inferiores, de las que afectaba manos y pies en dorso,



Figura 1. Aspecto general de dorso de manos con descamación.



Figura 2. Aspecto general de las palmas con descamación intensa en «guante».

palmas y plantas, bilateral y simétrica; de aspecto monomorfo, constituida por descamación «en guante», asentada en una piel con eritema leve, subaguda y asintomática (**Figuras 1 a 4**). En el resto de piel y anexos mostraba, en la cara interna del antebrazo izquierdo en su porción media, dos pápulas puntiformes y escama fina; en cavidad oral se observaba eritema faríngeo leve y exudado translúcido. Al interrogatorio dirigido, la madre refirió, que ocho días previos a la consulta la niña «se enfermó de la garganta», posteriormente apareció «salpullido fino» y finalmente se «despelajeó» de las manos y de los pies.

Los antecedentes personales patológicos, no patológicos y familiares sin importancia para el padecimiento actual.

Con los datos anteriores ¿cuál es su diagnóstico?



Figura 3.

Dorso de pies, descamación intensa a nivel de dedos.



Figura 4.

Detalle de la descamación plantar.

* Médico adscrito Servicio Consulta Externa.

** Residente del primer año de dermatología.

DIAGNÓSTICO: SÍNDROME ESTAFILOCÓCICO DE LA PIEL ESCALDADA, VARIEDAD ESCARLATINIFORME

COMENTARIO

El síndrome estafilocócico de piel escaldada, es un cuadro cutáneo secundario a la diseminación hematogena de la toxina exfoliativa del *Staphylococcus aureus* (fago II).¹ Se describió por primera vez en el año de 1878 por Baron Gotfried Ritter von Rittershain.^{2,3}

La respuesta clínica a las toxinas es variable; por lo que se han descrito tres formas de presentación de este síndrome:

1. Clásica o generalizada
2. Impétigo buloso o localizada
3. Escarlatiniforme

La variante escarlatiniforme se cree es debida a mutaciones en la exotoxina que pierde su actividad epidermolítica.^{1,2} Se presenta como un rash eritematoso generalizado seguido de descamación.²

Los estudios han mostrado que las toxinas relacionadas con la variante escarlatiniforme son: la toxina del síndrome de shock tóxico 1 (TSST-1), las enterotoxinas A-D, G, I, (SEA-SED, SEG, SEI) y muy raramente una toxina exfoliativa. Con base en esto, algunos investigadores sugieren que puede ser una forma abortiva del síndrome de shock tóxico, en lugar de una variante del síndrome estafilocócico de piel escaldada, e incluso, hay autores que consideran que puede corresponder a un síndrome independiente.^{4,5}

Los cultivos de piel son generalmente estériles, y en mucosa nasal y conjuntival son positivos. El tratamiento requiere de antibióticos sistémicos.¹ Se utilizan

preferentemente penicilinas resistentes a β lactamasas como oxacilina, cloxacilina o flucloxacilina (4 -8 g en adultos y 50-100 mg/kg/día en niños) por vía parenteral o dicloxacilina (2-4 g en adultos y 50 mg/kg/día en niños) por vía oral.⁶ El tratamiento debe instituirse en la fase aguda de la enfermedad. La paciente de este caso recibió como tratamiento amoxicilina/clavulanato a dosis de 50 mg/kg/día por siete días, emoliente con aceite de almendras dulces y queratolítico con urea al 10% con remisión del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Godoy G, Alonso MT, Ruiz-Ayúcar I et al. Síndrome estafilocócico de la piel escaldada variante escarlatiniforme. *An Pediatr*. 2010; 72: 434-435.
2. Lina G, Gillet Y, Vandenesch F et al. Toxin involvement in staphylococcal scalded skin syndrome. *Clinical Infectious Diseases*. 1997; 25: 1369-1373.
3. Patel GK, Finlay AY. Staphylococcal scalded skin syndrome diagnosis and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003; 4(3): 165-175.
4. Lo WN, Tang CS, Chen SJ et al. Panton-valentine leukocidin is associated with exacerbated skin manifestations and inflammatory response in children with community-associated staphylococcal scarlet fever. *Clinical Infectious Diseases*. 2009; 49: 69-75.
5. Fonseca E. Enfermedades por toxinas bacterianas. *Bol Pediatr*. 2006; 46: 147-148.
6. Marina SS, Bocheva GS, Kazanjieva JS. Severe bacterial infections of the skin: uncommon presentations. *Clinics in Dermatology*. 2005; 23: 621-629.

Correspondencia:

Dra. Larissa D. López Cepeda
Dr. Vértiz Núm. 464, Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel: 5519 6351