



Escarlatina estafilocócica como manifestación atenuada del síndrome de escaldadura estafilocócica

P. Lalana Josa^a, C. Galindo Rubio^b, J. Caro Rebollo^a, B. Laclaustra Mendizábal^c

Publicado en Internet:
21-marzo-2013

Pilar Lalana Josa:
mplalana@gmail.com

^aPediatra. CS Oliver. Zaragoza. España • ^bMIR-MFyC. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España • ^cPediatra. CS Casetas. Zaragoza. España.

Palabras clave:

- Escarlatina estafilocócica
- Infecciones cutáneas estafilocócicas
- Síndrome de escaldadura estafilocócica
- Síndromes exfoliativos

Resumen

Se presenta el caso de un niño de cuatro años con fiebre, adenopatías y faringoamigdalitis con exantema escarlatiniforme. Se trató con amoxicilina/ácido clavulánico y evolucionó favorablemente. Se aisló *Staphylococcus aureus* en la faringe y dos semanas después presentó descamación en dedo de guante. Parece tratarse de una forma abortada del síndrome de escaldadura estafilocócica.

Key words:

- Staphylococcal scarlet fever
- Staphylococcal skin diseases
- Staphylococcal scalded skin syndrome
- Exfoliative syndromes

Abstract

Staphylococcal scarlet fever as a mild manifestation of Staphylococcal Scalded Skin Syndrome

We report the case of a four years old child with fever, adenopathies, pharyngitis and scarlet micropopular exanthema. He was treated with amoxicillin/clavulanic acid and he had a favourable outcome. *Staphylococcus aureus* was isolated from his throat. Two weeks later he presented exfoliation. It seems to be an abortive form of Staphylococcal Scalded Skin Syndrome.

INTRODUCCIÓN

El *Staphylococcus aureus* es un microorganismo coagulasa positivo, que fermenta el manitol, desarrolla colonias de color oro y es catalasa positivo. Es un miembro constante de la flora microbiana en el 10-20% de la población.

Es un patógeno agresivo, produce muchos componentes celulares y productos extracelulares que contribuyen a su patogenicidad¹.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de cuatro años sin antecedentes de interés, correctamente vacunado que inicia

fiebre de 38,5 °C de 12 horas (h) de evolución, adenopatías submaxilares dolorosas, faringe eritematosa con exudado, sin sintomatología catarral. Además, presentaba exantema micropopular sobrelevado en “piel de gallina” que afectaba al tronco y a los pliegues inguinales y axilares, levemente pruriginoso y ligeramente doloroso a la palpación. Ante la sospecha clínica de escarlatina, se le realiza un test rápido de detección de *Streptococcus pyogenes*, que fue negativo, por lo que se decide conducta expectante y revisión clínica en 24-48 h. A las 24 h, el estado general había empeorado con fiebre hasta de 39 °C y persistencia de exantema, por lo que, ante la alta sospecha de escarlatina, se decide recoger frotis faríngeo y pautar amoxicilina en dosis de 40 mg/kg/día repartido en

una toma cada 8 h. A las 72 h se obtiene el resultado del frotis faríngeo, que es positivo para *Staphylococcus aureus* (crecimiento abundante) y sensible a amoxicilina/ácido clavulánico. En ese momento, el paciente está clínicamente bien, se encuentra afebril y el exantema ha remitido, por lo que se decide completar el tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico durante ocho días. A las dos semanas del inicio de la fiebre, el paciente presentó descamación de plantas y palmas “en dedo de guante”.

DISCUSIÓN

La escarlatina estafilocócica es una enfermedad rara y fue descrita por primera vez en 1900². En España se ha descrito algún caso recientemente³.

Clínicamente puede ser similar a la escarlatina, pero desencadenada por infecciones estafilocócicas previas o concurrentes como osteomielitis, artritis o heridas sobreinfectadas.

El cuadro clínico se engloba dentro del síndrome de la piel escaldada o exfoliada estafilocócica, que se presenta bajo las siguientes formas: a) dermatitis exfoliativa generalizada o enfermedad de Ritter, de predominio en recién nacidos; b) necrosis epidérmica tóxica del niño mayor o enfermedad de Lyell, y c) la llamada escarlatina estafilocócica, considerándose esta última una forma abortiva de las anteriores⁴.

La enfermedad se debe a la diseminación hematogena de la toxina exfoliativa del *Staphylococcus aureus* (fago II), aunque recientemente se han descrito como implicadas enterotoxinas B⁵.

Las manifestaciones clínicas son superponibles a las producidas por la escarlatina estreptocócica, aunque suele haber menos afectación faríngea, menos lengua en fresa y menos exantema, con más afectación del estado general.

El diagnóstico diferencial deberá establecerse con enfermedades exantemáticas escarlatiniformes.

En nuestro caso, si se hubiera tratado de una escarlatina estreptocócica la detección de *Streptococcus pyogenes* mediante test rápido hubiera sido posi-

va. Se optó por actitud expectante pero a las 24 h, por la alta sospecha clínica y la posibilidad de tratarse de un falso negativo, se decide iniciar antibioterapia a pesar del resultado previo del test y recoger muestra de frotis faríngeo.

Es necesario pensar en la mononucleosis infecciosa como otro posible diagnóstico, ya que hay exantema propio en el 10-15% de los casos y este puede ser escarlatiniforme. Sin embargo, la amigdalitis suele ser membranosa y se acompaña de linfadenitis y visceromegalias, datos que no aparecían en nuestro paciente.

La enfermedad de Kawasaki⁶ no hubiera tenido una respuesta favorable y su evolución hubiera sido, independientemente del tratamiento pautado, hacia la gravedad.

El exantema periflexural asimétrico es de etiología desconocida con exantema inicialmente unilateral escarlatiniforme que afecta a las axilas o las ingles, evolucionando a bilateral o generalizado en las siguientes 2-4 semanas⁷. La fiebre no es un síntoma importante y no responde al tratamiento antibiótico.

La pustulosis aguda generalizada exantemática cursa con exantema escarlatiniforme febril de rápida instauración que evoluciona a pustuloso, está asociada a la administración de antibiótico y se resuelve al retirar este. En esta misma línea, el síndrome de hipersensibilidad a fármacos aparece a las 2-6 semanas de inicio de tratamiento, siendo potencialmente mortal; está caracterizado por edema facial y exantema con sintomatología general (fiebre, adenopatías, artralgias, hepatitis, etc.), existiendo el antecedente de ingesta de fármacos (habitualmente anticonvulsivantes).

Las infecciones por parvovirus B19 se han relacionado con múltiples patrones exantemáticos y entre ellos la posibilidad de que sea escarlatiniforme. Sin embargo, la sintomatología acompañante suele ser leve.

No debemos olvidar la sospecha de caso de sarampión ante cualquier exantema febril no encontrándose en nuestro caso ni fase catarral, ni conjuntivitis, ni manchas de Koplic.

En este paciente, la negatividad del test rápido de detección de *Streptococcus pyogenes*, con una sensibilidad y especificidad adecuadas^{8,9}, ayudó al diagnóstico diferencial, siendo el frotis faríngeo y la clínica lo que permitió hacer el diagnóstico.

Se trataría de una verdadera escarlatina estafilocócica con foco en faringe y manifestación de una forma abortada del síndrome de piel escaldada estafilocócica, lo que concuerda con la descamación tardía en “dedo de guante”.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

h: horas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zambrano A, López-Barrantes V, Torreló A. Infecciones cutáneas bacterianas. En: Zambrano A, López-Barrantes V, Torreló A (eds.). Atlas dermatología pediátrica, 2.ª ed. Barcelona: Editorial médico. JIMS; 2004. p. 39-48.
2. Weisse ME. The fourth disease, 1900-2000. *Lancet*. 2001;357:299-301.
3. Godoy Gijón E, Alonso San Pablo MT, Ruíz-Ayúcar de la Vega I, Nieto González G. Síndrome de la piel escaldada estafilocócica variante escarlatiniforme. *An Pediatr (Barc)*. 2010;72(6):434-5.
4. Floret D. Clinical aspects of streptococcal and staphylococcal toxic diseases. *Arch Pediatr*. 2001;8 Suppl 4:762s-768s.
5. Chih Chien W, Wen Tsung L, Chen Fang H, Mong Ling CH. Enterotoxin B is the predominant toxin involved in staphylococcal scarlet fever in Taiwan. *CID*. 2004; 38:1498-502.
6. Martínez Ruiz M, del Castillo Martín F, Borque Andrés C, García Miguel MJ, de José Gómez MI, Martínez Cortés F, et al. Incidencia y características clínicas de la enfermedad de Kawasaki. *An Pediatr (Barc)*. 2003; 59(4):323-7.
7. Núñez Giralda AI. Exantema periflexural asimétrico: a propósito de un caso. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63(3): 269-70.
8. Ruiz Aragón J, Rodríguez López R, Molina Linde JM. Evaluación de los métodos rápidos para la detección de *Streptococcus pyogenes*. Revisión sistemática y metaanálisis. *An Pediatr (Barc)*. 2010; 72(6):391-402.
9. Fernández Martínez O, Hidalgo Cabrera MC, Callejas Pozo JE, Hernández Morillas MD. Implantación de un test de detección rápida de estreptococo beta hemolítico del grupo A en la consulta de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9:565-75.