

ERITRODERMIA FEBRIL

A. Herencias Nevado, E. Pérez castro, N. Sotelo Kesti, P.J. Rivas Pacheco, A.I. Ruiz Díaz, R. Reques Cosme.
Hospital U. El Escorial. San Lorenzo de El Escorial-Madrid.

Introducción: La **eritrodermia** es una enfermedad inflamatoria de la piel que afecta a más del 90% de la superficie corporal. Es fundamental establecer un diagnóstico preciso de la causa en cada paciente (infecciosa, inmunológica-inmunodeficiencias, ictiosiformes, por enfermedad metabólica, medicamentosa...) para realizar el tratamiento oportuno. Aunque muchas infecciones en el niño cursan con lesiones cutáneas, son pocas las que pueden causar eritrodermia y las **más frecuentes** son: Síndrome de la escaldadura estafilocócica, síndrome del shock tóxico (estafilocócico o estreptocócico) y candidiasis congénita. El diagnóstico debe establecerse de forma rápida, pues el retraso en el mismo puede originar situaciones de riesgo para el niño. Los **criterios definidores de CASO** de síndrome de shock tóxico son claros pero el objetivo de éstos es la vigilancia epidemiológica y no deben usarse para excluir casos. Frecuentemente hay formas incompletas, sin hipotensión o sin otros criterios. No aislar *S. aureus* ni *S. pyogenes* no excluye el diagnóstico. Es muy importante comenzar inmediatamente tratamiento, con ingreso en cuidados intensivos, expansión de volumen, tratamiento de soporte que precise y antibioterapia empírica combinada.

Caso clínico: Adolescente varón de **14 años** que acude a urgencias por mal estado general, **fiebre** de hasta 39.9°C, **exantema generalizado** pruriginoso y epigastralgia intensa. Desde hace 2 días infección de partes blandas tras herida a nivel de 2º dedo de pie izquierdo, con supuración y desde hace 36 horas en tratamiento con AMOXICILINA-CLAVULÁNICO oral y MUPIROCINA tópica. A la exploración, TA 86/33 mmHG (P2/<P1), FC 76 lpm, **eritrodermia generalizada**. Dolor en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. En 2º dedo de pie izquierdo herida con signos de infección, orofaringe hiperémica y resto de exploración normal.

Pruebas complementarias:

Hemograma: Leuc: 14.300 (N 88.0%, L 3.77%), Hb 14.5, plaq 201,000.

Coagulación: INR 1.42, TP 17.30, TTPA 38.9, AP 60%

Bioquímica: BT 2.4, AST 43, LDH 298, CK 433, PCR 17.26 mg/dL

Test rápido estreptococo: Negativo.

Hemocultivo: Negativo.

Exudado herida: Staphylococcus aureus.

Evolución: En urgencias se realiza tratamiento con expansión de volumen, Vitamina K iv e inicio de tratamiento antibiótico iv con CLINDAMICINA y CEFOTAXIMA. **Se traslada a UCI-Pediátrica** de hospital de referencia con muy buena evolución posterior y alta a los 6 días.

Sepsis por *S. aureus*

Conclusión: Ante una **eritrodermia febril** con afectación del estado general y síntomas o signos de afectación orgánica se debe pensar en síndrome de shock tóxico.

Bibliografía: Eritrodermias E. Zambrano Pérez, A. Torrelo Fernández, A. Zambrano Zambrano. AEPED. Síndrome de shock tóxico: experiencia en una UCIPCosta Orvay, J. Caritg Bosch, A. Morillo Palomo, T. Noguera Julián, E. Esteban Torne, A. Palomeque Rico- An Pediatr (Barc) 2007;66:566-72 - Vol. 66 Núm.6

SITGES 19-21 de abril 2018