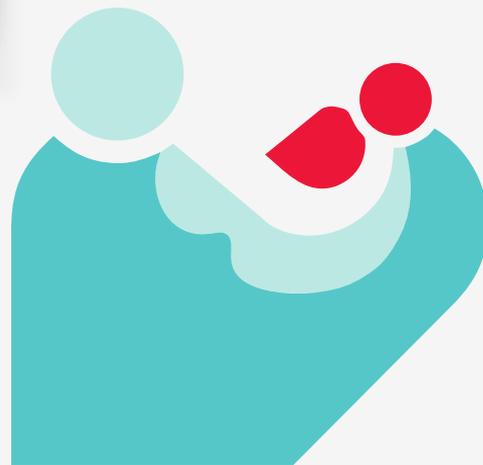


# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

# XXV REUNIÓN SEUP

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

PÓSTER SIN DEFENSA

Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFECCIONES DE LA PIEL.  
ESCALDADURA ESTAFILOCOCICA.**

**Autores:** López Jesús M, Ruiz Tudela L, Viedma Guiard MV, Muñoz Endrino CL , Pérez de Alejo AL, Juárez Marruecos P.

*Hospital Rafael Méndez, Lorca. Murcia.*

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las infecciones de la piel causadas por bacterias piógenas son principalmente estafilococos y estreptococos. Entre las infecciones más frecuentes destaca el impétigo. El diagnóstico de la mayoría de las infecciones cutáneas es clínico, dado que muchas de estas infecciones presentan características patognomónicas (localización, descamación, eritrodermias, síntomas sistémicos). En poblaciones con alta incidencia de SAMR, la recogida de muestras de exudado nasal o conjuntival puede orientar el diagnóstico y el tratamiento.

- Objetivos: A continuación, se exponen dos casos de escaldadura estafilocócica en su variante escarlatiniforme, cuya incidencia es baja, pero debemos tenerla en cuenta para su diagnóstico adecuado.

## MÉTODOS : 2 CASOS CLÍNICOS

**1º CASO:** Paciente de 7 meses, sin antecedentes de interés, consulta por cuadro de decaimiento, fiebre, eritema y descamación en triángulo nasogeniano, cuello y región inguinal junto eritrodermia de tronco. Analítica con hemograma normal y reactantes de fase aguda negativos. Únicamente cultivo de exudado conjuntival y nasal *S. aureus* positivo. No desarrollo lesiones ampollosas. Se trató con clindamicina y cloxacilina intravenosos.

**2º CASO:** Paciente de 4 años con exantema descamativo en pliegues, región peribucal y área genital, edema palpebral y artralgias. Afebril. Antecedentes sin interés. Analítica sin elevación de reactantes de fase aguda. Aparición dos lesiones ampollosas en axila y exantema micropapuloso escarlatiniforme en tronco. Cultivos nasales y conjuntivales negativos. Se trató con cloxacilina intravenosa.



## CONCLUSIONES

La escaldadura estafilocócica es debida a la diseminación hematológica de la toxina exfoliativa del *Staphylococcus aureus*. Hay 3 formas de presentación: clásica, impétigo bulloso y escarlatiniforme, que se cree es debida a mutaciones en la exotoxina perdiendo su actividad epidermolítica. La afectación periorificial e hiperestesia cutánea son dos signos claves iniciales que nos deben hacer sospechar esta entidad para ingresar al paciente e iniciar un tratamiento adecuado, precoz y evitar complicaciones.

Antes de iniciar el tratamiento de elección, es importante la toma de exudado nasal, conjuntival y faríngeo para valorar la presencia *S. aureus* resistente a la meticilina.