



Medicent Electrón. 2026;30:e4628

ISSN 1029-3043

Informe de Caso

Síndrome de la piel escaldada estafilocócica en la infancia: su presentación en un recién nacido

Staphylococcal scalded skin syndrome in childhood: a case report of a newborn

Adrian Isacc Nieto Jiménez^{1*}<https://orcid.org/0000-0002-1925-6407>

Michael Pérez Rodríguez²<https://orcid.org/0000-0003-1543-2837>

Ivis Gómez Vera¹<https://orcid.org/0000-0002-0322-5243>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

²Escuela de Ingeniería y Ciencias de Monterrey, Nuevo León. México.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: adrianisacnj@gmail.com

RESUMEN

El síndrome de piel escaldada estafilocócica es una afección sistémica poco frecuente, que se observa con mayor frecuencia en lactantes. La confirmación diagnóstica se realiza mediante el aislamiento de *Staphylococcus aureus* en cultivo de frotis nasal, faríngeo o conjuntival. El manejo es multidisciplinario, especialmente en casos poco claros. Se presentó un recién nacido de 26 días de edad, valorado en el Hospital Pediátrico Universitario «José Luis Miranda», en Santa Clara, Villa Clara, con lesiones costrosas mielécricas oculares y



perioculares que impedían su apertura, compromiso perioral sin afectación de la mucosa, exulceraciones en pliegue axilar e inguinal derecho, y eritema intenso perianal. Se diagnosticó clínicamente un síndrome de piel escaldada estafilocócica. El paciente fue hospitalizado y tratado con antimicrobianos, con excelente evolución. Ante un neonato o infante con eritrodermia aguda y afectación conjuntival o peribucal, debe sospecharse un síndrome de piel escaldada estafilocócica.

DeCS: recién nacido; síndrome estafilocócico de la piel escaldada; exotoxinas.

ABSTRACT

Staphylococcal scalded skin syndrome is a rare systemic condition commonly seen in infants. Diagnostic confirmation is carried out by isolating *Staphylococcus aureus* in nasopharyngeal culture or conjunctival swabs. Management is multidisciplinary especially in unclear cases. We present a 26-day-old male newborn who was evaluated at "José Luis Miranda" Pediatric University Hospital in Santa Clara, Villa Clara due to crusted myeliceric ocular and periocular lesions that prevented opening, perioral involvement without mucosal involvement, exulcerations in the right axillary and inguinal fold as well as intense perianal erythema. Staphylococcal scalded skin syndrome was clinically diagnosed. The patient was hospitalized and treated with antimicrobials having excellent progress. Staphylococcal scalded skin syndrome should be suspected in a neonate or infant with acute erythroderma and conjunctival or perioral involvement.

MeSH: infant, newborn; staphylococcal scalded skin syndrome; exotoxins.

Recibido: 15/05/2026

Aprobado: 20/05/2026



El síndrome de piel escaldada estafilocócica (SEPE), fue descrito por primera vez en 1878 por el médico alemán Barón Gotfried Ritter von Rittershain, como «dermatitis exfoliativa neonatal».⁽¹⁾ A menudo se le denomina indistintamente enfermedad de Ritter von Rittershain (enfermedad de Ritter), sobre todo cuando se presenta en recién nacidos.

Es una enfermedad que afecta la desmogleína a nivel del estrato granuloso de la epidermis y se desencadena por la acción de toxinas producidas por ciertas cepas de *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*).⁽²⁾

El 98 % de los afectados son menores de 6 años, con una incidencia baja, de aproximadamente 21 casos por cada 100 000 niños y una tasa de mortalidad del 4-10 %. Entre la población pediátrica, los neonatos constituyen un grupo particularmente susceptible.⁽¹⁾ Algunos autores⁽³⁾ señalan que existe escasa bibliografía sobre el SEPE pediátrico, con predominio en varones y una edad media de $3,1 \pm 2,4$ años.

En Cuba se ha detectado un incremento de las infecciones de piel y partes blandas, especialmente cuadros cutáneos producidos por *S. aureus* en sus diferentes formas clínicas, que incluyen la enfermedad de Ritter. Esta ocupó el tercer lugar en frecuencia tanto en pacientes hospitalizados como en infecciones adquiridas en la comunidad, con un incremento de la resistencia microbiana, lo que complica la elección del tratamiento adecuado.⁽⁴⁾

La gravedad de este síndrome varía desde unas pocas ampollas localizadas en el sitio de la infección hasta un compromiso grave que afecta a casi todo el cuerpo.⁽⁵⁾ Su presentación clínica es característica y amplia. Por lo general comienza con manifestaciones generales como irritabilidad y fiebre, hasta evolucionar hacia un estado eritodérmico y ampollosa descamativo. La confirmación diagnóstica se realiza mediante el aislamiento de *S. aureus* en el cultivo de frotis nasal, faríngeo o conjuntival, aunque en ocasiones es necesaria la biopsia cutánea cuando el diagnóstico es dudoso.⁽⁶⁾



El diagnóstico diferencial es amplio y puede confundirse fácilmente con otras afecciones potencialmente mortales, como el síndrome de Stevens-Johnson, la necrólisis epidérmica tóxica, reacciones adversas a medicamentos, quemaduras extensas o infecciones por virus varicela-zóster, entre otras.⁽⁷⁾

Los pacientes con SEPE deben ser tratados por un equipo multidisciplinario, especialmente en casos poco claros. La consulta con dermatólogos expertos puede ayudar a descartar diagnósticos alternativos y orientar la terapéutica. El tratamiento de elección es la cloxacilina intravenosa, que puede asociarse con otros antibióticos según el patrón de resistencia de *S. aureus* a meticilina, como vancomicina, clindamicina o linezolid.⁽⁸⁾

Cabe destacar que, en algunos casos revisados, el diagnóstico definitivo se notificó como infección de piel y partes blandas de forma general, lo que sugiere la posibilidad de un subregistro diagnóstico.

El objetivo del presente artículo es informar acerca del SEPE como causa de eritrodermia en neonatos y lactantes, incluso en ausencia de manifestaciones sistémicas.

Presentación del paciente

Se presenta un recién nacido de 26 días, hijo de madre de 28 años de edad, sin antecedentes personales de salud, familiares ni obstétricos de importancia. La serología realizada fue no reactiva; la historia obstétrica: E1, A0, P1. Nacido de un parto eutócico a las 39 semanas de gestación, cefálico, con líquido amniótico claro, con llanto fuerte al nacer y Apgar 8/9, peso 3 300 g.

El paciente fue remitido del área de salud con diagnóstico presuntivo de conjuntivitis purulenta, en ausencia de otra sintomatología. Fue hospitalizado en el servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Universitario «José Luis Miranda», específicamente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.



En el examen físico se observaron lesiones costrosas mielicéricas y secreción ocular y periocular que impedían la apertura palpebral, de forma bilateral y simétrica, con compromiso perioral sin afectación de la mucosa, descamación marcada en cuero cabelludo, exulceraciones en pliegue axilar e inguinal derecho y eritema intenso perianal, con signo de Nikolsky positivo. Se acompañaba de irritabilidad, pero sin afectación sistémica ni fiebre, con tres días de evolución. Ante este cuadro cutáneo se consideró clínicamente el diagnóstico de SEPE, a pesar de la ausencia de otras manifestaciones generales y sistémicas. (Figuras 1, 2, 3, 4)

Se indicaron estudios complementarios: leucograma con leucocitos $9 \times 10^9/L$, polimorfonucleares neutrófilos 70 %, linfocitos 30 %, hemoglobina 13 g/L, eritrosedimentación globular 5 mm/h, plaquetas $200 \times 10^3/mm^3$, perfil hepático TGP 8 U/L, TGO 9 U/L, glicemia 3,5 mmol/L, creatinina 30 mmol/L, VIH, VDRL y antígeno de superficie para hepatitis B y C, negativos, LDH 140 U/L.

La radiografía de tórax anteroposterior develó campos pulmonares bien aireados, sin opacidades focales, silueta cardíaca normal, sin consolidaciones ni infiltrados.

El ultrasonido abdominal y renal mostró la vesícula de tamaño y paredes normales, sin litiasis, vías intrahepáticas y extrahepáticas normales, hígado de ecogenicidad uniforme sin nódulos y sin reborde costal, área pancreática y bazo de tamaño normal y ecogenicidad homogénea, riñones de forma y situación normales, con buena relación córtico-medular, sin dilatación de cavidades ni litiasis, vejiga vacía.

El ultrasonido transfontanelar evidenció un sistema ventricular normal, fosa posterior normal, relación sustancia gris/blanca conservada, espacios subaracnoideos supra e infratentoriales presentes.

Se inició tratamiento inmediato con vancomicina endovenosa durante 10 días. Fue valorado además por Oftalmología y Pediatría. Se agregó difenhidramina 5 mg/kg/día, paracetamol según necesidad, cloranfenicol oftálmico cada 4 horas y ácido fusídico tópico en lesiones costrosas dos veces al día.

La evolución del paciente fue favorable, con desaparición de las lesiones cutáneas en 12 días y egreso sin secuelas ni cicatrices. En este caso no se llegó a presentar la forma eritrodérmica, gracias a la rapidez y eficacia en el manejo y a la experiencia del equipo médico.



Figura 1. Lesiones costrosas mielocéricas oculares que impedían su apertura.



Figura 2. Marcado compromiso periocular sin afectación de mucosa.



Figura 3. Afectación del pliegue axilar derecho.



Figura 4. Eritema intenso perianal con pequeñas exulceraciones.

Comentario

La enfermedad de Ritter es una dermatosis aguda causada por toxinas de *S. aureus*, microorganismo que coloniza de forma permanente o transitoria a una proporción significativa de la población. Por ello, se considera una infección oportunista; sin embargo, presenta una alta morbilidad si no es tratada oportunamente.⁽¹⁾

En América Latina, la mayoría de los episodios de sepsis neonatal tardía son causados por organismos grampositivos, principalmente *Staphylococcus* coagulasa negativo (SCN), con una incidencia del 44,3 %, y en menor medida por *S. aureus*.⁽²⁾ Esto contrasta con el comportamiento observado en nuestra institución, donde predomina etiológicamente *S. aureus*.

El predominio del sexo masculino se asocia, según Fernández Toledo y colaboradores,⁽⁴⁾ al desarrollo de juegos riesgosos durante la infancia, así como a una actividad física más dinámica en varones que en niñas; este resultado coincidió con estudios realizados por otros autores.

El diagnóstico del SEPE se basa principalmente en las manifestaciones clínicas, que incluyen la presencia de ampollas, eritrodermia dolorosa y descamación con apariencia escaldada, particularmente en áreas intertriginosas, ausencia de afectación de la mucosa, costras periorificiales y signo de Nikolsky positivo. El hemocultivo suele ser negativo y comúnmente no resulta útil en el diagnóstico definitivo de esta entidad.⁽⁹⁾

En neonatos con erupción ampollosa y descamación difusa, la epidermólisis ampollosa y la ictiosis también deben considerarse en el diagnóstico diferencial. La biopsia de lesiones cutáneas revela una separación intraepidérmica superficial a lo largo de la capa de células granulares.^(1,9)

En este caso, el diagnóstico positivo se realizó por las manifestaciones clínicas cutáneas: afectación perioral descamativa y costrosa, conjuntivitis purulenta severa y fisuración de los grandes pliegues, sin compromiso de mucosas, sin aparición de ampollas durante la evolución, sin convulsiones ni trastornos neurológicos, y sin antecedentes maternos infecciosos ni administración de medicamentos. Por ello se descartaron otras entidades graves y potencialmente letales, como la necrólisis epidérmica tóxica.

Una de las complicaciones del SEPE es el síndrome de choque tóxico, observado en situaciones clínicas como procedimientos quirúrgicos, postparto, infecciones de tejidos blandos, osteomielitis, quemaduras e infecciones respiratorias. También se describen complicaciones como sepsis, desequilibrio electrolítico y deshidratación. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos definió los criterios clínicos ante su sospecha: fiebre $\geq 38,9$ °C, hipotensión, eritrodermia y descamación, además del compromiso de al menos tres sistemas orgánicos.⁽²⁾

El pronóstico en estos pacientes es generalmente favorable, con curación completa de las lesiones entre 10-14 días, siempre que se utilice una terapéutica adecuada y oportuna. Esta puede variar y, en ocasiones, depende del antibiograma por cultivo bacteriológico.^(1,2) En este caso, la evolución fue favorable, con recuperación total de las manifestaciones cutáneas a los 12 días.



Algunos autores⁽⁶⁾ proponen diversos criterios para realizar cultivos, que incluyen la identificación de *S. aureus* resistente a la meticilina (SARM) antes de reducir la cobertura antimicrobiana. Los cultivos también se pueden indicar en casos refractarios. Si los pacientes presentan múltiples episodios de impétigo, se puede considerar la descolonización, que implica la aplicación de mupirocina en las fosas nasales durante 5 días al mes. Se pueden usar enjuagues con clorhexidina concomitantemente con mupirocina para mejorar la eficacia del procedimiento.

La selección de antimicrobianos puede determinarse por las sensibilidades a los antibióticos, si están disponibles. En casos leves, el paciente puede recibir antibióticos orales de forma ambulatoria. Sin embargo, en casos graves se requiere hospitalización y aislamiento en unidades de cuidados intensivos, en un ambiente estéril con soporte de enfermería y antibióticos intravenosos.⁽⁴⁾ En el Hospital Pediátrico Universitario «José Luis Miranda», los pacientes con sospecha clínica de este síndrome son hospitalizados y tratados de forma multidisciplinaria.

Los regímenes de antibióticos orales recomendados incluyen: cefalexina 500 mg cada seis horas, dicloxacilina 500 mg cada seis horas y trimetoprima/sulfametoxazol 160 mg/800 mg cada doce horas. La duración total del tratamiento es de 10 días, aunque puede prolongarse si es necesario. Además de la terapia antimicrobiana, se indican cuidados de apoyo con líquidos intravenosos para prevenir la deshidratación.⁽⁶⁾

Este caso clínico se presenta debido a su baja frecuencia y a la similitud con otras entidades. Ante un neonato o infante con eritrodermia aguda y afectación conjuntival o peribucal, debe sospecharse un síndrome de piel escaldada estafilocócica. Esta rara dermatosis no presenta alteraciones analíticas específicas. El diagnóstico, por lo general, es clínico, y el tratamiento precoz reduce las complicaciones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faúndes-Gandolfo NM, Estrada-Eguiguren SI, García-Valdebenito AI, Leiva-Mora JA, Ducasse-Crespo KP. Síndrome de piel escaldada. Avances en Diagnóstico y Tratamiento. Bol Micol [Internet]. 2019 [citado 2025 mzo. 30];34(2):81-9. Disponible en:
<https://micologia.uv.cl/index.php/Bolmicol/article/view/2004/pdf>
2. Manjarres-Figueredo PA, Galíndez-González AL, Muñoz Álvarez N A. Síndrome de piel escaldada asociado a estafilococcemia en un neonato: reporte de un caso. Salud, Barranquilla [Internet]. 2024 [citado 2026 abr. 21];40(1):330-38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10111763>
3. Liy-Wong C, Papá E, Weinstein M, Lara-Corrales I. Staphylococcal scalded skin syndrome: An epidemiological and clinical review of 84 cases. Pediatr Dermatol. 2021 [citado 2026 apr. 21];38(1):149-53. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33283348/>
4. Fernández-Toledo E, Gómez-García N, Machado-Gómez G, Santana-Molina R, Suárez-Morales O, Madrigal-Mora L. Infecciones graves de piel y partes blandas. Acta Méd Centro [Internet]. 2023 [citado 2026 my. 15]; 17(4):681-93. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1814>
5. Rivero Borrell-de la Parra P, Carranco-Dueñas JA, Gálvez-Martínez RE, Rivera-Echegoyen M. Síndrome de piel escaldada por estafilococo. An Med ABC [Internet]. 2021[citado 2026 my. 15];66(2):146-50. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2021/bc212n.pdf>
6. Brazel M, Desai A, Are A, Motaparthi K. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome and Bullous Impetigo. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2021 [citado 2026 my. 15];57(11):[cerca de 12 pantallas]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34833375/>



7. Daniel SS, Peterman C, Awasthi S. Updates on postinfectious skin rashes in pediatric dermatology. Curr Opin Pediatr [Internet]. 2024 [citado 2026 my. 15];36(4):431-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38957128/>
8. Hashemian H, Asgharzadeh M, Baghaei SL, Hoseini-Nouri SA. Comparación de clindamicina con otros antibióticos antiestafilocócicos para el tratamiento del síndrome descamativo cutáneo estafilococo pediátrico. Arch Pediatr Infect Dis [Internet]. 2023 [citado 2026 my. 15];11(3):[cerca de 8 pantallas]. Disponible en: <https://brieflands.com/journals/apid/articles/136440>
9. Lee TY, Liu TY. Congenital staphylococcal scalded skin syndrome in a preterm infant. Clin Case Rep [Internet]. 2023 [citado 2026 my. 15];11(12):[cerca de 4 pantallas]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10683029/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

