



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,  
Volumen 9, Número 3.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1)

## **SINDROME DE LA PIEL ESCALDADA POSTERIOR A DERMATITIS ATÓPICA DEBUTANTE, REPORTE DE CASO**

**SCALDED SKIN SYNDROME SUBSEQUENT TO  
DEBUTANT ATOPIC DERMATITIS, CASE REPORT**

**Irma Martínez Tovar**

Universidad Autónoma de Zacatecas

**Hayde Carolina Gutiérrez**

Universidad Cuauhtémoc de Aguascalientes

**Braulio Esteban López Reyes**

Universidad Autónoma de Zacatecas

**Begonia Casas Becerra**

Universidad Juárez de Durango

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i3.18382](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18382)

## Síndrome de la Piel Escaldada Posterior a Dermatitis Atópica Debutante, Reporte de Caso

**Irma Martínez Tovar<sup>1</sup>**

[irmamtzt@gmail.com](mailto:irmamtzt@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0000-6201-5003>

Universidad Autónoma de Zacatecas

**Hayde Carolina Gutiérrez**

<https://orcid.org/0009-0009-8153-2837>

Universidad Cuauhtémoc de Aguascalientes

**Braulio Esteban López Reyes**

[braulio.l.reyes1203@gmail.com](mailto:braulio.l.reyes1203@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-3547-2243>

Universidad Autónoma de Zacatecas

**Begonia Casas Becerra**

[begoniacasasbecerra@gmail.com](mailto:begoniacasasbecerra@gmail.com)

Universidad Juárez de Durango

### RESUMEN

Antecedentes: El síndrome de piel escaldada estafilocócica causado por las exfoliotoxinas producidas por el *Staphylococcus aureus*, puede iniciar con fiebre seguida de eritema escarlatiniforme y sensibilidad cutánea, con posterior formación de costras. El diagnóstico es clínico y se puede confirmar con cultivos de mucosas faríngea, nasal o conjuntival y biopsia de piel, el tratamiento debe ser precoz a base de antibioticoterapia oral o intravenosa. Caso clínico: Masculino de 10 años, que presenta lesiones eritematosas difusas y pruriginosas en las 4 extremidades, tratado con manejo sintomático y antibiótico, agregándose maculas pruriginosas con acentuación folicular, se y se da manejo como dermatitis atópica, presenta mejoría relativa, posterior a 17 días de inicio de síntomas recurre el prurito y se agrega descamación con edema, secreción y costras mieliscerica, se diagnostica síndrome de la piel escaldada por biopsia de piel, se agrega manejo antibiótico vía oral y se da de alta posterior a mejoría clínica. Conclusiones: el síndrome de la piel escaldada es una patología poco frecuente, en el reporte de nuestro caso se presenta posterior a una dermatitis atópica, con un rápido inicio entre una enfermedad y la otra, lo que implicó un reto en el diagnóstico y por ende en el tratamiento, a pesar de lo complicado que fue encontrar los diagnósticos finales se logró dar manejo al paciente y disminuir los efectos indeseados de la propia hospitalización y del síndrome de Ritter.

**Palabras clave:** prurito, eritema, betalactamasas, biopsia

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [irmamtzt@gmail.com](mailto:irmamtzt@gmail.com)

# Scalded Skin Syndrome Subsequent to Debutant Atopic Dermatitis, Case Report

## ABSTRACT

Background: Staphylococcal scalded skin syndrome it's (a condition) caused by Staphylococcus aureus synthesized exotoxins, leading to fever followed by erythema, cutaneous dysaesthesia and finally scab formation. Diagnosis it's clinical and can be confirmed by pharyngeal, nasal or conjuntival cultures and skin biopsy. Eearly oral or intravenous antibiotic treatment should be performed. Clinical case: 10-year-old male patient shows itchy diffuse erythematous lesion on all four extremities, receiving symptomatic and antibiotic treatment followed by the addition of itchy macular rashes with follicular accentuation, being treated as an atopic dermatitis the patient starts to show some relative improvement. 17 days after the start of symptoms itchiness reappears in addition to desquamation, edema, secretions and meliceric crusts with a subsequent skin biopsy and Staphylococcal scalded skin syndrome diagnosis. Oral antibiotic treatment it's added to the previous with hospital discharge after clinical improvement. Conclusions: Staphylococcal scalded skin syndrome it's truly an uncommon pathology, in our case report it manifested following an atopic dermatitis with a short time period between one disease and the other, entailing a real challenge to diagnose and thus treat. Despite the puzzling challenges to get the final diagnosis we reached our goal, in addition to prevent the potential unwanted effects due to hospitalization and Ritter's Syndrome.

**Keywords:** itching, erythema, beta-lactamases, biopsy

*Artículo recibido 14 mayo 2025*

*Aceptado para publicación: 17 junio 2025*



## ANTECEDENTES

El síndrome de piel escaldada estafilocócica causado por las exfoliotoxinas que produce el *Staphylococcus aureus* afecta preferentemente a recién nacidos y niños menores de 5 años, puede ser de tipo localizado, abortivo, escarlatiniforme y generalizado esta última forma comúnmente llamada enfermedad de Ritter, normalmente precede a una infección superficial, pero no es rara de novo, puede iniciar con fiebre seguida de eritema escarlatiniforme y sensibilidad cutánea, con afectación flexural y periorificial, posterior a esto aparecen ampollas flácidas que rompen con facilidad, acompañado de conjuntivitis y afección circumoral y labial con formación de costras. Entre sus diagnósticos diferenciales se encuentra la escarlatina, enfermedad de Kawasaki, síndrome de shock tóxico, dermatitis atópica reagudizada, síndrome de Steve Jonson, entre otros. <sup>(1)(2)</sup>

El diagnóstico es clínico y se puede confirmar con cultivos de mucosas faríngea, nasal o conjuntival y biopsia de piel, el tratamiento debe ser precoz para evitar complicaciones, sin embargo sus múltiples diagnósticos diferenciales pueden hacer difícil el tratamiento oportuno <sup>(3)</sup>, el mismo que se dará a base de antibioterapia oral o intravenosa en las formas graves, se incluye en el manejo a las penicilinas resistentes a betalactamasas y en caso de patrón de resistencia a penicilina del *Staphylococcus aureus* serán los antibióticos como vancomicina, clindamicina o linezolid, en paciente alérgicos a penicilinas se puede usar clindamicina o claritromicina <sup>(2)</sup>

En cuanto a la dermatitis atópica es una dermatosis pruriginosa crónica muy común afectando principalmente a niños los signos principales suelen ser xerosis y prurito, sin embargo, existen múltiples variantes entre las que se encuentra la folicular, papular liquenoide, prurigo, numular y eritrodermica, el manejo abarca desde la adecuada hidratación de la piel y su higiene, hasta fármacos antiinflamatorios tópicos, antimicrobianos, antihistamínicos, fototerapia, biológicos e inmunomoduladores sistémicos, además de una adecuada educación al paciente y familia. <sup>(4)</sup>

### Objetivo

Reportar el caso de paciente con reto diagnóstico y terapéutico al presentar 2 urgencias dermatológicas, siendo además el síndrome de Ritter una patología infecciosa de poca frecuencia la cual no haría sospechar de esta en primera instancia.



## Caso clínico

Masculino de 10 años con antecedente de alergia a proteínas de leche de vaca a los 6 meses, epilepsia a los 9 años tratado con levetiracetam, rinitis alérgica a los 6 años con mal manejo, alérgico a penicilina, hospitalización por broncoespasmo en 1 ocasión a los 2 años, resto negado, polvo + en casa.

Inicia padecimiento 9 días antes de su hospitalización con lesiones eritematosas difusas, pruriginosas en 4 extremidades (Figura 1), acude a consulta externa donde es tratado con dexametasona intramuscular, loratadina vía oral y prednisona vía oral, con nula mejoría, acude a revaloración se cambia manejo a base de azitromicina vía oral, fluocinolona tópica, las lesiones se volvieron generalizadas respetando palmas y plantas, agregándose maculas pruriginosas, con acentuación folicular importante, acuden a valoración en área de urgencias pediátricas, al interrogatorio dirigido 7 días previos a la presentación de las lesiones con odinofagia, niegan fiebre, náuseas, vómitos u otros síntomas agregados, a la exploración física se encuentran lesiones maculopapulares, pruriginosas, que no palidecen a la digitopresión, cubriendo el 96% de la superficie corporal total, lengua con pequeñas maculas puntiformes de color rojizo, amígdalas hipertróficas grado 3, sin exudado, ganglios cervicales negativos, resto de la exploración sin alteraciones, se comienza protocolo por sospecha de enfermedad exantemática sospechando escarlatina así como probable patógeno de TORCH, versus eritrodermia medicamentosa por levetiracetam, se inicia manejo con difenhidramina vía oral y emolientes tópicos, se interconsulta a dermatología quien sospecha exantema de origen viral y se continua mismo manejo, se reportan laboratorios (Cuadro 1. Columna A), ante los datos anteriores se llega al diagnóstico de dermatitis atópica variante folicular, después de 3 días de hospitalización se da de alta a domicilio con datos de alarma, 5 días después de alta acude nuevamente a urgencias con reinicio de prurito agregándose eritema escarlatiniforme descamación generalizada, signo de nikolski positivo, y edema acompañante, (Figura 2), secreción y costras mieliscerica en pliegues y párpados, así como conjuntivitis. Se sospecha de exacerbación de dermatitis atópica vs nuevamente una posible farmacodermia con sobreinfección, se inicia nuevamente con antihistamínico vía oral y emolientes, se interconsulta a inmunología y alergología quien sospecha patología infecciosa probable síndrome de Ritter y se ajusta manejo con Fexofenadina vía oral, Deflazacort vía oral, se agrega empíricamente tratamiento con claritromicina vía oral, montelukast, mupirocina tópica y emoliente, además de dieta



libre de alérgenos, oftalmología al encontrar edema palpebral y piel periocular con apariencia acartonada agrega ciprofloxacino oftálmico, hipromelosa 0.5% oftálmico, fluocinolona ungüento oftálmico, se realizan laboratorios Cuadro 1 Columna B Exudado faríngeo positivo a S.aureus. Estudio citopatológico de frotis de piel con citológicos sugerentes de dermatosis acantolítica inespecífica, se solicita biopsia de piel con datos compatibles con síndrome de piel escaldada. Se mantiene mismo manejo. Tras 5 días de hospitalización se muestra mejoría significativa y se decide egreso a domicilio con cita a alergología pediátrica, en primera cita de consulta externa de inmunología y alergia en segunda cita se presentan lesiones pruriginosas con liquenificación en párpados, en comisuras labiales, cuello y pliegues antecubitales, laboratorios (Cuadro 1. Columna C) se corrobora diagnóstico de dermatitis atópica, se modifica manejo con montelukast VO, Deflazacort VO, mupirocina ungüento, Fexofenadina VO timocrolimus, ciclosporina 1 mg/kg/día, 1 mes después lesiones desaparecen Laboratorios (Cuadro 1 Columna D) se continua con fexofenadina, vitaminas ACD y ciclosporina, se realizan pruebas cutáneas positivas a Avena Sativa, Artemisia tridentata, Dermatofagoides Pteronysinus, Dermatofagoides Farinae y huevo. Inicio de inmunoterapia 1 mes después con mejoría en casi la totalidad de síntomas. Al momento se reporta paciente sin recaídas y asintomático.

**Figura 1**



**Figura 2**



**Tabla 1.** Laboratorios y paraclínicos realizados durante proceso diagnóstico y terapéutico del paciente.

Laboratorio solicitado	Columna a.	Columna b.	Columna c.	Columna d.
Procalcitonina ng/ml	0.18	0.12		
Proteína C reactiva mg/dl	12.8	< 5	7.6	
Prueba rápida SARS-Cov2	Negativa			
Inmunoglobulina E UI/ml		75		
Anticuerpos VIH 1 y VIH2	Negativos			
Antígeno de superficie para hepatitis B	Negativo			
Anticuerpos antitoxoplasma Gondi IgG e IgM	Negativos			
Anticuerpos	Negativos			
Anti rubeola IgG e IgM				
Anticuerpos anti citomegalovirus IgG e IgM	Negativos			
Anticuerpos anti herpes simple 1 y 2, IgG e IgM	Negativos			
Cultivo de exudado faríngeo	Negativo			
Urocultivo		Negativo		
Anticuerpos anti estreptolisina	Negativos			
Leucocitos células/ $\mu$ l	17,6	22,9	9,3	10,5
Linfocitos células/ $\mu$ l	5,34	4,48	4,35	3,10
Monocitos células/ $\mu$ l	740	2,210	580	0,520
Neutrófilos células/ $\mu$ l	10,270	14,67	2,820	6,84
Basófilos células/ $\mu$ l	10	0,17	8	0,02
Eosinófilos células/ $\mu$ l	1,000 (5,7%)	0,64 (2.8 %)	1,400 (15%)	0,00
Plaquetas células/ $\mu$ l	290,0	220,0		
Hb g/dl	15,4	12		
Estudio citopatológico de frotis de piel		Datos sugerentes de dermatosis acantolítica		
Biopsia de piel		Acantólisis y separación intraepidérmica superficial		

## DISCUSIÓN

El síndrome de piel escaldada estafilocócica o síndrome de Ritter es una patología poco frecuente, con evolución tórpida y repercusión sistémica por lo que es considerada una patología dermatológica grave. En el caso presente corresponde a una forma no habitual de presentación de dicho síndrome, además de que este caso es de los pocos reportados en la literatura de habla hispana, el paciente inicia con cuadro clínico inespecífico por lo que fue necesario descartar algunas enfermedades relacionadas al tipo de lesiones y clínica, se sospechó desde primera instancia escarlatina estafilocócica debido a la incidencia de esta en paciente con esta edad, sin embargo no presentó fiebre, el cual sería un signo frecuente en caso de sospecharse de escarlatina, pero al presentar lesiones características tales como eritema difuso respetando palmas y plantas sin desarrollo de ampollas se continuo con la alta sospecha, y se inició por medico de primer contacto la azitromicina con manejo sintomático <sup>(5)</sup>, al no responder a tratamiento, con reaparición de las lesiones de forma estrepitosa, tipo máculo papular, se vuelve difícil el diagnóstico ya que se debe de descartar otro tipo de enfermedades que pueden ser diferenciales de la primera sospecha, así como otro tipo exantemáticas con estas características y otras patologías sistémicas como síndrome de Steven Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, y diferentes farmacodermias <sup>(6)</sup>, estos últimos siendo probables por el antecedente de tratamiento con anticonvulsivante, presentándose en un menor porcentaje de los casos y poco frecuente en niños (20%), en este caso cumple con algunas características por lesiones que cubrían más del 90% de superficie corporal total aún que no típicas de esta afección y sin desprendimiento epidérmico, además de una lesión en mucosas características de NET <sup>(7)</sup>, se inició manejo sintomático por la sospecha, sin remisión y progresión del cuadro clínico, suponiendo un exantema de origen viral, se realizaron pruebas de anticuerpos y antígenos para TORCH con resultados negativos por lo que se descartó de momento.

Posteriormente presenta lesiones de tipo folicular sospechando en dermatitis atópica, una variante frecuente en pacientes pediátricos <sup>(8)</sup>, se continua tratamiento con mejoría parcial de los síntomas, posterior a la mejoría y dar de alta paciente debuta con lesiones descamativas con costras y secreción melicérica en párpados y todas las zonas de pliegue, además de eritema escarlatiniiforme orientándonos a una enfermedad de tipo bacteriana encontrándose más frecuente por bacterias Gram positivas que causa epidermolisis por toxinas exfoliativas como el *Staphylococcus Aureus*, perteneciendo a un grupo



de enfermedades dermatológicas como impétigo, foliculitis, síndrome de Ritter, este último caracterizándose por presentar ampollas que se rompen espontáneamente dejando al descubierto zonas eritematosas o a la dígito presión (signo de Nikolski), presentes en el paciente, y aunque unas de las pruebas que se puede realizar es el cultivo de secreción nasal, faríngea o conjuntiva, no suelen ser específicas para la enfermedad teniendo en gran parte falsos negativos, la biopsia de piel nos puede ayudar como un método de descarte de otras enfermedades relacionadas la cual fue la prueba diagnóstica del paciente acompañado de un cultivo de faringe positivo.<sup>(9)</sup>

Rara vez se presenta este tipo de infecciones como una complicación de algunas enfermedades inflamatorias de la piel tales como en dermatitis atópica y cuando se presenta, necesita ser tratado junto con la inflamación de la piel para eliminar la condición.

Por lo tanto, se debe indicar tratamiento lo antes posible con antibióticos macrólidos o cefalosporinas de primera generación, de existir resistencia a meticilinas, se debe iniciar terapia intravenosa con vancomicina o linezolid, de presenta alergia a penicilinas como en el caso de nuestro paciente se puede iniciar macrólido o lincomicina, además de corticoides tópicos o sistémicos, antihistamínicos, e inmunomoduladores. La enfermedad tiene buen pronóstico en la edad pediátrica, siendo potencialmente mortal en adultos y las lesiones evolucionan a descamación en grandes láminas sin dejar cicatriz, las principales complicaciones son secundarias a deshidratación o sobreinfección.<sup>(10)</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Citar, C., Beraghi, Ruiz, S., Grande, P., García, S., Beraghi, M., Prado Sánchez Ruiz, D., Julia, D., Sara Sánchez García, D., Molina Cabildo, A., Ana, D., Martínez Gómez, R., & García Cabeza, M. (2020). Presentación de casos clínicos. *Arch Argent Pediatr*, 118(1).  
<https://doi.org/10.5546/aap.2020.e30>
2. Fernandez, J. (2002, April). *Síndrome de la Escaldadura Estafilocócica*. Web Pediatrica; Revista Web PEDiatrica.com. [https://www.webpediatrica.com/casosped/pdf/10\\_ssss.pdf](https://www.webpediatrica.com/casosped/pdf/10_ssss.pdf)
3. Viader, I., Domínguez Riscart, J., Del Rosal Rabes, T., De Ceano-Vivas, M., Calle, L., Paz, L., Madrid, España, Madrid, E., & Errasti, I. (n.d.). *Nota clínica ¿Urticaria? ¿Dermatitis atópica? Diagnóstico final: síndrome de la piel escaldada estafilocócica*. Retrieved September 24, 2024, from <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19n74/1139-7632-pap-19-74-00e59.pdf>



4. Rivas, M., Orozco, L., & Saez, M. (2020). Atención y tratamiento integral de la dermatitis atópica. Medigraphic; Acta Pediatrica. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apm206f.pdf>
5. Wessels MR. Streptococcus pyogenes Pharyngitis and Scarlet Fever. 2022 Sep 5 [Updated 2022 Oct 4]. In: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editors. Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations [Internet]. 2nd edition. Oklahoma City, University of Oklahoma Health Sciences Center; 2022 Oct 8. Chapter 22. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587104/pdf/Bookshelf\\_NBK587104.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587104/pdf/Bookshelf_NBK587104.pdf)
6. Beraghi M, Sanchez Ruiz p, Pareja Grande, J, Sanchez Garcia S, et al. Síndrome de la piel escalda estafilococica en un paciente pediátrico con dermatitis atípico, Arch Argent Pediatric 2020; 118 (1): e30-e33 <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg2020/v118n1a18.pdf>
7. Sotelo-Cruz, Noberto, Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica, Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud Universidad de Sonora, Hospital Infantil del Estado de Sonora, México, 2012; 148: 265-75, [https://dlwqtxts1xzle7.cloudfront.net/43274949/Sndrome\\_de\\_Stevens-Johnson\\_y\\_necrlisis\\_e20160302-23762-1g4qwxw-libre.pdf](https://dlwqtxts1xzle7.cloudfront.net/43274949/Sndrome_de_Stevens-Johnson_y_necrlisis_e20160302-23762-1g4qwxw-libre.pdf)
8. Rivas-Calderón M, Orozco-Covarrubias L, Sáez-de-Ocariz M, Clinical approach and therapeutic management of atopic dermatitis, *Acta Pediatr Mex* 2020; 41(6): 286-92. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apm206f.pdf>
9. Frantz,R.;Huang,S.;Are, A.; Motaparathi, K. Stevens–Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Review of Diagnosis and Management. *Medicina* 2021, 57, 895. <https://doi.org/10.3390/medicina57090895>
10. Sinéad M Langan, Alan D Irvine, Stephan Weidinger, Atopic dermatitis, Vol 396 August 1, 2020, Pág. 350

