

Síndrome da pele escaldada: relato de caso

Scalded skin syndrome: case report

Fátima Cleonice de Souza¹, Samanta Feilstrecker¹, Isabel Barros Hubner²

RESUMO

Introdução: A síndrome da pele escaldada é uma doença epidermolítica, mediada por toxinas e que se caracteriza por eritema, desprendimento generalizado das camadas superficiais da epiderme, envolvendo, principalmente, crianças até os 5 anos de idade. É causada pelo *Staphylococcus aureus* do grupo II, e seu diagnóstico é essencialmente clínico. **Relato de caso:** Paciente de 45 dias de vida iniciou com lesões bolhosas em região perioral que após disseminaram-se pela face, tronco e membros, tornando-se descamativas e hiperemiadas. Avaliada pelo dermatologista, foi diagnosticada a síndrome da pele escaldada, sendo então iniciado tratamento endovenoso com oxacilina e gentamicina, mantidos por 7 dias. Evoluiu com melhora clínica progressiva e regressão importante das lesões. Após 3 dias, hemocultura demonstrou a presença de *Staphylococcus* gram-positivo, o que confirmou o diagnóstico. **Conclusão:** Considerando que a síndrome da pele escaldada, assim como outras patologias infecciosas, pode admitir um curso desastroso, torna-se de fundamental importância o conhecimento dessa patologia a fim de evitá-la e, caso ocorra, instituir tratamento adequado prontamente ao diagnóstico.

Descritores: Síndrome da pele escaldada, necrólise epidérmica tóxica, pediatria.

ABSTRACT

Introduction: Scalded skin syndrome is an epidermolytic, toxin-mediated disease characterized by erythema and generalized separation of the superficial layers of the epidermis, usually affecting children up to 5 years old. The condition is caused by group II *Staphylococcus aureus* strains; diagnosis is essentially clinical. **Case report:** A 45-day old patient initially developed blisters in the perioral region, which subsequently spread throughout the face, trunk and limbs and became desquamative and hyperemic. Following assessment by a dermatologist, a diagnosis of scalded skin syndrome was made, and intravenous treatment with oxacillin and gentamicin was initiated and maintained for 7 days. The patient showed progressive clinical improvement and substantial lesion regression. After 3 days, blood culture demonstrated the presence of gram-positive *Staphylococcus* strains, confirming diagnosis. **Conclusions:** Because scalded skin syndrome, like other infectious diseases, may have a severe clinical course, improving our knowledge about the condition is paramount to prevent it and, whenever diagnosed, to treat it appropriately and promptly.

Keywords: Scalded skin syndrome, toxic epidermal necrolysis, pediatrics.

1. Médica Pediatra e Professora de Pediatria – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

2. Médica Pediatra do Hospital Santa Cruz (HSC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Como citar este artigo: Souza FC, Feilstrecker S, Hubner IB. Síndrome da pele escaldada: relato de caso. Bol Cient Pediatr. 2015;04(2):49-51.

Introdução

A síndrome da pele escaldada ocorre quando há quebra das barreiras protetoras da pele, o que facilita a infecção pelo *Staphylococcus aureus* do grupo II, principalmente o tipo 71, que é seu agente causador. Ele leva à produção de duas exotoxinas, A e B, que se ligam à zona granulosa da epiderme, causando uma clivagem superficial intraepidérmica.

A doença costuma acometer crianças até os 5 anos de idade, e é caracterizada por lesões bolhosas disseminadas pelo corpo, decorrentes da ação dessas toxinas bacterianas cujo mecanismo de ação é ainda incerto. O diagnóstico é essencialmente clínico e deve-se sempre realizar o diagnóstico diferencial com todas outras doenças bolhosas. O que auxilia na diferenciação com outras patologias é que, na síndrome estafilocócica da pele escaldada, as membranas mucosas são poupadas. Pode ser realizada biópsia para confirmação diagnóstica, em que o histopatológico demonstrará clivagem alta da bolha, ao nível da camada granulosa intraepidérmica. Também pode ser realizada a cultura da lesão para detecção do agente etiológico.

O prognóstico em crianças é excelente, mesmo sem tratamento específico, sendo que a taxa de mortalidade pode variar de 2 a 3%, e a síndrome da pele escaldada pode apresentar regressão espontânea em um espaço de tempo de 2 a 3 semanas, dependendo da concentração e atuação da toxina no sangue e da reação do hospedeiro. Suas complicações mais comuns são desidratação, choque, hipotermia, infecções secundárias, sepses, invalidez e até a morte. O tratamento precoce com antibióticos é capaz de erradicar a doença que possui origem infecciosa, bem como evitar a progressão da esfoliação¹⁻⁴.

Relato

Paciente feminina, com 45 dias de vida interna no Hospital Santa Cruz devido lesões de pele com 48 horas de evolução. Lesões surgiram como bolhas, acometendo região perioral e disseminaram-se pela face, tronco e membros, com posterior descamação e vermelhidão. Evoluiu com picos febris de até 38 °C. Hemograma evidenciou desvio à esquerda (Leucócitos: 7.000; Bastões: 20%; Segmentados: 38%; Eosinófilos: 7,7%; Basófilos: 0,1%; Monócitos: 9,2%; Linfócitos: 4,2%) e marcadores inflamatórios positivos (Proteína C-reativa: 0,91). Foi diagnosticada síndrome da pele escaldada, sendo iniciado tratamento endovenoso com oxacilina e gentamicina, mantidos por 7 dias. Evoluiu com melhora clínica progressiva, com regressão das lesões

e permanecendo afebril após 48h de antibiótico. Recebeu alta com cefalexina por via oral, a fim de completar 10 dias de tratamento. Após 3 dias, resultado da hemocultura demonstrou a presença de *Staphylococcus* gram-positivo, o que confirmou o diagnóstico.

Discussão

A colonização bacteriana inicial geralmente ocorre nas narinas, na nasofaringe, na conjuntiva, no trato urinário ou no trato gastrointestinal, na região umbilical (principalmente em neonatos), no sangue ou na própria pele. Por isso, a produção das exotoxinas produzidas pelo *Staphylococcus aureus* origina-se de focos de infecção, como conjuntivite purulenta, otite média e infecção nasofaríngea ou, localmente, das lesões do impetigo bolhoso. A pele,



Figura 1 - Descolamento de extensa área da epiderme em membro inferior



Figura 2 - Lesão em membro superior durante a fase aguda da doença

inicialmente, encontra-se eritematosa e dolorosa à palpação; após, apresenta-se com eritema difuso e descamação que acaba por deixar extensas áreas desnudas compondo o aspecto de pele escaldada. As bolhas possuem predileção por áreas de fricção, como tronco e extremidades, e as erosões podem ocorrer em locais extensos, resultando em lesões abertas e dolorosas que podem servir de portas de entrada para outros agentes invasores. A doença, em sua forma clássica, é também conhecida como Doença de Ritter e se apresentará de forma generalizada, com pródromos de mal estar, irritação, febre e eritema cutâneo que evolui de 24 a 48 horas para bolhas flácidas por toda pele. Sua forma mais leve é localizada e também conhecida como impetigo bolhoso. Possui, geralmente, bom prognóstico, e devido à clivagem superficial da epiderme as lesões costumam evoluir com pouca ou nenhuma cicatriz^{1,5}.

O tratamento, assim como no caso apresentado, deve ser sempre realizado com agentes antimicrobianos. São recomendados também banhos e compressas para desbridamento da epiderme superficial necrótica. Agentes antimicrobianos tópicos, sulfadiazina de prata, bacitracina, mupirocina estão indicados, particularmente, para infecções localizadas, mantendo-se o cuidado de se evitar o uso de tópicos sensibilizantes. Em casos de erupções menos extensas podem ser usados antibióticos orais, porém na forma generalizada é necessária internação em UTI para monitorização, hidratação endovenosa, controle da termorregulação, adequado controle da dor e febre, cuidados tópicos das feridas e antibioticoterapia endovenosa com drogas que cubram possível resistência bacteriana. Para crianças pode ser usada oxacilina na dose

de 100 a 200 mg/kg/dia EV a cada 4 ou 6 horas por um período mínimo de 7 dias. Também pode ser utilizada a vancomicina quando em superinfecções ou em pacientes alérgicos à penicilina, devendo ser ponderada a necessidade do uso de um aminoglicosídeo^{2,5}.

Sabe-se hoje que são de extrema importância o desenvolvimento e o emprego de estratégias de controle de infecção em unidades de terapias intensivas, principalmente neonatais, em berçários e em salas de partos, através do uso adequado de antissépticos, higiene correta e constante das mãos, tratamento apropriado de atendentes infectados e erradicação de carreadores ou portadores assintomáticos com antibióticos tópicos, devido à crescente incidência dessa síndrome e de outras infecções neonatais¹.

Referências

1. Pellenz C, Garcia PCR. Síndrome da pele escaldada estafilocócica em crianças. *Sci med.* 2004;14(4):346-50.
2. Chlapek BH. Dermatologic Emergencies. *Current of Emergency Medicine.* 2008.
3. Randall W King, MD. Síndrome da pele escaldada estafilocócica em medicina de emergência. *Medscape reference.* Maio de 2010.
4. Castro de Dáchiadi, Nancy. Urgencias em Dermatologia. *Acta med Colomb.* 1989;14(4):276-80.
5. Souza CS. Infecções de tecidos moles - Erisipela. Celulite. Síndromes infecciosas mediadas por toxinas. *Medicina, Ribeirão Preto.* 2003;36:351-6.

Correspondência:
Samanta Feilstrecker
E-mail: samantapediatra@gmail.com