



## Relato de caso

### Síndrome da pele escaldada estafilocócica: relato de caso

#### *Staphylococcal Scalded Skin Syndrome: case report*

Laisa Maria Lima Tolentino<sup>1</sup>  Marcella Soares Bastos<sup>1</sup>  Maria Eduarda Souza Melo Cabral<sup>1</sup>  Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa<sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup>Centro Universitário do Norte de Minas, Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil.

#### Resumo

**Objetivo:** relatar o caso de uma criança com Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica, com manifestações típicas dessa patologia, destacando-se seus aspectos clínicos e dermatológicos, além do tratamento. **Materiais e Métodos:** trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de caso. Foram utilizados dados do prontuário eletrônico. **Relato de caso:** paciente de quatro meses de idade com quadro inicial de irritabilidade, exantema e edema em pálpebras, lábios e orelhas e secreção ocular, com evolução do exantema para outras regiões do corpo. Foi diagnosticado com Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica. Recebeu tratamento com antibioticoterapia, colírio para a conjuntivite e suporte clínico, resultando melhora total do quadro, sem intercorrências e sem sequelas. **Conclusão:** com o diagnóstico precoce e abordagem adequada, é possível obter sucesso no tratamento, com um bom prognóstico nessa faixa etária.

**Palavras-chave:** Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica. Doença de Ritter. *Staphylococcus aureus*. Pediatria.

#### Abstract

**Objective:** to report a case of a child with Staphylococcal Scalded Skin Syndrome, with typical manifestations of this pathology, highlighting its clinical and dermatological aspects, in addition the treatment. **Materials and Methods:** this is a descriptive case report study. Data from the electronic medical record were used. **Case report:** a four-month-old patient with initial condition of irritability, rash and edema in eyelids, lips and ears and eye discharge, with progression of the rash to other regions of the body. He was diagnosed with Staphylococcal Scalded Skin Syndrome. The patient received treatment with antibiotic therapy, eye drops to improve the conjunctivitis and clinical support, evolving with complete improvement of the condition, without intercurrents and without sequelae. **Conclusion:** with early diagnosis and adequate approach, it is possible to obtain treatment success, with good prognosis in this age group.

**Keywords:** Staphylococcal Scalded Skin Syndrome. Ritter disease. *Staphylococcus aureus*. Pediatric.

**Autor correspondente:** Laisa Maria Lima Tolentino | [laisa.brown@hotmail.com](mailto:laisa.brown@hotmail.com)

**Recebido em:** 04/05/2023. **Aprovado em:** 24/08/2023. **Como citar este artigo:** Tolentino LML, Bastos MS, Cabral MESM, Rossi-Barbosa LAR. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome: case report. Revista Bionorte. 2023 jul-dez;12(2):383-9. <https://doi.org/10.47822/bn.v12i2.684>



## Introdução

A Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica (SPEE) (SSSS, *Staphylococcal Scalded Skin Syndrome*) ou Doença de Ritter é uma patologia epidérmica, bolhosa que se caracteriza por um desprendimento da pele, denominado de sinal de Nikolsky<sup>1-3</sup>. É causada por uma toxina esfoliativa proveniente do *Staphylococcus aureus* do grupo II, sendo elas as Endotoxinas A e B, as quais levam à clivagem do complexo desmogleína-1<sup>4-6</sup> cujos desmossomos presentes são responsáveis por garantirem a união das células epidérmicas<sup>5,6</sup>.

É uma condição rara da pele<sup>4,6</sup> com incidência entre 0,09 e 0,56 casos/ milhão<sup>5-7</sup>. Normalmente originam-se de um foco de infecção, como a conjuntivite purulenta, otite média, infecção nasofaríngea ou, até mesmo, alguma infecção cutânea pré-existente<sup>1-3,7,8</sup>.

Os primeiros sintomas tipicamente são sistêmicos, como irritabilidade, mal-estar geral e início súbito de febre<sup>1,5</sup>, e então surge o *rash* eritematoso escarlatiforme confluyente, seguido pela formação de lesões bolhosas frágeis, que pode evoluir para descolamento epidérmico e esfoliação<sup>1,2,5,7,8</sup>. Essas lesões geralmente se iniciam no rosto, com uma progressão caudal. O eritema costuma ser mais grave em flexuras, tais como pescoço, axila, fossas poplíteas, virilha e áreas periorificiais (perianal)<sup>1,2,7,8</sup>.

Acomete principalmente lactentes e crianças pequenas sendo menos frequente posteriormente<sup>1,9</sup>. Duas hipóteses são relatadas para explicar o maior acometimento em crianças menores: uma é a incapacidade do sistema imune em combater esse patógeno, pois a criança ainda não desenvolveu anticorpos protetores contra ele. Outra possibilidade refere-se à depuração renal imatura, o que dificulta a excreção das toxinas<sup>1,2,7</sup>.

O diagnóstico preciso e oportuno é fundamental devido à causa infecciosa e há necessidade de terapia antimicrobiana<sup>1</sup>. A oxacilina, cloxacilina, dicloxacilina flucloxacilina e nafcilina são antibióticos de primeira linha<sup>6</sup>. Em pacientes alérgicos à penicilina, macrolídeos ou aminoglicosídeos podem ser usados. Caso o paciente não responda a essas drogas, ou desenvolva progressão da doença mesmo em uso de antibiótico, avaliar a possibilidade de ser *Staphylococcus aureus resistente à metilina* (MRSA, *Meticilin-resistant Staphylococcus aureus*)<sup>1,10</sup>. Nesse caso, a vancomicina ou clindamicina deve ser adicionada à terapêutica<sup>1-3,6,7,11</sup>. Os corticosteroides são contraindicados<sup>1,5-7</sup>.

Sobre o tratamento tópico, é recomendado aplicar gaze estéril embebida em solução salina nas áreas esfoliadas da pele<sup>1,7</sup>. Antimicrobianos tópicos, como o ácido fusídico, mupirocina e bacitracina estão indicados particularmente em infecções localizadas, devendo ser usados com

cautela, para evitar o uso de tópicos desensibilizantes<sup>1,3,6</sup>. As lesões da pele exibem uma melhora significativa dentro de duas a três semanas<sup>7</sup>. A aplicação tópica de sulfadiazina de prata não é recomendada devido aos potenciais efeitos adversos<sup>1</sup>.

Possíveis complicações devem ser sempre investigadas, sendo elas a sepse, desidratação, hipotermia e infecções secundárias, como pneumonia<sup>1</sup>. A taxa de mortalidade de SPEE é inferior a 4% em crianças<sup>6</sup>. Com exceção aos pacientes com complicações, o prognóstico de crianças com SPEE é excelente<sup>1</sup>. Este trabalho apresentou o caso de uma criança de quatro meses que adquiriu a SPEE, destacando os aspectos clínicos, dermatológicos e o tratamento.

## Relato de caso

Paciente de sexo masculino, quatro meses de idade, natural de Minas Gerais, compareceu ao Pronto-Socorro de um hospital de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, com quadro de irritabilidade, exantema e edema em pálpebras, lábios e orelhas e secreção ocular (Figura 1). Nesse dia, foram prescritos prednisona e anti-histamínico.

**Figura 1** – Edema em região periorbital e esfoliativas em região oral



No dia seguinte, o exantema evoluiu difusamente pelo corpo, principalmente em região genital, quando foi sugerida a hipótese diagnóstica de alergia à fórmula láctea que a criança estava ingerindo. O médico plantonista fez a substituição da fórmula Pregomin pepti para Aptamil pregomin e orientou a mãe a restringir o uso de leite e derivados.

Ao terceiro dia de evolução a acompanhante retorna com o paciente ao serviço devido à piora do quadro, com aparecimento de crostas e secreção em região perioral (Figura 2A), cervical e orelhas (Figura 2B). A acompanhante negou episódios de febre, vômitos e náuseas do paciente, que aceitou dieta via oral e apresentou eliminações fisiológicas.

**Figura 2A** – Lesão esfoliativa em região oral. **Figura 2B** – Lesão esfoliativa em região auricular.



Ao exame inicial, em regular estado geral, normocorado, anictérico, acianótico, hidratado, eupneico, pupilas isofotorreagentes, pares cranianos sem alterações e sem edemas; aparelho cardiovascular, respiratório e digestório sem alterações dignas de nota. Pele com rágades cutâneas periorais com crostas melicéricas e exantema maculopapular em todo o corpo.

Na anamnese, a mãe afirmou ter realizado todas as consultas de pré-natal, sorologias, nasceu a termo, parto cesariano sem intercorrências, Apgar 9/9 e peso ao nascer de 3.665 gramas. Paciente sem alergias, comorbidades e internações prévias. Fazendo uso de vitamina D e Colidis (*Lactobacillus Reuteri*).

Foi internado e realizou-se revisão laboratorial, que apresentava resultado de hemograma com diminuição moderada da série vermelha (4.190,000 / mcl) e aumento do global de leucócitos (12.440 / mcl); proteína C reativa 5,97 mg/L (Valor de Referência: inferior a 5,00 mg/L).

Recebeu hipótese diagnóstica de Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica e foi prescrito, de imediato, oxacilina (200 mg/ kg/ dia, EV, em doses igualmente divididas de 6/ 6 horas). No segundo dia de internação, observou involução das lesões da pele. Após avaliação do oftalmologista, foi prescrito Tobramicina colírio® 0,3% - 5 ml de 4 em 4 horas, e Lacrifilm® colírio 5mg/ml- 1 gota de 4 em 4 horas, devido ao quadro de conjuntivite. No terceiro dia de

internação, a criança apresentava-se com lesões crostosas aderentes em couro cabeludo e pele descamativa com melhora das lesões. Foram prescritos Bepantol® pomada e Cerave® hidratante para lesões de pele. O paciente manteve evolução favorável do quadro geral, com melhora de lesões crostosas em couro cabeludo e lesões cutâneas periorais e do exantema maculopapular pelo corpo.

Manteve tratamento com oxacilina até o 7º dia, ocasião em que obteve alta hospitalar, iniciando tratamento domiciliar com cefadroxila (25 mg/ kg/ dia) via oral dividido em duas tomadas de 12/12 horas por 07 dias e orientações quanto à hidratação da pele e a não exposição solar até a melhora das lesões. O paciente obteve resolução completa dos sinais e sintomas após o tratamento, apresentando sucesso na terapêutica instituída (Figura 3).

**Figura 3** – Patient recovered.



## Cuidados éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Funorte sob o parecer número 4.850.159.

## Discussão

A SPEE possui baixa incidência, sendo, em geral, precedida por uma faringite ou conjuntivite associada a sintomas sistêmicos e ocasionada por infecção estafilocócica<sup>12</sup>. O diagnóstico é, em geral, clínico<sup>2</sup>. Os principais fatores para o diagnóstico diferencial são os sintomas de irritabilidade, mal-estar geral, febre, sensibilidade cutânea e exantema<sup>1,5</sup>. Edema palpebral foi referido em um relato de caso<sup>5</sup>. No presente estudo, o paciente não apresentou febre, mas irritabilidade, edema nas pálpebras e, na evolução do caso, houve o desenvolvimento de sinais na pele típicos da SPPE, além do diagnóstico de conjuntivite que, provavelmente, foi porta de entrada para o surgimento da síndrome.

A internação é necessária para diminuir a morbidade e potencial mortalidade, cujo tratamento consiste na erradicação do agente infeccioso, controle da dor, hidratação adequada e correção dos desequilíbrios eletrolíticos<sup>1</sup>. A internação ocorreu após três dias do início do quadro, devido ao surgimento de sinais característicos na pele, atentando-se para provável SPPE.

Há indicação do tratamento com oxacilina endovenosa e um antibiótico oral poderá ser empregada na continuidade<sup>1,3,6</sup>. A duração do tratamento intravenoso e oral com o antibiótico apropriado é de dez dias, podendo se estender a quatorze dias nos casos dos pacientes com pouca expansividade ao tratamento (persistência do eritema, da febre e progressão das lesões após o sétimo dia de tratamento)<sup>1,3,8</sup>. No presente caso, a criança recebeu tratamento com oxacilina até o 7º dia e alta hospitalar; o tratamento domiciliar consistiu de antibiótico via oral, cefadroxila, e orientações sobre cuidados com a pele. É importante obter um tempo de internação reduzido, visto que, nesse meio, pode ser exposto a outras patologias.

## Conclusão

Este relato descreveu dados epidemiológicos, presença de foco primário e sinais e sintomas compatíveis com a SPEE em um paciente que obteve resolução total do quadro após a instituição do tratamento.

A SPEE é rara e, embora a doença possa causar morbi-mortalidade, na maioria dos casos se obtém sucesso no tratamento, sendo importante ter atenção para a realização de um diagnóstico rápido e um tratamento adequado.

## Contribuições

Os autores participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito, aprovação final da versão a ser publicada, e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

## Referências

- 1 Jordan KS. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome: A Pediatric Dermatological Emergency. *Adv Emerg Nurs J*. 2019 abr; 41(2):129-34. Available from: <https://doi.org/10.1097/TME.000000000000235>
- 2 Azulay RD. *Dermatologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA; 2015.
- 3 Souza CS. Infecções de tecidos moles: erisipela, celulite, síndromes infecciosas mediadas por toxinas. *Medicine*, Ribeirão Preto. 2003;36:351-6. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/733/747>
- 4 Haasnoot PJ, De Vries A. Staphylococcal scalded skin syndrome in a 4-year-old child: a case report. *J Med Case Reports*. 2018;12(20). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13256-017-1533-7>
- 5 Araújo FMM, Azevedo AC, Araujo GMM, Mendes RP. Síndrome da pele escaldada estafilocócica no adulto. Relato de caso. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2017;15(2):109-11. Available from: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/268/250>
- 6 Meshram GG, Kaur N, Hura KS. Staphylococcal scalded skin syndrome: A pediatric dermatology case report. 2018;6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5758955/>
- 7 Handler MZ, Schwartz RA. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management in children and adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(11):1418-23. Available from: <https://doi.org/10.1111/jdv.12541>
- 8 Goldman L, Ausiello DA. *Cecil Medicina*. 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders; 2009.
- 9 Wang Z, Feig JL, Mannschreck DB, Cohen BA. Antibiotic sensitivity and clinical outcomes in staphylococcal scalded skin syndrome. *Pediatr Dermatol*. 2020;37(1):222-3. Available from: <https://doi.org/10.1111/pde.14014>
- 10 Liy-Wong C, Pope E, Weinstein M, Lara-Corrales I. Staphylococcal scalded skin syndrome: An epidemiological and clinical review of 84 cases. 2020. *Pediatric Dermatology*. 2020;38(1):149-53. Available from: <https://doi.org/10.1111/pde.14470>
- 11 Hodille E, Rose W, Diep BA, Goutelle S, Lina G, Dumitrescu O. The Role of Antibiotics in Modulating Virulence in *Staphylococcus aureus*. *Clin Microbiol Rev*. 2017;30(4):887-917. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5608880/>
- 12 Staiman A, Hsu DY, Silverberg JI. Epidemiology of staphylococcal scalded skin syndrome in U.S. children. *Br J Dermatol*. 2018 mar; 178(3):704-8. Available from: <https://doi.org/10.1111/bjd.16097>