

Síndrome da pele escaldada estafilocócica em lactente: Relato de caso

Staphylococcal scalded skin syndrome in an infant: Case report

Síndrome de piel escaldada por estafilocócico en un lactante: Reporte de caso

Recebido: 17/05/2025 | Revisado: 02/06/2025 | Aceitado: 03/06/2025 | Publicado: 06/06/2025

Amanda Santana de Medeiros Dalla Pria

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8122-9259>

Universidade Professor Edson Antônio Velano, Brasil

E-mail: amanda.dalla.pria@hotmail.com

Bruna Carvalho Botelho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7269-0002>

Universidade Professor Edson Antônio Velano, Brasil

E-mail: bruna.botelho@aluno.umifenas.br

Bruna Gonzatti Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6481-8950>

Universidade Professor Edson Antônio Velano, Brasil

E-mail: gb.brunagonzattibatista@hotmail.com

Gabryela Silveira de Lima Eleutério

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0144-7464>

Universidade Professor Edson Antônio Velano, Brasil

E-mail: gabryelasle@gmail.com

Mariana Fonseca Meireles

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2750-3663>

Universidade Professor Edson Antônio Velano, Brasil

E-mail: mariana.meireles@aluno.unifenas.br

Nathalia Ferreira Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1441-6018>

Universidade Professor Edson Antônio Velano, Brasil

E-mail: nathalia.souza@aluno.unifenas.br

Thaís Pereira Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7210-0797>

Universidade Professor Edson Antônio Velano, Brasil

E-mail: thais.pereiramartins@aluno.unifenas.br

Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar um estudo de caso de diagnóstico rápido da síndrome da pele escaldada a fim de estabelecer tratamento adequado e diminuir riscos de complicações decorrentes da síndrome. A síndrome da pele escaldada é uma infecção prevalentemente de etiologia da *Staphylococcus aureus*, resultante da disseminação hematogênica para a pele de exotoxinas, causando desprendimento da zona granulosa da epiderme. Por conseguinte, a sua destruição e esfoliação da pele de forma localizada ou generalizada. Importante ressaltar sobre o foco infeccioso ser distante da liberação da exotoxina por meio de inflamações. Acomete principalmente os menores de cinco anos, mas pode ocorrer em adolescentes e adultos com doença de base. Nesse caso, trata-se de paciente do sexo masculino, de 01 ano de idade, preto, apresentando quadro de manchas na pele associado a febre, o qual evoluíram com hiperemia e bolhas no tronco, membros superiores e face. Com antecedente patológico de faringite na semana anterior ao quadro clínico, administrado amoxicilina. Após avaliação médica foi diagnosticado e deu início ao tratamento endovenoso com Ceftriaxona e Oxalicina, além disso cuidados dermatológicos. Depois de 10 dias de tratamento hospitalar recebeu alta e progrediu sem cicatrizes.

Palavras-chave: Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica; Dermatopatias; *Staphylococcus aureus*.

Abstract

The aim of this article is to present a case study of the rapid diagnosis of scalded skin syndrome in order to establish appropriate treatment and reduce the risk of complications arising from the syndrome. Scalded skin syndrome is an infection predominantly caused by *Staphylococcus aureus*, resulting from the hematogenous dissemination of exotoxins to the skin, causing detachment of the granulosa zone of the epidermis. Therefore, its destruction and exfoliation of the skin in a localized or generalized way. It is important to emphasize that the infectious focus is far from the release of the exotoxin through inflammation. It mainly affects children under five years of age, but can occur in adolescents and adults with an underlying disease. In this case, this is a male patient, 1 year old, black, presenting with spots on the skin associated with fever, which progressed to hyperemia and blisters on the trunk, upper limbs and face. With a

pathological history of pharyngitis in the week before the clinical presentation, amoxicillin was administered. After medical evaluation, he was diagnosed and began intravenous treatment with Ceftriaxone and Oxalycin, in addition to dermatological care. After 10 days of hospital treatment, he was discharged and progressed without scars.

Keywords: Staphylococcal Scalded Skin Syndrome; Skin Diseases; *Staphylococcus aureus*.

Resumen

El objetivo de este artículo es presentar un estudio de caso sobre el diagnóstico rápido del síndrome de piel escaldada con el fin de establecer un tratamiento adecuado y reducir el riesgo de complicaciones derivadas del síndrome. El síndrome de la piel escaldada es una infección causada predominantemente por *Staphylococcus aureus*, resultante de la diseminación hematógena de exotoxinas a la piel, causando desprendimiento de la zona granular de la epidermis. En consecuencia, su destrucción y exfoliación de la piel de forma localizada o generalizada. Es importante destacar que el foco infeccioso está alejado de la liberación de exotoxina a través de la inflamación. Afecta principalmente a niños menores de cinco años, pero puede presentarse en adolescentes y adultos con una enfermedad subyacente. En este caso se trata de un paciente de sexo masculino, de 1 año de edad, de raza negra, que presenta manchas cutáneas asociadas a fiebre, que evolucionaron con hiperemia y ampollas en tronco, miembros superiores y cara. Ante la historia patológica de faringitis en la semana previa a la presentación clínica, se administró amoxicilina. Tras evaluación médica, se le realizó el diagnóstico y se inició tratamiento intravenoso con Ceftriaxona y Oxalicina, además de atención dermatológica. Después de 10 días de tratamiento hospitalario fue dado de alta y evolucionó sin cicatrices.

Palabras clave: Síndrome Estafilocócico de la Piel Escaldada; Enfermedades de la Piel; *Staphylococcus aureus*.

1. Introdução

A síndrome da pele escaldada é definida como uma infecção causada predominantemente pelo *Staphylococcus aureus* do grupo II. Ocorre quando há quebra da barreira protetora da pele levando a produção de exotoxinas que se ligam à zona granulosa da epiderme e gera clivagem superficial intraepidérmica. Acomete majoritariamente lactentes e crianças até 5 anos (Cleonice de Souza et al., 2015; Santos Veiga do Carmo et al., 2022). Entre essas toxinas, as enterotoxinas causam intoxicações alimentares, enquanto a TSST-1 e as toxinas esfoliativas estão ligadas a doenças sistêmicas graves, como a Síndrome do Choque Tóxico e a Síndrome da Pele Escaldada (Pereira et al., 2024; Fernández-Fructuoso, Sevilla-Denia & Lloreda García, 2022).

As manifestações clínicas são mediadas por via hematogênica e em sua grande maioria se manifestam abruptamente com eritema difuso, febre e lesões bolhosas disseminadas pelo corpo. Além disso, pode evoluir para complicações, sendo as mais comuns a desidratação, sepse, infecções secundárias, hipotermia e até morte (Cleonice de Souza et al., 2015; Ross, Saleh & Sathe, 2025).

O diagnóstico é clínico e pode ser confirmado com biópsia de pele demonstrando alta clivagem e exame de cultura para detecção do antígeno (K Mishra et al., 2016). O prognóstico em crianças e lactentes é favorável com mortalidade reduzida de 2 a 3%, e o tratamento consiste em antibioticoterapia e terapia de suporte (Cleonice de Souza et al., 2015; Santos Veiga do Carmo et al., 2022).

O objetivo deste artigo é apresentar um estudo de caso de diagnóstico rápido da síndrome da pele escaldada a fim de estabelecer tratamento adequado e diminuir riscos de complicações decorrentes da síndrome.

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa e do tipo específico de relato de caso clínico (Toassi & Petry, 2021; Pereira et al., 2018; Yin, 2015). Esta pesquisa respeita a questão ética e foi submetida e aprovada em comitê de ética.

Esse trabalho constitui-se de um relato de caso de paciente com diagnóstico de Síndrome da Pele Escaldada. O caso relatado foi diagnosticado no Hospital Regional do Sul de Minas, no município de Varginha-MG.

Como base científica foi realizado um levantamento bibliográfico na base de dados PubMed e Google Scholar, priorizando-se artigos e periódicos publicados no idioma português e inglês nos últimos 10 anos.

O presente estudo seguiu os critérios éticos com os responsáveis pelo paciente assinando o documento: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) permitindo a divulgação de informações do paciente para fins científicos.

3. Resultados e Discussão

Paciente do sexo masculino, 1 ano de idade, 11,8 kg, deu entrada no Hospital Regional do Sul de Minas apresentando quadro de manchas na pele associado pa febre. As lesões evoluíram com hiperemia e bolhas no tronco, membros superiores e face e piora da febre. Paciente teve quadro de faringite uma semana anterior ao surgimento das manchas, na qual foi administrado Amoxicilina.

No exame físico, o paciente apresentou pele com placas arredondadas, bordas hiperemiadas com centro claro em tronco, membros, pescoço e início em face, lesões bolhosas em região de punhos e dorso de pés e extremidades pouco edemaciadas.

Hemograma evidenciou desvio à esquerda (Leucócitos: 12.300 mm³; Bastões: 1%; Segmentados: 57%; Eosinófilos: 3%; Basófilos: 0%; Monócitos: 2%; Linfócitos: 37%) e marcadores inflamatórios elevados (Proteína C reativa 81 mg/L).

Foi diagnosticada como síndrome da pele escaldada e após avaliação, iniciado tratamento endovenoso com Ceftriaxona (100mg/kg/dia de 12/12h) e Oxalicina (200mg/kg/dia), além de banho com loção de limpeza para pele sensível, óleo de girassol após o banho e Ácido Fusídico 20mg/g creme nas lesões.

Devido à melhora do quadro clínico e guiados pelo antibiograma, o paciente recebeu alta após 10 dias de tratamento hospitalar. O paciente obteve boa resposta ao tratamento e evoluiu sem cicatrizes.

A seguir, a Figura 1 apresenta imagem do paciente com eritema difuso durante sua fase aguda:

Figura 1 - Criança com eritema difuso durante a fase aguda da doença.



Fonte: Arquivos dos Autores.

Nas linhas seguintes, apresenta-se a Figura 2 que mostra as lesões bolhosas em membro superior:

Figura 2 - Lesões bolhosas finas e flácidas em membro superior.



Fonte: Arquivos dos Autores.

A seguir, a Figura 3 apresenta imagem do paciente com descolamento de extensa área da epiderme em membros superiores.

Figura 3 - Descolamento de extensa área da epiderme em membros superiores.



Fonte: Arquivos dos Autores.

A Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica é uma patologia causada por toxinas liberadas por algumas cepas de *Staphylococcus*, mais especificamente as do grupo II coagulase-positivas (Jordan et al., 2019). Tratam-se de bactérias produtoras de exotoxinas epidermolíticas, as quais afetam as desmogleínas, responsáveis pela adesão celular na zona granulosa da epiderme (Ross et al., 2025; Vidotto et al., 2023). Dessa forma, há destruição de tal camada, resultando em esfoliação da pele, que pode ocorrer de forma localizada ou generalizada (Wang et al., 2019).

O quadro ocorre após um episódio infeccioso de trato respiratório superior, conjuntiva ocular, ouvidos ou até mesmo de coto umbilical (Grama et al., 2016; Rouva et al., 2025). Contudo, a incidência ainda é relativamente baixa, sendo mais comum em menores de 2 anos e incomum em adultos, salvo casos de imunossupressão. É possível também a presença de surtos em berçários ou creches.

Como manifestações clínicas, inicialmente, o indivíduo pode apresentar febre, mal-estar e irritabilidade (Mazori et al., 2020). Após um a dois dias surgem eritemas e fissuras em face e em regiões de dobra, como pescoço, axilas e virilhas. Em seguida formam-se bolhas finas e flácidas, em geral com conteúdo estéril e levemente turvo (Ross et al., 2025; Brazel et al., 2021). As regiões lesionadas costumam ser extremamente dolorosas, a pele fica com aspecto enrugado e semelhante a queimaduras (Jordan et al., 2019). Em cerca de 36 a 72h há intensa descamação das áreas afetadas (Brazel et al., 2021). Além disso, podem estar presentes o sinal de Nikolsky, edema facial e formação de crostas periorais (Grama et al., 2016; Jameson et al., 2024).

A avaliação inicial se baseia na história clínica, nas características das lesões com diferenciação para outras afecções de pele e em exames laboratoriais (Mazori et al., 2020). Já a confirmação diagnóstica pode requerer biópsia ou seção congelada da região das bolhas (Jordan et al., 2019). Hemograma, urina I, raio x e eletrólitos são importantes para acompanhar a evolução da doença e identificar processos infecciosos. Em pacientes com quadros mais graves devem ser obtidas culturas para determinação da origem da infecção primária (Ross et al., 2025). É importante relembrar que as culturas dos líquidos proveniente das bolhas são geralmente negativas (Brazel et al., 2021).

Deve-se investigar e afastar diagnósticos diferenciais como impetigo bolhoso, hipersensibilidade a fármacos, queimaduras térmicas, celulite, escarlatina, pênfigo vulgar, doença de Kawasaki, epidermólise bolhosa e necrólise epidérmica tóxica (Brazel et al., 2021; Jordan et al., 2019). Ocorre frequentemente em indivíduos com dermatite atópica, uma condição com uma taxa aumentada de colonização estafilocócica (Rouva et al., 2025).

A terapêutica se baseia em antibioticoterapia sistêmica, cuidados locais, suporte clínico e medidas de controle de infecção, como isolamento e lavagem contínua das mãos (Jordan et al., 2019; Sugimoto et al., 2014). O tratamento inicial

geralmente consiste em penicilinas resistentes à ação da penicilinase (Oxacilina). Caso não haja resposta clínica satisfatória ou em locais onde a prevalência de MRSA é elevada, considera-se a ampliação da cobertura antimicrobiana para incluir esse patógeno, optando por vancomicina ou linezolida (Wang et al., 2019; Basurto, Baah-Owusu & Berreth, 2023). Curativos com gel de polímero hidrolisado são indicados, enquanto o uso de sulfadiazina de prata é proscrito (Ross et al., 2025).

Em geral, como no caso descrito, o prognóstico é bom e os pacientes apresentam evolução satisfatória (Mazori et al., 2020). Mas, é uma emergência dermatológica que requer hospitalização e tratamento imediato (Kaya et al., 2025). É preciso, contudo, ficar atento a complicações como desidratação, hipotermia, sepse, infecções secundárias, desequilíbrio hidroeletrólítico, lesão renal aguda e cicatrizes (Grama et al., 2016; Patel & Ford, 2023).

4. Conclusão

O diagnóstico da síndrome da pele escaldada é crucial para a implementação do tratamento específico, a fim de um prognóstico favorável. Em contrapartida, podem apresentar complicações comuns a desidratação, hipotermia e sepse. Sua sintomatologia pode ser confundida com outras patologias mais frequentes, como a impetigo bolhoso, hipersensibilidade a fármacos, pênfigo vulgar, epidermólise bolhosa entre outras. Por isso, apresentamos esse caso com o objetivo de enfatizar aspectos clínicos e alertar sobre a importância de um diagnóstico e tratamento precoces.

Referências

- Basurto, C., Baah-Owusu, N., & Berreth, K. (2023). Recurrent staphylococcal scalded skin syndrome in a 20-month-old: A case report. *Clinical Case Reports*, 11(8), e7805.
- Brazel, M., Desai, A., Are, A., & Motaparthy, K. (2021). Staphylococcal scalded skin syndrome and bullous impetigo. *Medicina*, 57(11), 1157. <https://doi.org/10.3390/medicina57111157>
- Cleonice de Souza, F., Feilstrecker, S., & Barros Hubner, I. (2015). Síndrome da pele escaldada: Relato de caso. *Boletim Científico de Pediatria*, 4(2), 49–51.
- Fernández-Fructuoso, J., Sevilla-Denia, S., & Lloreda García, J. (2022). Staphylococcal scalded skin syndrome in a newborn. *European Journal of Pediatric Dermatology*, 32(3), 151-153.
- Grama, A., Marginean, O. C., Melit, L. E., & Georgescu, A. M. (2016). Staphylococcal scalded skin syndrome in child. A case report and a review from literature. *The Journal of Critical Care Medicine*, 2(4), 192–197. <https://doi.org/10.1515/jccm-2016-0028>
- Gray, L., Olson, J., Brintz, B. J., & Cipriano, S. D. (2022). Staphylococcal scalded skin syndrome: Clinical features, ancillary testing, and patient management. *Pediatric Dermatology*, 39(6), 908–913.
- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., & Longo, D. L. (Eds.). (2024). Staphylococcal scalded skin syndrome. In *Harrison's Principles of Internal Medicine* (21st ed.). UpToDate. <https://www.uptodate.com>.
- Jordan, K. S. (2019). Staphylococcal scalded skin syndrome. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 41(2), 129–134. <https://doi.org/10.1097/tme.0000000000000235>
- Kaya, A., Uğur, M., Seyman, D., Seyman, H., & Kılıç, A. (2025). Investigation of staphylococcal scalded skin syndrome outbreak in neonatal intensive care unit using whole genome sequencing. *American Journal of Infection Control*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2024.04.084>
- K Mishra, A., Yadav, P., & Amrita Mishra, A. (2016). A systemic review on staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS): A rare and critical disease of neonates. *The Open Microbiology Journal*, 10, 150–159.
- Mazori, D. R., Leonard, A., Alexander, J. B., & Glick, S. A. (2020). The spectrum of staphylococcal scalded skin syndrome: A case series in children. *Clinical and Experimental Dermatology*, 45(3), 333–336. <https://doi.org/10.1111/ced.14116>
- Medeiros, R. S., & Silva, A. L. (2020). Síndrome da pele escaldada estafilocócica: relato de caso. *Revista Dédalo*, 20(2), 1–10.
- Patel, G. K., & Ford, J. B. (2023). Staphylococcal Scalded Skin Syndrome. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448135/>
- Pereira, A. L. dos S., Moraes, P. G. dos S. de, Barros, C. F. E. de, Alves, J. de L., Bezerra, A. M., Souza, F. R. de, Anjos, C. V. O. dos, Teixeira, W. S., & Costa, W. K. (2024). Patogênese de *Staphylococcus aureus*: O papel das toxinas na infecção e disseminação. *Revista Eletrônica em Estágio e Pesquisa em Educação e Saúde – REER*, 11(2), 231–240.
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Editora UAB/NTE/UFSM.

Ross, A., Saleh, H. M., & Sathe, N. C. (2025). Staphylococcal Scalded Skin Syndrome. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448135/>

Rouva, G., Vergadi, E., Krasagakis, K., & Galanakis, E. (2025). Understanding host's response to staphylococcal scalded skin syndrome. *Acta Paediatrica*, 114(2), 241–247.

Santos Veiga do Carmo, R. (2022). Síndrome da pele escaldada estafilocócica: Relato de caso. *Revista De Medicina*, 101(6).

Sugimoto, S., Iwamoto, T., Takemoto, A., Okada, H., Tajima, T., & Mizunoe, Y. (2014). Nosocomial outbreak of staphylococcal scalded skin syndrome in neonates: Molecular typing of methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* by pulsed-field gel electrophoresis and whole-genome sequencing. *Journal of Clinical Microbiology*, 52(3), 881–884.

Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). Metodologia científica aplicada à área da Saúde. (2ed.). Editora da UFRGS.

Vidotto, V. M. (2023). Análises moleculares e estratégias para a inibição do processo de reconhecimento e clivagem da Desmogleína 1 pela toxina esfoliativa A (ETA) de *Staphylococcus aureus* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”]. Repositório Institucional da UNESP.

Wang, Z., Feig, J. L., Mannschreck, D. B., & Cohen, B. A. (2019). Antibiotic sensitivity and clinical outcomes in staphylococcal scalded skin syndrome. *Pediatric Dermatology*, 37(1), 222–223. <https://doi.org/10.1111/pde.14014>

Yin, R.K. (2015). O estudo de caso. Editora Bookman.