

Patología dermatológica (que puede ser) urgente

Esther Pérez Suárez

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús



**CASOS CLÍNICOS
VISTOS EN
URGENCIAS**

**PERSPECTIVA DE
PRIMARIA**

**SÍNTOMA GUÍA
CUTÁNEO**



CASO 1

Caso 1

- 2 años varón.
- Fiebre y cuadro catarral 2, 3 días antes (sigue con fiebre).
Antecedente: dermatitis atópica leve.



¿Cuál le parece el diagnóstico más probable?

1. Eczema herpéticum
2. Varicela
3. Erupción variceliforme de kaposi
4. Eczema coxsackium

¿Cuál le parece el diagnóstico más probable?

1. Eczema herpéticum
2. Varicela
3. Erupción variceliforme de kapossi
4. Eczema cosxackium

EMBP/COXSACKIUM

ETIOLOGÍA

Coxsackievirus A2, A4 to A10, **A16**, B2, B3, B5

Echovirus 1, 4, 7, 19

Enterovirus A71



A6

Eczema coxsackium

Más fiebre, mayor
afectación

Diagnóstico diferencial

Erupción de kapossi
Eczema herpético

PCR enterovirus

“Eczema Cocksackium” and Unusual Cutaneous Findings in an Enterovirus Outbreak

AUTHORS: Erin F. Mathes, MD,^{a,b} Vikash Oza, MD,^a Ilona J. Frieden, MD,^{a,b} Kelly M. Cordoro, MD,^{a,b} Shigeo Yagi, PhD,^c Renee Howard, MD,^a Leonard Kristal, MD,^d Christine C. Ginocchio, PhD,^e Julie Schaffer, MD,^{f,g} Sheilagh Maguiness, MD,^h Susan Bayliss, MD,ⁱ Irene Lara-Corrales, MD,^j Maria Teresa Garcia-Romero, MD,^j Dan Kelly, MD,^k Maria Salas, MPH,^c M. Steven Oberste, PhD,^l W. Allan Nix, BS,^l Carol Glaser, DVM, MPVM, MD,^c and Richard Antaya, MD^m

Departments of ^aDermatology, and ^bPediatrics, University of California, San Francisco, San Francisco, California; ^cState of California, Department of Public Health, Richmond, California; ^dDepartment of Dermatology, Stony Brook University, Stony Brook, New York; ^eDepartment of Pathology and Laboratory Medicine, North Shore-Long Island Jewish Health System



WHAT'S KNOWN ON THIS SUBJECT: Cocksackievirus A6 (CVA6) was identified as an important cause of “severe” hand, foot, and mouth disease (HFMD) during the 2011–2012 outbreak in North America. The atypical cutaneous features in this outbreak have not been well documented.



WHAT THIS STUDY ADDS: The cutaneous manifestations of CVA6-associated HFMD may be more extensive and variable than classic HFMD. Four distinct morphologies characterize this exanthem: (1) widespread vesiculobullous and erosive lesions, (2) “eczema cocksackium,” (3) an eruption similar to Gianotti-Crosti, and (4) purpuric lesions.



A

B



CASO 2



Caso 2



Niño de 2 años

- Lesiones cutáneas de **2 días** de evolución.
- Oreja derecha → resto del cuerpo
- **Fiebre** de hasta 38,9°C de 8 horas de evolución.
- No presenta afectación del estado general, contento y come bien.

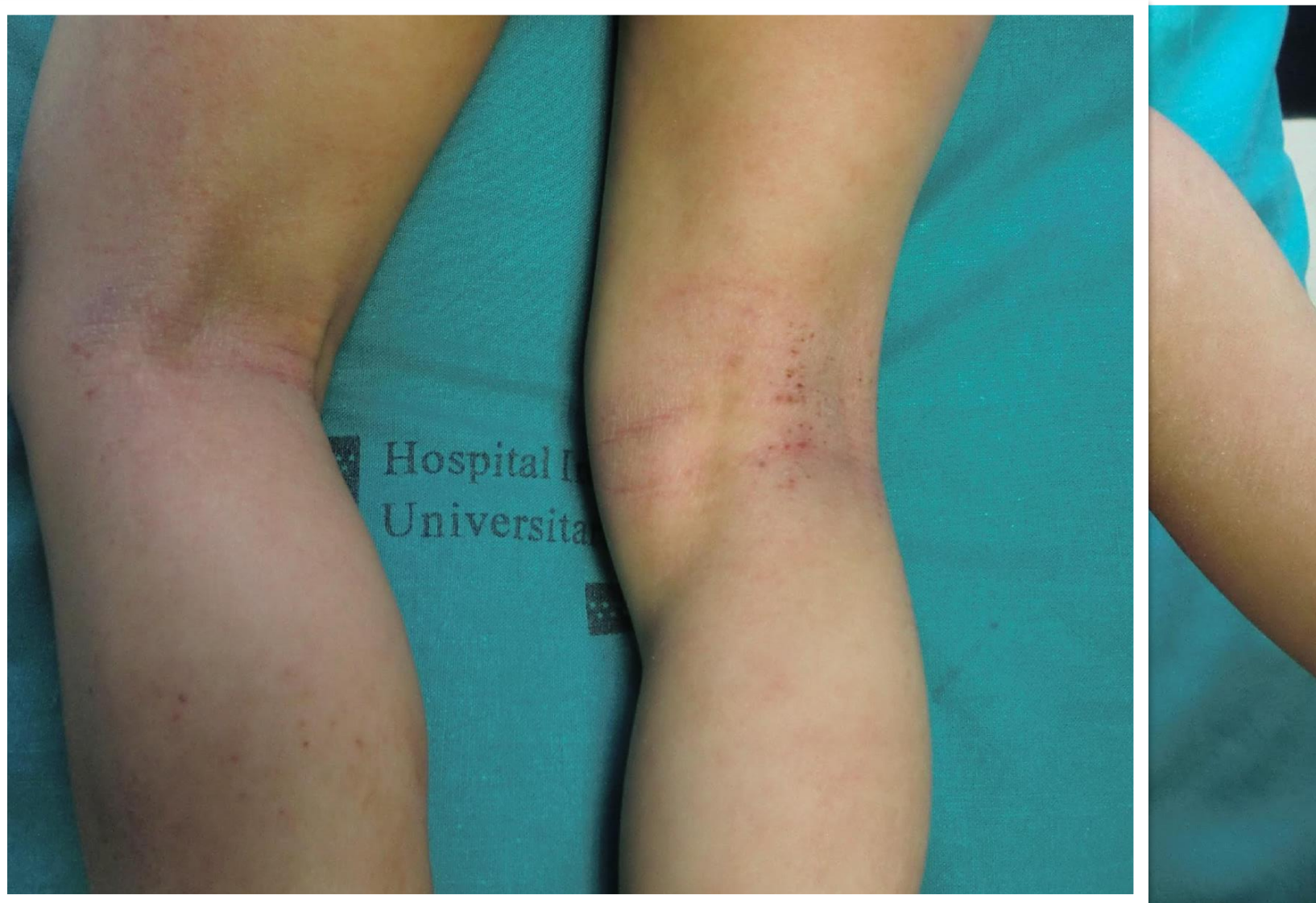
Valorado en otro hospital: diagnosticado de **impétigo**
tto con **Mupirocina** tópica y **Amoxicilina-Clavulánico oral** a
50mg/kg/día desde hace 24 horas.

Antecedentes personales

- **Dermatitis atópica**
- Alergia a fresas, melocotón y huevo.



Caso 5



¿Cuál sería la actitud terapéutica más adecuada?

1. Ingreso con Aciclovir i.v. + Amoxicilina-Clavulánico i.v.
2. Alta con Aciclovir oral
3. Ingreso con Cloxacilina i.v. + Clindamicina i.v.
4. Solicitar serología para Coxsackie y citar en consultas externas de Pediatría.

¿Cuál sería la actitud terapéutica más adecuada?

1. Ingreso con Aciclovir i.v. + Amoxicilina-Clavulánico i.v.
2. Alta con Aciclovir oral
3. Ingreso con Cloxacilina i.v. + Clindamicina i.v.
4. Solicitar serología para Coxsackie y citar en consultas externas de Pediatría.

Eccema herpeticum

Extensión Virus Herpes Simple (VHS1 y VHS2) de lesiones de dermatitis atópica.

Vesículas agrupadas sobre lesiones de dermatitis atópica de forma diseminada que se pueden extender a zonas de piel sana.

Puede asociar fiebre, malestar e irritabilidad.

Común la sobreinfección por *S. aureus*.

- Forma localizada por contacto
- Forma diseminada: vía hematógena

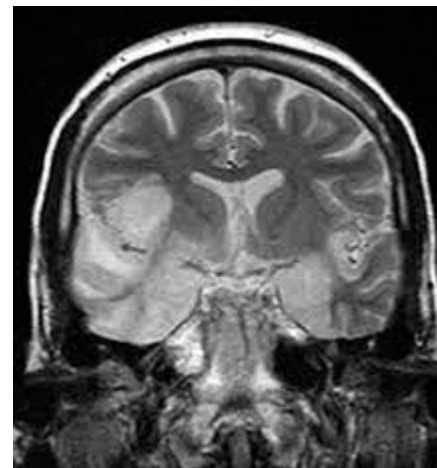
Diagnóstico:

- Serología (falsos negativos y falsos positivos, no sirve reactivaciones)
- PCR



Emergencia

ECZEMA HERPETICUM



Delayed acyclovir and outcomes of children hospitalized with eczema herpeticum. Aronson PL, Yan AC, Mittal MK, Mohamad Z, Shah SS. Pediatrics. 2011 Dec;128(6):1161-7. doi: 10.1542/peds.2011-0948. Epub 2011 Nov 14.

Eczema herpeticum: a medical emergency. Liaw FY, Huang CF, Hsueh JT, Chiang CP. Can Fam Physician. 2012 Dec;58(12):1358-61

Tratamiento

Formas leves/localizadas:
Aciclovir v.o. (80 mg/kg/día)
en 4 dosis durante 5 días.

Formas graves/extensas:

- Aciclovir iv:
 - Menores de 1 año: 30-45 mg/kg/día en 3 dosis, 7-10 días
 - Mayores de 1 año: a 1500 mg/m²/día en 3 dosis, 7-10 días
- Cloxacilina +/- clindamicina



CASO 3

Caso 3



Niño de 4 años.

Exantema progresivo de **4 días** de evolución en cara, tronco y extremidades.

Inflamación facial con secreción nasal abundante.

Fiebre 38,5°C desde ayer

Diagnosticado de escarlatina hace 4 días (**sin test de estreptococo**), en tratamiento con Penilevel (ha tomado 9 dosis).

No antecedentes de interés.

TA: 125/68, Tª 37,9°C, Fc: 130 lpm, FR: 18 rpm



Buen estado
general,
contento



¿Cuál sería el siguiente paso en la evaluación de este paciente?

1. Realizar un test de estreptococo
2. Monitorizar constantes
3. Pautar vancomicina
4. Administrar SSF en bolo 20 ml/kg

¿Cuál sería el siguiente paso en la evaluación de este paciente?

1. Realizar un test de estreptococo
2. Monitorizar constantes
3. Pautar vancomicina
4. Administrar SSF en bolo 20 ml/kg

Evolución



Analítica: 15000 leucos, 8000 neutrófilos,
PCR 5 mg/dl, bioquímica y gasometría normales



Observación 2h: buen estado general, contento



Se recogen exudados



¿Antibiótico?

¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

1. Síndrome del shock tóxico
2. Escarlatina con mala respuesta a Penicilina
3. Síndrome de Escaldadura
4. Bacteriemia por *S. pyogenes*

¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

1. Síndrome del shock tóxico
2. Escarlatina con mala respuesta a Penicilina
3. Síndrome de Escaldadura
4. Bacteriemia por *S. pyogenes*



Infecciones por stafilococo

Forma localizada: impétigo

ERITRODERMIA

Exantema inicial: rash macular escarlatiniforme o eritema fino difuso.



ESCALDADURA

Inflamación de la piel, eritema más profundo: afectación inicial periorifical en cara, cuello, axilas, ingles.

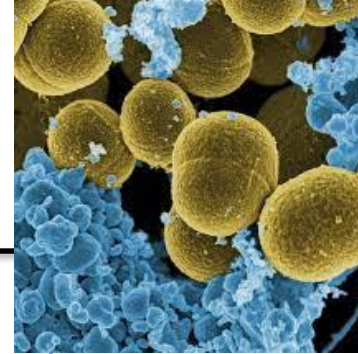


Extensión por el resto del cuerpo con evidencia de epidermolisis, con ampollas y piel arrugada que desprende con facilidad (Nikolsky +). Alteración hemodinámica

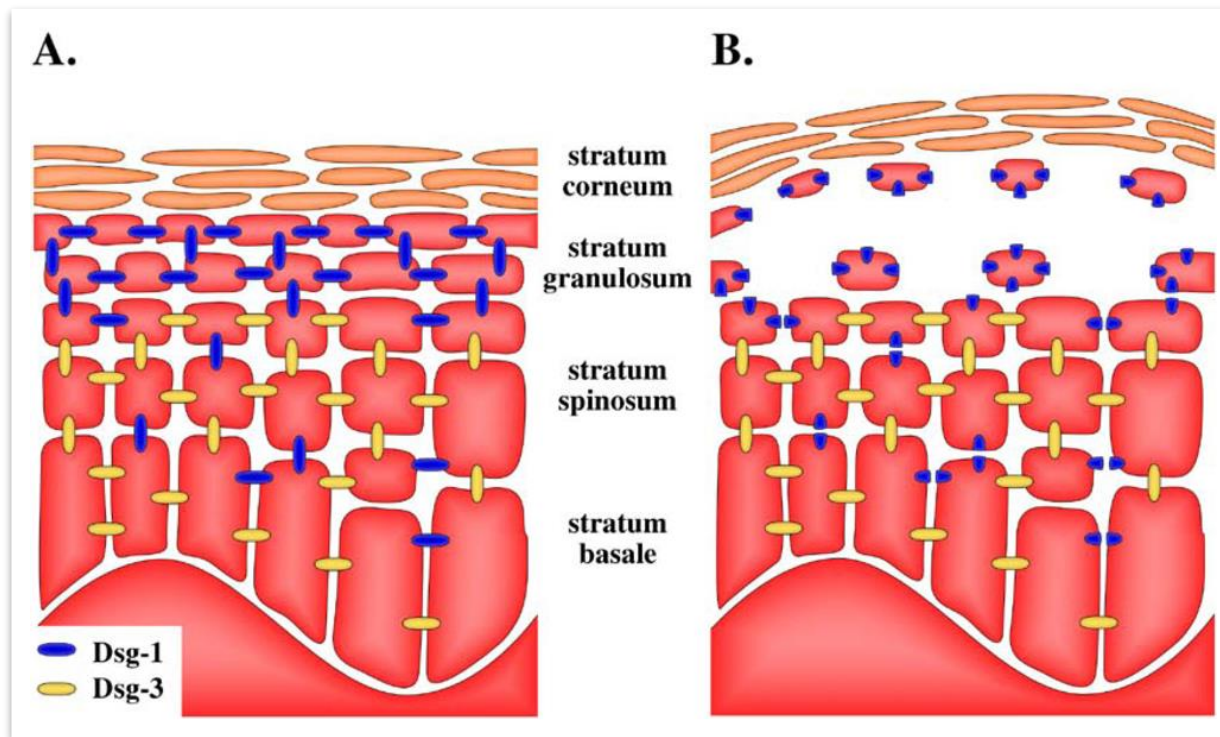
SST



SSSS



Colonización de piel y/o mucosas por *S. aureus* que replica localmente y sintetiza toxinas que producen daño local y/o sistémico.



Exfoliatina A y B –
proteasas que separan
moléculas de
desmogleina 1.

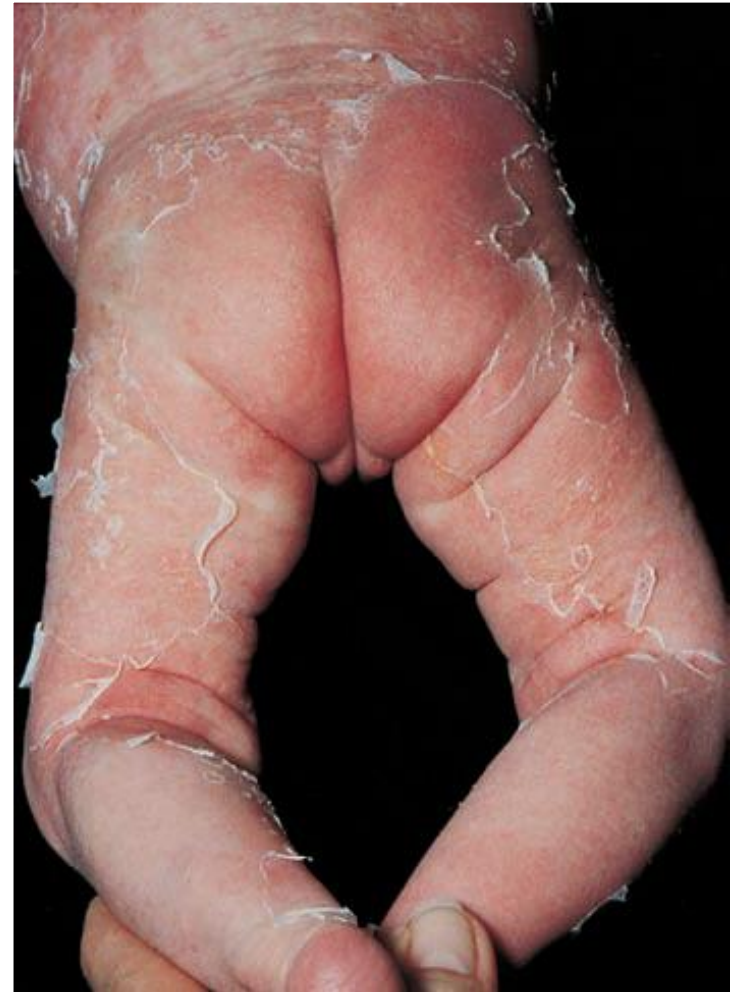
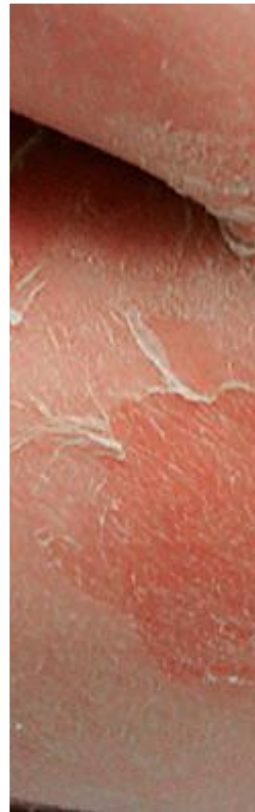
Epidermolisis a nivel
de estrato espinoso y
granuloso.

Shock tóxico estreptococico

- Producido por toxinas producidas por estreptococos del grupo A (pyogenes)
- Foco: 50% desconocido
- Varicela
- Incidencia: 0,1-3/100000 niños/año (niños preescolares)
- Mortalidad: 34,2%, morbilidad: 26,8%.



Caso 7: SST



¿Cuál sería el tratamiento más apropiado

1. Cefadroxilo oral
2. Cloxacilina oral
3. Cloxacilina iv + clindamicina iv
4. Cloxacilina iv + clindamicina +
vancomicina

¿Cuál sería el tratamiento más apropiado

1. Cefadroxilo oral
2. Cloxacilina oral
3. Cloxacilina iv + clindamicina iv
4. Cloxacilina iv + clindamicina +
vancomicina

Tratamiento:

Impétigo

Tratamiento
tópico

Eritrodermia

Cloxacilina/
cefadroxilo
oral

Escaldadura

Cloxacilina
iv

Síndrome
shock tóxico

Cloxacilina
iv

Clindamicina iv

Vancomicina iv

SAMR
8-12%

¿Si la fc asciende a > 170 lpm y empeora el estado general qué **NO** haría?

1. SSF 10 ml/kg en bolo
2. SSF bolos repetidos de 20 ml/kg (60 ml/kg en la primera hora)
3. Extraer nueva gasometría
4. Avisar a la UCI

¿Si la fc asciende a > 170 lpm y empeora el estado general qué NO haría?

1. SSF 10 ml/kg en bolo
2. SSF bolos repetidos de 20 ml/kg (60 ml/kg en la primera hora)
3. Extraer nueva gasometría
4. Avisar a la UCI mo

2015- 2021

Intensive Care Med (2017) 43:304–377
DOI 10.1007/s00134-017-4683-6

CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016



Andrew Rhodes^{1*}, Laura E. Evans², Waleed Alhazzani³, Mitchell M. Levy⁴, Massimo Antonelli⁵, Ricard Ferrer⁶, Anand Kumar⁷, Jonathan E. Sevransky⁸, Charles L. Sprung⁹, Mark E. Nunnally², Bram Rochwerg³, Gordon D. Rubenfeld¹⁰, Derek C. Angus¹¹, Djillali Annane¹², Richard J. Beale¹³, Geoffrey J. Bellinghan¹⁴, Gordon R. Bernard¹⁵, Jean-Daniel Chiche¹⁶, Craig Coopersmith⁸, Daniel P. De Backer¹⁷, Craig J. French¹⁸, Seitaro Fujishima¹⁹, Herwig Gerlach²⁰, Jorge Luis Hidalgo²¹, Steven M. Hollenberg²², Alan E. Jones²³, Dilip R. Karnad²⁴, Ruth M. Kleinpell²⁵, Younsuk Koh²⁶, Thiago Costa Lisboa²⁷, Flavia R. Machado²⁸, ...

BJA

British Journal of Anaesthesia, 116 (3): 339–49 (2016)

doi: 10.1093/bja/aeu349
Advance Access Publication Date: 27 October 2015
Review Article

A rational approach to fluid therapy in sepsis

P. Marik^{1,*} and R. Bellomo²

¹Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Eastern Virginia Medical School, 825 Fairfax Av, Suite 410, Norfolk, VA 23507, USA, and ²Intensive Care Unit, Austin Health, Heidelberg, Victoria, Australia

*Corresponding author: E-mail: marikp@evms.edu

Abstract

Aggressive fluid resuscitation to achieve a central venous pressure (CVP) greater than 8 mm Hg has been promoted as the standard of care, in the management of patients with severe sepsis and septic shock. However recent clinical trials have demonstrated that this approach does not improve the outcome of patients with severe sepsis and septic shock. Pathophysiologically, sepsis is characterized by vasoplegia with loss of arterial tone, venodilation with sequestration of blood in the unstressed blood compartment and changes in ventricular function with reduced compliance and reduced preload responsiveness. These data suggest that sepsis is primarily not a volume-depleted state and recent evidence demonstrates that most septic patients are poorly responsive to fluids. Furthermore, almost all of the administered fluid is sequestered in the

ARTICLE IN PRESS

ARTICLE IN PRESS

RESCUSITATION XXX (2021) XXX–XXX



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support

Patrick Van de Voorde^{a,b,*}, Nigel M. Turner^c, Jana Djakow^{d,e}, Nieves de Lucas^f,
Abel Martinez-Mejias^g, Dominique Biarent^h, Robert Binghamⁱ, Olivier Brissaud^j,

SEPSIS/SHOCK

0-5'

O₂ en gafas nasales o MAF
Valorar intubación precoz

Acceso vascular

5-15'

SSF 10-20 ml/kg y ANTIBIÓTICO*

Persiste clínica**



¿Existe respuesta a fluidos sin signos de sobrecarga?

SÍ

NO

15-60'

2ª y 3ª BOLO 10-20 ml de SSF
(hasta 60 ml/kg en 1ª hora)

DOPAMINA

SHOCK REFRACTARIO A FLUIDOS

Shock frío: ADRENALINA 0,05-0,3 mcg/kg/min

Shock caliente: NORADRENALINA 0,05-0,3 mcg/kg/min



CASO 4



Caso 4

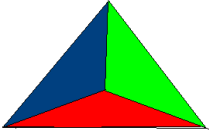
Niña de 2 años que tras comer tarta...



EVALUACIÓN CLÍNICA

Apariencia
normal

Respiración
normal



Circulación
normal

- Habones
- AC: normal
- AP: normal
- Sin edema de úvula

SAMPLE:

- habones, picor
- Alergia a frutos secos
- No anafilaxia
- No toma medicamentos
- Ha comido tarta hace 30 minutos
- T^a: 35,9 °C,
- fc: 127 lpm,
- TA: 102/75 mmHg,
- SO₂ 99%

¿Cuál sería su actitud inicial?

1. Administrar adrenalina im
2. Administrar urbasón im
3. Administrar estilsona oral
4. Ninguna de las anteriores

¿Cuál sería su actitud inicial?

1. Administrar adrenalina im
2. Administrar urbasón im
3. Administrar estilsona oral
4. Ninguna de las anteriores

Evolución...



Polaramine jarabe 2,5 ml (1 mg)



Observación



siguen apareciendo nuevas manchas, presenta dolor abdominal y realiza tres vómitos



fc: 135 lpm, SO_2 97% TA: 105/85 mmHg,

No alérgico: Piel +
1

- respiratorio
- hemodinámico

Alérgico conocido
+ 2

- piel
- respiratorio
- hipotensión
- Gastrointesti

HipoTA en alérgico
conocido

1. Inicio agudo (minutos a horas) de un síndrome que afecta a la piel y/o mucosas (ej. urticaria generalizada, prurito, eritema, “flushing” (sofoco), edema de labios, úvula o lengua), junto con al menos uno de los siguientes:
 - a. Compromiso respiratorio (ej. disnea, sibilancias, estridor, disminución del PEF, hipoxemia)
 - b. Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica (ej. hipotonía, síncope, incontinencia)
2. Aparición rápida (de minutos a algunas horas) de dos o más de los siguientes síntomas tras la exposición a un alérgeno potencial para ese paciente:
 - a. Afectación de piel y/o mucosas
 - b. Compromiso respiratorio
 - c. Disminución de la TA o síntomas asociados de disfunción orgánica
 - d. Síntomas gastrointestinales persistentes (ej. dolor abdominal cólico, vómitos)
3. Disminución de la TA en minutos o algunas horas tras la exposición a un alérgeno conocido para ese paciente:
 - a. Lactantes y niños: TA baja o descenso superior al 30% de la TA sistólica*
 - b. Adultos: TA sistólica inferior a 90 mm Hg o descenso superior al 30% sobre la basal

¿Cuál sería su actitud?

1. Administrar adrenalina im
2. Administrar urbasón im
3. Administrar estilsona oral
4. Ninguna de las anteriores

¿Cuál sería su actitud?

1. Administrar adrenalina im
2. Administrar urbasón im
3. Administrar estilsona oral
4. Ninguna de las anteriores

¿Administraría algún coadyuvante?

1. Corticoide intravenoso
2. Corticoide oral
3. Corticoide intramuscular
4. Ninguna de las anteriores

¿Administraría algún coadyuvante?

1. Corticoide intravenoso
2. Corticoide oral
3. Corticoide intramuscular
4. Ninguna de las anteriores

ADRENALINA I.M.
0,01ml/kg, máx 0,3 mg

Repetir cada 5-15 minutos si no mejoría

GRAVE:

Hipotensión

Hipoxemia

Mala perfusión periférica

Alteración de la conciencia

Obstrucción respiratoria grave

ABC

Oxígeno 10 l/min.

Suero terapia SSF 20ml/kg

Salbutamol inhalado ó nebulizado

Hidrocortisona IV 10-15 mg/kg/6h. ó

Metilprednisolona IV 1-2mg/kg/6h y

Dexclorfeniramina IV 0,15-0,3mg/kg/d.

No mejoría

UCIP

Adrenalina IV

Ventilación y oxigenación

Tratamiento del Shock

Mejoría

Observación al menos 12-24 horas

Tratamiento con corticoides y antihistamínicos

Evitar el alérgeno y desensibilización si existe

Llevar adrenalina inyectable



Available online at www.sciencedirect.com

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



Review

Evidence update for the treatment of anaphylaxis



Amy Dodd^{a,1}, Anna Hughes^{a,1}, Nicholas Sargant^b, Andrew F. Whyte^c,
Jasmeet Soar^{d,2}, Paul J. Turner^{e,2,*}

^a Severn Deanery, UK

^b Bristol Royal Hospital for Children, Bristol, UK

^c University Hospitals Plymouth NHS Trust, Plymouth, UK

^d North Bristol NHS Trust, Bristol, UK

^e National Heart and Lung Institute, Imperial College London, UK

CORTICOIDE

Updated recommendations

1. We suggest *against* the routine use of corticosteroids to treat anaphylaxis (weak recommendation, very low certainty evidence).
2. We suggest corticosteroids may be used as a third line intervention to treat underlying asthma or shock (weak recommendation, very low certainty evidence)

ADRENALINA

Table 4 – Recommended doses of IM adrenaline.

Adrenaline IM dose – adults

500 micrograms (0.5 mg) IM (0.5 mL of 1 mg/mL [1:1000] adrenaline)

Adrenaline IM dose – children

>12 years	500 micrograms IM (0.5 mL) i.e. same as adult dose
	300 micrograms (0.3 mL) if child is small or prepubertal
6–12 years	300 micrograms IM (0.3 mL)
6 months–6 years	150 micrograms IM (0.15 mL)
<6 months	100–150 micrograms IM (0.1–0.15 mL)

The equivalent volume of 1 mg/mL [1:1000] adrenaline is shown in brackets.

ANTIISTAMÍNICO

lethargy) may mimic some signs of anaphylaxis”.¹⁴ Antihistamines may be helpful in treating cutaneous symptoms that persist following resolution of anaphylaxis symptoms, but are not recommended until the acute reaction has been successfully treated with more appropriate interventions.^{1,12–17} A non-

Tras adrenalina desaparece la urticaria
...¿cuánto tiempo la tendría en observación?

1. No precisa
2. 2 horas
3. 6 horas
4. 12 horas

Tras adrenalina desaparece la urticaria
...¿cuánto tiempo la tendría en observación?

1. No precisa
2. 2 horas
3. **6 horas**
4. 12 horas

Tiempo en observación

Una dosis de adrenalina

- 6 horas
- 2 horas
 - Resolución en 10 minutos
 - Entrenada en uso de adrenalina im
 - Observación adecuada
 - No antecedente de reacción bifásica

2 dosis de adrenalina:

- 6 horas

>2 dosis de adrenalina

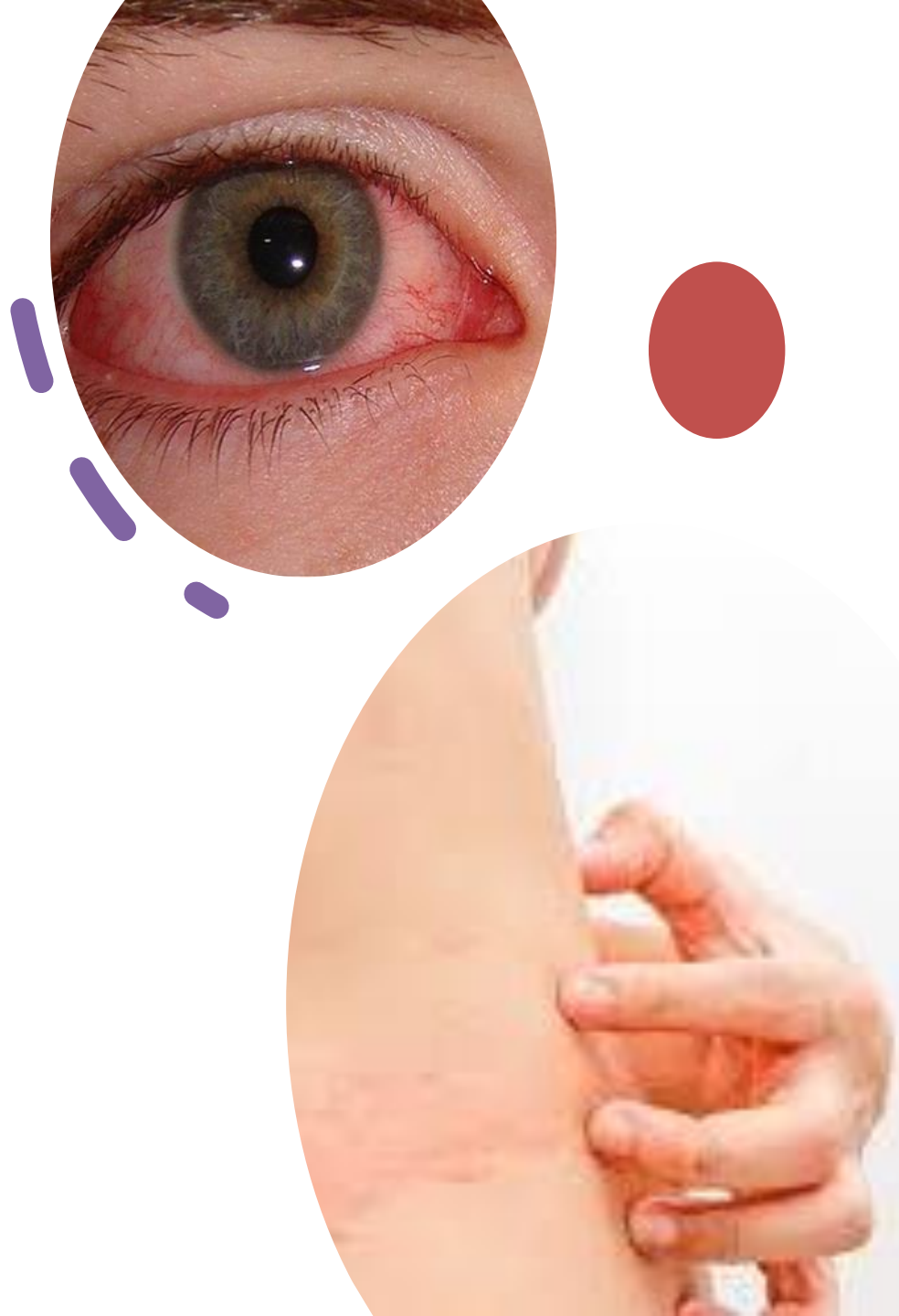
- 12 horas



CASO 5

Adolescente 12 años

- Fiebre 3 días de evolución
- Dolor abdominal focalidad fosa iliaca derecha
- Impresiona de dolor
- Constantes normales



¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece menos probable?

1. Gastroenteritis aguda
2. PIMS
3. Apendicitis
4. Todas las anteriores pueden ser correctas

¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece menos probable?

1. Gastroenteritis aguda
2. PIMS
3. Apendicitis
4. Todas las anteriores pueden ser correctas

PIMS

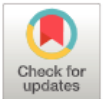
analesdepediatría

www.analesdepediatria.org



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS)



Alberto García-Salido^{a,b,*}, Jordi Antón^{c,d}, José David Martínez-Pajares^{e,f}, Gemma Giralt García^{g,h}, Borja Gómez Cortés^{i,j}, Alfredo Tagarro^{k,l} y Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría para el Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2[◇]

SOSPECHA CLÍNICA:

Síntomas clínicos

- Fiebre y dolor abdominal y/o exantema cutáneo o y/o conjuntivitis
- Shock
- Cuadro compatible con enfermedad de Kawasaki completa / incompleta.

Criterios epidemiológicos

- Paciente con infección por coronavirus probable o confirmada en los últimos 3 meses
- Contacto conocido
- Áreas de alta incidencia de coronavirus

ANAMNESIS DIRIGIDA:

- Fiebre (100%) la mayor de > 3 días,
- Síntomas digestivos (> 50%)
- Exantema (75%): eritrodermia escarlatiniforme, eritema multiforme, livedo reticularis), conjuntivitis no exudativa, alteraciones mucosas, edemas periféricos
- Síntomas neurológicos (10-20%): cefalea, meningismo, confusión
- Síntomas respiratorios (10-20%): tos, disnea

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Hallazgos analíticos
 - leucocitosis con linfopenia, neutrofilia y plaquetopenia.
 - Elevación de PCR, VSG, ferritina, fibrinógeno, LDH, IL-6, procalcitonina, fibrinógeno y D-dimero.
 - Hiponatremia, Hipoalbuminemia, elevación transaminasas y bilirrubina
 - Elevación de Pro-BNP muy elevado, troponina-I y CPK-MB.
- Radiografía de tórax/ ecografía abdominal (si clínica abdominal)
- Estudio microbiológico (hemocultivo y otros cultivos según clínica).
- ECG Descartar signos de miocarditis

Criterios diagnósticos (OMS)

Paciente <19 años con fiebre >3 días

2/5

1. Exantema ó conjuntivitis no purulenta bilateral ó signos de inflamación mucocutánea (boca, manos o pies)
2. Hipotensión o shock
3. Datos de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (Incluidos hallazgos ecocardiográficos o valores elevados de troponina/NT-proBNP)
4. Evidencia de coagulopatía (alteración de TP, TTPa o valores elevados de dímeros D)
5. Síntomas gastrointestinales agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal).

3/3

1. Valores elevados de marcadores de inflamación (elevación de VSG, PCR o PCT) fibrinógeno, PCT, Dímero D, ferritina, LDH o IL-6, neutrofilia, linfopenia o descenso de cifra de albúmina
2. Ninguna otra causa microbiológica evidente de inflamación
3. Evidencia de COVID-19 (PCR, pruebas antigénicas o serología o contacto probable con un caso de COVID-19)

Tratamiento



monitorización estrecha de la FC y la TA



Estabilización hemodinámica (ABCD)



Antibiótico empírico



Corticoides: se administrará metilprednisolona 1-2 mg/kg/día i.v. durante 3-5 días



Inmunoglobulinas: Si no hay buena respuesta a corticoides y en formas Kawasaki-like considerar 2 g/kg

+
•
0

MUCHAS GRACIAS

¿PREGUNTAS? epsuarez@salud.madrid.org

