

Más allá del impétigo o la escarlatina. Intertrigo estreptocócico: otra entidad a tener en cuenta

María Camino Serrano¹, Claudia Almeda Luna¹, Inés Amich Alemany¹, Rubén Moreno Sánchez¹, Miguel Ángel Monroy Tapiador¹ y Emilio Berna Rico²

1. Centro de Salud Lucero, Madrid.
2. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN

Las infecciones cutáneas constituyen un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria. El *Streptococcus pyogenes* es, junto con el *Staphylococcus aureus*, una de las bacterias más prevalentes, produciendo desde cuadros leves como el impétigo hasta cuadros potencialmente mortales como el síndrome de shock tóxico.

Presentamos **2 casos de intertrigo estreptocócico de localización atípica**, confirmados mediante test rápido antigénico para *S.pyogenes* del exudado de las lesiones y con buena evolución tras el tratamiento.

CASO CLÍNICO 1

Niño de **14 meses** con lesiones **retroauriculares**, en manos y pies de 5 días de evolución. Diagnosticado hacía dos semanas de Enfermedad boca-mano-pie, pautándose tratamiento sintomático. Estaba afebril y no presentaba ninguna otra clínica. En cuanto al ambiente epidemiológico, el **padre** fue diagnosticado la semana previa de **faringoamigdalitis aguda**. En la exploración presentaba máculas marrónceas residuales en ambas palmas y exfoliación postinflamatoria a nivel de los dedos de los pies, de manera bilateral y simétrica. Destacaba la presencia de **placas eritematosas brillantes de bordes bien definidos, exudativas y con costra marróncea en la periferia**, localizadas en los espacios interdigitales del pie y en zona retroauricular izquierda.

TRATAMIENTO

Antibiótico oral (amoxicilina-ácido clavulánico 50mg/kg/día) junto con antibiótico tópico (ácido fusídico) durante 7 días con resolución en 1 semana de las lesiones.



Test antigénico de *S.pyogenes* en exudado de las lesiones
POSITIVO

CASO CLÍNICO 2



Test antigénico de *S.pyogenes* en exudado de las lesiones
POSITIVO

Niña de **3 años** con lesiones **retroauriculares** y en tronco de 1 semana de evolución. Asintomática por lo demás y sin ambiente epidémico. En la exploración presentaba una **placa eritematosa con costra marróncea periférica en región retroauricular izquierda**, así como 4 placas eritematosas con costra melicérica en el tronco.

TRATAMIENTO

Antibiótico oral (cefadroxilo 30mg/kg/día) junto con antibiótico tópico (ácido fusídico) durante 7 días con resolución en 1 semana de las lesiones.

DISCUSIÓN

Si bien la **localización más típica del intertrigo estreptocócico** es el **área del pañal**, también puede afectar a otras zonas como atestiguan estos dos casos. Se debe sospechar cuando las lesiones muestran un **aspecto brillante y exudativo con bordes bien definidos**, diferenciándose de otras entidades como el intertrigo candidiásico por la presencia de costra marróncea. El conocimiento de esta entidad y, por tanto, su sospecha diagnóstica es importante tanto para evitar tratamientos innecesarios como para impedir el desarrollo de **complicaciones postestreptocócicas** o incluso bacteriemia secundaria. El test antigénico del estreptococo puede ser una herramienta muy útil y rápida para un diagnóstico temprano y un inicio a tiempo del tratamiento.