

Escarlatina

Beatriz Del Pozo Menéndez^a, Raquel Villamor Martín^a, Ángel Hernández Merino^b.

^a MIR-Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Móstoles [Servicio Madrileño de Salud]. Móstoles, Madrid.

^b Pediatra. Centro de Salud La Rivota [Servicio Madrileño de Salud]. Alcorcón, Madrid.

Fecha de actualización: 13-sep-2011
Guía-ABE_Escarlatina (v.1/2011)

Cita sugerida: Del Pozo Menéndez B, Villamor Martín R, Hernández Merino A. Escarlatina (v.1/2011). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 13-sep-2011; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

La escarlatina es una enfermedad caracterizada por fiebre, [faringitis](#) exudativa y un exantema peculiar. Está causada por un *Streptococcus pyogenes* (estreptococo betahemolítico del grupo A -EBHGA-) productor de exotoxinas pirogénicas específicas¹.

Es una enfermedad poco frecuente (aunque en los últimos años parece observarse un cierto repunte de su incidencia), benigna y autolimitada. Es más frecuente entre los 2 y 8 años de edad (máxima incidencia a los 4 años), y de predominio estacional (final del invierno y primavera). La transmisión es directa persona a persona por vía aérea a través de gotitas de secreciones respiratorias (o por fómites recién contaminados).

El diagnóstico es clínico y el tratamiento de elección es la penicilina V oral como en la [faringitis](#) estreptocócica.

En la práctica clínica hay dos situaciones que plantean dudas e incertidumbre: una, el exantema escarlatiniforme sin fiebre y/o [faringitis](#); y, dos, las recurrencias². En ambas situaciones pueden estar implicados otros microorganismos por lo que la realización de un [cultivo del exudado faríngeo](#) puede ser útil.

Agentes etiológicos		
Entidad	Microorganismos	
Escarlatina	<i>Streptococcus pyogenes</i> (EBHGA) productor de exotoxina pirogénica	
Otras causas de exantema escarlatiniforme	Frecuentes	<ul style="list-style-type: none">▪ Rubéola³▪ Sarampión⁴▪ Parvovirus B19⁵▪ Herpesvirus 6 (exantema súbito)⁶▪ Enterovirus▪ Adenovirus
	Infrecuentes	<ul style="list-style-type: none">▪ Síndrome de Kawasaki⁷▪ CMV▪ <i>Mycoplasma pneumoniae</i>▪ <i>Staphylococcus aureus</i> (escarlatina estafilocócica)⁸; síndrome de shock tóxico estafilocócico o estreptocócico▪ <i>Arcanobacterium haemolyticum</i>⁹▪ Exantemas tóxico-alérgicos

Manifestaciones clínicas		
Incubación		<ul style="list-style-type: none"> 2-4 días (máximo de 7 días)
Síntomas		<ul style="list-style-type: none"> Fiebre de comienzo súbito, con pico máximo a los 2-3 días; duración 3-5 días Son frecuentes: dolor abdominal, náuseas, vómitos, cefalea y postración
Hallazgos físicos	Faringitis	<ul style="list-style-type: none"> Faringe: amígdalas hiperémicas con exudado blanquecino confluyente; petequias en úvula y velo palatino; adenopatías laterocervicales dolorosas
	Exantema	<ul style="list-style-type: none"> Aparición a las 12-48 horas de iniciarse el cuadro Erupción difusa, micropapulosa, eritematosa (coloración rojo intensa que desaparece con la presión), áspera al tacto ("piel de gallina") Localización: inicio en la base del cuello, extensión posterior a tronco y extremidades Más intenso en zonas de pliegues; líneas transversales hiperémicas en zona antecubital y flexuras que no blanquean con la presión (signo de Pastia) Enrojecimiento difuso de las mejillas que respeta el triángulo nasolabial, palidez circumoral ("triángulo de Filatov") Duración de 3-7 días
	Otros	<ul style="list-style-type: none"> Lengua aframbuesada por engrosamiento de las papilas y tumefacción; inicialmente saburral y después enrojecida y congestiva
	Descamación	<ul style="list-style-type: none"> Actualmente menos frecuente El grado de descamación es proporcional a la intensidad de la erupción Tipo foliácea; inicialmente en cara y de progresión caudal; más intensa en axilas, ingles y en los dedos
<p>Ver imágenes de ayuda en Internet: DermNet NZ: http://www.dermnetnz.org/bacterial/scarlet-fever.html; DermAtlas.org: http://dermatlas.med.jhmi.edu/derm/index.cfm; Dermatology Information System: http://www.dermis.net</p>		

Estudios complementarios		
	Evaluación inicial	Situaciones especiales
Microbiología	No indicadas en general ¹⁰	<p>En casos de duda diagnóstica (por ej. exantema escarlatiniforme sin fiebre y/o faringitis), recurrencias, casos secundarios y brotes en colectividades, confirmación de la infección por <i>S. pyogenes</i> en faringe¹¹ mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> Test de diagnóstico rápido de <i>S. pyogenes</i>¹² Cultivo de exudado faríngeo

Tratamiento antimicrobiano ¹³	
De elección	Alternativas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penicilina V 25-50 mg/kg/día, VO, en 2 dosis, durante 10 días; dosis estándar: <ul style="list-style-type: none"> - 250 mg, c/12 horas, si < 27 kg de peso - 500 mg, c/12 horas, si ≥ 27 kg de peso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina VO, 40-50 mg/kg/día, durante 10 días; pautas¹⁴: <ul style="list-style-type: none"> - 2 dosis/día, dosis máxima 500 mg - 1 dosis/día, dosis máxima 750 (< 30 kg de peso) o 1500 mg (≥ 30 kg)

Tratamiento antimicrobiano en casos especiales		
Situación	De elección	Alternativas
Alérgicos a penicilina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eritromicina 40 mg/kg/día, VO, en 3-4 dosis, durante 10 días ▪ Clindamicina 15-25 mg/kg/día, VO, en 3 dosis, durante 10 días 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Azitromicina 10-12 mg/kg/día, VO, una dosis (máximo 500 mg/dosis), durante 5 días ▪ Claritromicina 15 mg/kg/día, VO, en 2 dosis (máximo 500 mg/dosis), durante 10 días ▪ Alergia no anafiláctica: cefalexina o cefadroxilo 25-50 mg/kg/día, VO, en 2 dosis (máximo 500 mg/dosis), durante 10 días
Recurrencias, falta de respuesta al tratamiento: ver faringitis aguda		

Indicaciones de derivación/ingreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad cardíaca valvular preexistente ▪ Inmunodeficiencias clínicamente relevantes (VIH, etc.) ▪ Sospecha de complicaciones supurativas ▪ Formas clínicas graves: aspecto tóxico/séptico¹⁵, artritis, ictericia

Otras medidas terapéuticas/prevención
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antitérmicos y analgésicos: ibuprofeno, paracetamol ▪ Exclusión escolar hasta resolución de la fiebre y al menos 1 día de tratamiento antibiótico ▪ Prevención de la transmisión: lavado de manos del niño y cuidadores, no compartir utensilios de comida y toallas (tiempo igual que en el punto anterior) ▪ Evitar el contacto cercano con individuos con valvulopatías o inmunodeficiencias

Abreviaturas: **CMV:** citomegalovirus. **EBHGA:** estreptococo beta hemolítico del grupo A. **PANDAS:** *pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A Streptococci*. **VEB:** virus de Epstein-Barr. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **VO:** vía oral.

Referencias bibliográficas

Guillén Martín S, Ruiz Jiménez M, Prieto Tato LM, y cols. Enfermedades exantemáticas. En: Manrique I, Saavedra J, Gómez Campderá, y cols. Guía de tratamiento de las enfermedades infecciosas en urgencias pediátricas. Madrid: Drug Farma SL; 2010. p. 615-25.

Lo WT, Tang CS, Chen SJ, et al. [Panton-Valentine Leukocidin is associated with exacerbated skin manifestations and inflammatory response in children with community-associated staphylococcal scarlet fever](#). Clin Infect Dis. 2009;49(7):e69-75.

Pichichero M. Complications of streptococcal tonsillopharyngitis. UpToDate 19.1. [actualizado en 01/2011; consultado el 23/05/2011]. Disponible en <http://www.uptodate.com>

Ruiz-Aragón J, Rodríguez López R, Molina Linde JM. [Evaluación de los métodos rápidos para la detección de *Streptococcus pyogenes*. Revisión sistemática y metaanálisis](#). An Pediatr (Barc). 2010;72:391-402.

Falagas ME, Vouloumanou EK, Matthaiou DK, et al. Effectiveness and safety of short-course vs long-course antibiotic therapy for group A beta-hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis of randomized trials. Mayo Clin Proc. 2008;83(8):880-9.

Herranz Jordán B, Acitores Suz E, Payá López, y cols. [Escarlatina recurrente: presentación de cuatro casos](#). Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;3(12):551-60.

Ramsay M, Reacher M, O'Flynn C, et al. [Causes of morbilliform rash in a highly immunised English population](#). Arch Dis Child. 2002; 87(3):202-206.

Notas

- ¹ *Streptococcus pyogenes* produce 4 tipos de exotoxinas pirogénicas, denominadas como A, B, C y F.
- ² La inmunidad frente a la infección estreptocócica se basa en el desarrollo de anticuerpos opsonizantes contra la proteína M, de la que existen más de 100 tipos diferentes, y es la base del serotipado actual de *S. pyogenes*. Esta inmunidad es tipo-específica y duradera, quizás indefinida.
- ³ Rubéola: el exantema es habitualmente discreto, máculopapular y morbiliforme; comienza detrás de las orejas, se extiende a cara y cuello y después al tronco y extremidades. Se acompaña de linfadenopatía cervical. La fiebre está ausente o es leve.
- ⁴ Sarampión: generalmente se acompaña de síntomas sistémicos importantes (fiebre, malestar), síntomas respiratorios marcados (tos, afonía) y conjuntivitis no supurativa.
- ⁵ Eritema infeccioso: no suele haber fiebre; en los estadios iniciales en exantema afecta a las mejillas ("mejillas abofeteadas") y posteriormente aparece un exantema confluyente, de bordes geográficos, que palidece por el centro, en superficie extensora de extremidades.
- ⁶ Exantema súbito: el exantema comienza tras desaparecer la fiebre, comienza en el tronco y se extiende a la cara y extremidades. Afecta, sobre todo, lactantes entre 6 y 24 meses de edad.
- ⁷ La enfermedad de Kawasaki es más frecuente en niños más pequeños, sin faringoamigdalitis y con inyección conjuntival. Las formas incompletas o atípicas son de difícil diagnóstico. El [cultivo faríngeo](#) no es definitivo por la posibilidad de falsos positivos (portador) o negativos (técnica defectuosa).
- ⁸ *Staphylococcus aureus* puede también ocasionar exantema escarlatiniforme ("escarlatina estafilocócica"). Para el diagnóstico diferencial, la localización de la infección es de gran ayuda: aunque ambas bacterias (*S. aureus* y *S. pyogenes*) producen [infecciones cutáneas](#) similares, *S. aureus* no causa [faringitis aguda](#). Ambas bacterias sintetizan exotoxinas pirogénicas causantes del exantema y ocasionalmente de cuadros sistémicos muy graves, denominados síndromes de shock tóxico estafilocócico y estreptocócico. En ambos casos es posible observar un exantema escarlatiniforme.

- ⁹ *Arcanobacterium haemolyticum* es una causa poco frecuente de **faringitis aguda**. En la mitad de los casos ocasiona exantema escarlatiniforme, y por tanto es clínicamente indistinguible de una verdadera escarlatina. Característicamente ocurre en adolescentes y adultos jóvenes.
- ¹⁰ El diagnóstico es, generalmente, clínico.
- ¹¹ Limitaciones de las pruebas: falsos positivos ya que no discriminan entre infección y estado de portador; falsos negativos por técnica de recogida de la muestra defectuosa.
- ¹² Tienen una excelente especificidad (> 95%) con una sensibilidad menor (50-90%). Muestran un buen valor predictivo positivo y menor valor predictivo negativo. Si la sospecha clínica es alta, los negativos deben comprobarse mediante **cultivo de exudado faríngeo**.
- ¹³ El planteamiento terapéutico es igual el de la **faringitis aguda** bacteriana. El objetivo del tratamiento es reducir la intensidad y duración de la sintomatología, reducir la transmisibilidad de la infección y evitar las complicaciones supurativas (**absceso periamigdalino, otitis media aguda, sinusitis, fascitis necrotizante, bacteriemia**) y no supurativas (fiebre reumática; en los casos de glomerulonefritis aguda, PANDAS y otros, el papel del tratamiento antibiótico no está claro).
- ¹⁴ No se ha establecido con precisión la pauta y dosificación óptima. Se han empleado dosis de 30-50 mg/kg/día con un máximo de 500 mg c/12h, o dosis únicas máximas de 750 mg en menores de 30 kg y de 1500 mg en los mayores.
- ¹⁵ Síndrome de shock tóxico estafilocócico o estreptocócico.

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[🌐] Más información en: <http://www.guia-abe.es>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com



Con la colaboración de:



[©] Guía-ABE, 2011. ISSN: 2174-3568.