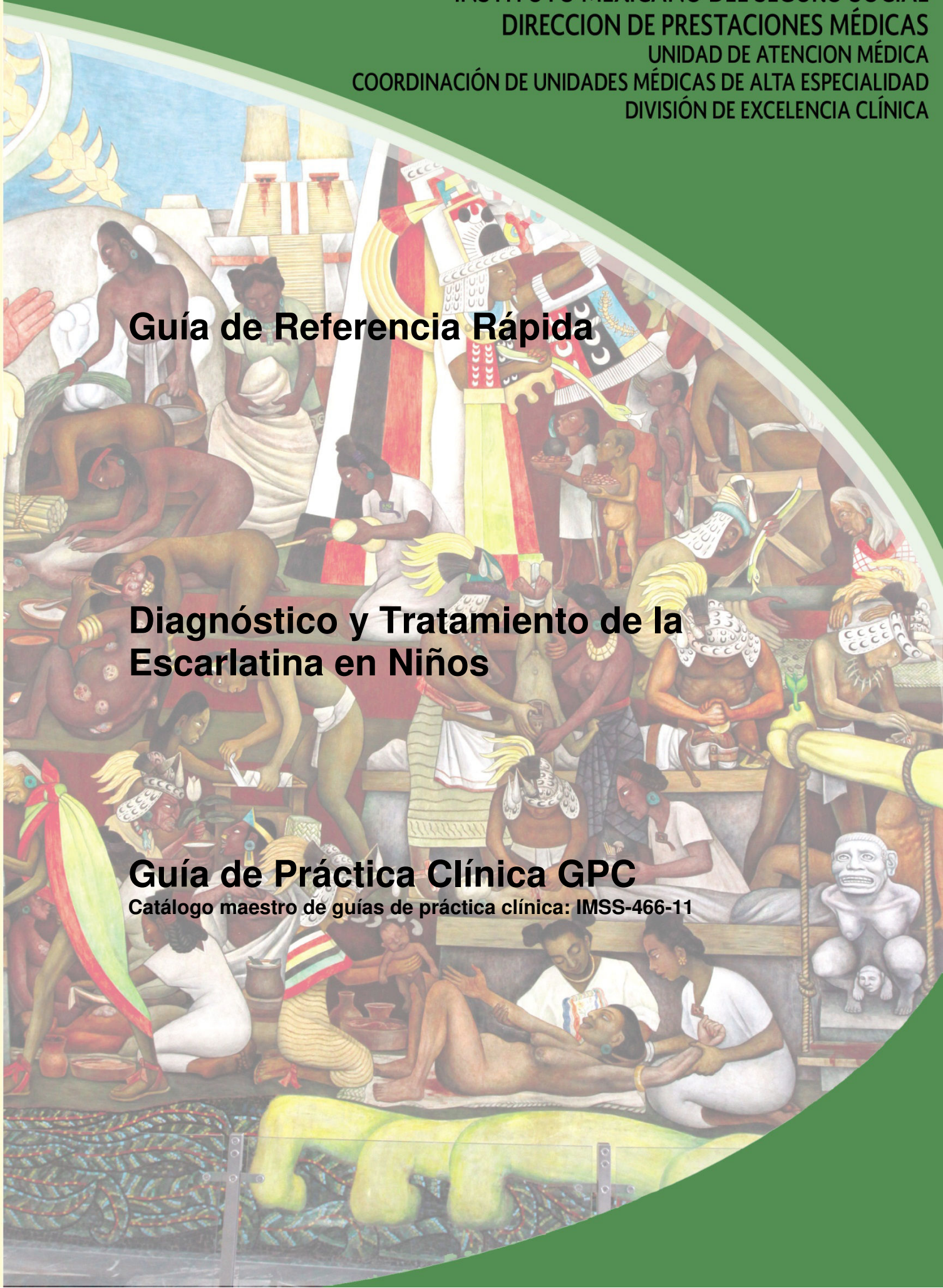


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Escarlatina en Niños

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-466-11



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

A 38 X Escarlatina

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de la Escarlatina en Niños
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La escarlatina es una enfermedad exantemática, infectocontagiosa, se transmite principalmente de persona a persona al estornudar o toser, el contagio puede ser por enfermos o por portadores sanos, es producida por las exotoxinas del estreptococo beta hemolítico del grupo A

El estreptococo beta hemolítico del grupo A, es una bacteria Gram+ con gran capacidad para producir hemólisis de los eritrocitos, se conocen 80 serotipos.

Presenta una distribución universal, predomina en todas las regiones de climas templados. Los elementos que lo constituyen, fundamentalmente son: la proteína M, que le proporcionan propiedades como la adhesión a la mucosa y la función antifagocítica.

Produce tres tipos de toxinas A, B y C que provocan las manifestaciones clínicas de esta enfermedad, por tanto puede padecerse en tres oportunidades, ya que cada infección es producida por una única toxina del agente etiológico.

La puerta de entrada es generalmente respiratoria, localizándose en la nariz y garganta, desde donde invade los tejidos y ganglios linfáticos regionales.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Factores de riesgo

- Es más frecuente en zonas urbanas
- Se asocia a infecciones faríngeas, heridas o quemaduras infectadas por estreptococos
- El contacto con personas infectadas por estreptococo aumenta el riesgo
- Se presenta en hombres y mujeres por igual
- Los períodos epidémicos en América del Norte se presentan en primavera y verano, con predominio en épocas de sequía
- En México se presenta con más frecuencia en invierno y en climas templados
- El 80% de los niños a los 10 años de edad, ya han desarrollado anticuerpos protectores contra las exotoxinas del estreptococo beta hemolítico del grupo A.
- La escarlatina es rara en niños menores de 2 años por la presencia de anticuerpos maternos

Cuadro Clínico

Síntomas

- El período de incubación del estreptococo beta hemolítico del grupo A, tiene un período de incubación de 1 a 7 días.

- El inicio de la escarlatina por lo general es brusco
- Fiebre mayor de 39.5°C, que dura entre 2 y 4 días, es el síntoma inicial, disminuye paulatinamente para desaparecer después de una semana
- Odinofagia
- Cefalea
- Náuseas
- Vómito
- Dolor abdominal
- Mialgias
- Malestar general

Signos

- Faringe congestiva
- Eritema de la mucosa oral
- Maculas puntiformes rojas en la úvula y en el paladar duro y blando (manchas de Forcheimer)
- Entre el día 1 y 2 se aprecia una capa blanca en el dorso de la lengua, las papilas se encuentran enrojecidas y aumentadas de volumen, la capa blanca desaparece después de 2 o 3 días dejando al descubierto las papilas rojas (lengua frambuesa)
- Adenopatías
- Exantema:
 - Se presenta después de 12 a 48 horas de la aparición de la fiebre
 - Son lesiones maculo-papulares de color rojo (aparenta quemadura de sol con “piel de gallina”), la textura es áspera
 - Primero se observan debajo de las orejas, pecho y axilas
 - Después se extiende al tronco y extremidades, en 24 horas
 - Las lesiones se acentúan en los pliegues de la piel, principalmente en el cuello, axilas, fosa antero-cubital, pliegues inguinales y poplíteos
 - La ruptura de los capilares hace aparecer líneas de color rojo (líneas de Pastia) en los pliegues del brazo y de la ingle, persisten durante uno o dos días, después de la resolución de la erupción generalizada
 - Palidez peri bucal
 - Descamación de la piel principalmente de: axilas, inglés y punta de los dedos de pies y manos, inicia 7 o 10 días, se presenta después de la resolución del exantema y puede continuar hasta por seis semanas, la extensión y duración de la descamación es directamente proporcional a la intensidad del exantema

Se recomienda interrogar en forma exhaustiva para buscar factores de riesgo para escarlatina y realizar anamnesis de cada uno de los síntomas que presenta el niño, así como realizar exploración física completa.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Cultivo de exudado faríngeo

El cultivo de exudado faríngeo sigue siendo la prueba estándar para la confirmación de una infección estreptocócica del grupo A de las vías respiratorias superiores.

La obtención de las muestras es crucial para obtener la máxima sensibilidad, al respecto se hacen las siguientes recomendaciones:

- El hisopo debe rosar vigorosamente la faringe posterior y las amígdalas, además de obtener muestra de cualquier exudado que se encuentre en la faringe
- El hisopo debe ser de algodón o de dacrón
- Al momento de la toma de la muestra se debe tener adecuada iluminación
- Se debe evitar tocar los labios, la lengua y la mucosa bucal

Siempre que se sospeche la presencia de escarlatina, se deberá realizar exudado faríngeo.

En la actualidad, las pruebas de estreptococo anticuerpos no están indicadas en caso de enfermedad aguda, solo se recomienda su uso en caso de sospecha de complicaciones como: fiebre reumática o glomerulonefritis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el Instituto Nacional de Salud pública se realizó una revisión clínica de las enfermedades exantemáticas en la niñez que se presentan con más frecuencia en los niños de México:

- Sarampión
- Rubéola (sarampión alemán)
- Varicela (coloquialmente y mal llamada viruela pinta o viruela loca)
- Escarlatina
- Exantema súbito (roséola, sexta enfermedad)
- Eritema infeccioso (quinta enfermedad)
- Exantemas por enterovirus
- Mononucleosis infecciosa
- Dengue
- Otras enfermedades infecciosas que producen exantema:
 - Síndrome de choque tóxico (estreptocócico y estafilocócico)
 - Enfermedad de Kawasaki
 - Leptospirosis
 - Borreliosis
 - Roseola tifoídica (*Salmonella typhi*)

- Exantemas no infecciosos
 - Exantema medicamentoso
 - Alergia alimentaria

(Cuadros I y II)

Nunca va a ser fácil al clínico establecer el diagnóstico de una enfermedad que cursa con exantema.

Se recomienda conocer el curso clínico de las enfermedades exantemáticas con las que se puede hacer diagnóstico diferencial, ya que saber integrar todas las manifestaciones y la experiencia favorecen el establecimiento de un diagnóstico correcto

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los objetivos del tratamiento farmacológico de la escarlatina son:

- Prevenir la fiebre reumática aguda
- Reducir la propagación de la infección
- Prevenir las complicaciones inmediatas
- Acortar el curso de la enfermedad

Se recomienda el siguiente esquema antimicrobiano, se mencionaran en orden de preferencia de uso:

1. Penicilina V (fenoximetilpenicilina)
[No disponible en Cuadro de Medicamentos del Sector Salud, México]
2. Amoxicilina
3. Penicilina G benzatinica

Niños alérgicos a la penicilina

1. Cefalosporinas (cefalexina [no disponible en Cuadro de Medicamentos IMSS]o cefadroxil [no disponible en Cuadro de Medicamentos del Sector Salud, México]).

Nota: Ante la falta de cefalosporinas, se recomienda el uso de alguno de los siguientes medicamentos:

2. Clíndamicina
3. Azitromicina
4. Claritromicina

La mayoría son de administración oral, excepto la penicilina G benzatinica

El periodo de administración es por 10 días, excepto la azitromicina que se administra por 5 días y la penicilina G benzatinica una sola dosis

(Cuadro III)

* En niños alérgicos a la penicilina se puede indicar eritromicina, si no se cuenta con cefalosporinas o han presentado reacción anafiláctica a la penicilina

Generalmente el uso de antibióticos es empírico, sin embargo debe estar sustentado en un cuidadoso juicio clínico

El tratamiento para la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A, debe iniciar tan pronto como sea posible para reducir la incidencia de fiebre reumática.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento no farmacológico de la escarlatina debe de ir encaminado a mejorar las condiciones generales del paciente y prevenir complicaciones.

Se recomiendan las siguientes medidas de soporte general:

- Reposo relativo
- Control térmico por medios físicos como primera opción
- Los antipiréticos podrán ser usados solo en caso de no lograr control de la temperatura con medios físicos
- La dieta debe ser completa y balanceada

Evitar agregar polvos caseros secantes (polvo de haba, maicena, etc.) por el riesgo de infección secundaria de la piel (impétigo)

Para que un niño regrese a la escuela y minimizar el contagio, debe haber recibido como mínimo 24 horas de tratamiento con antibióticos

COMPLICACIONES

Complicaciones Tempranas

- Linfadenitis cervical
- Otitis media
- Absceso periamigdalino
- Sinusitis
- Bronconeumonía
- Meningitis
- Absceso cerebral
- Trombosis del seno venoso intracraneal

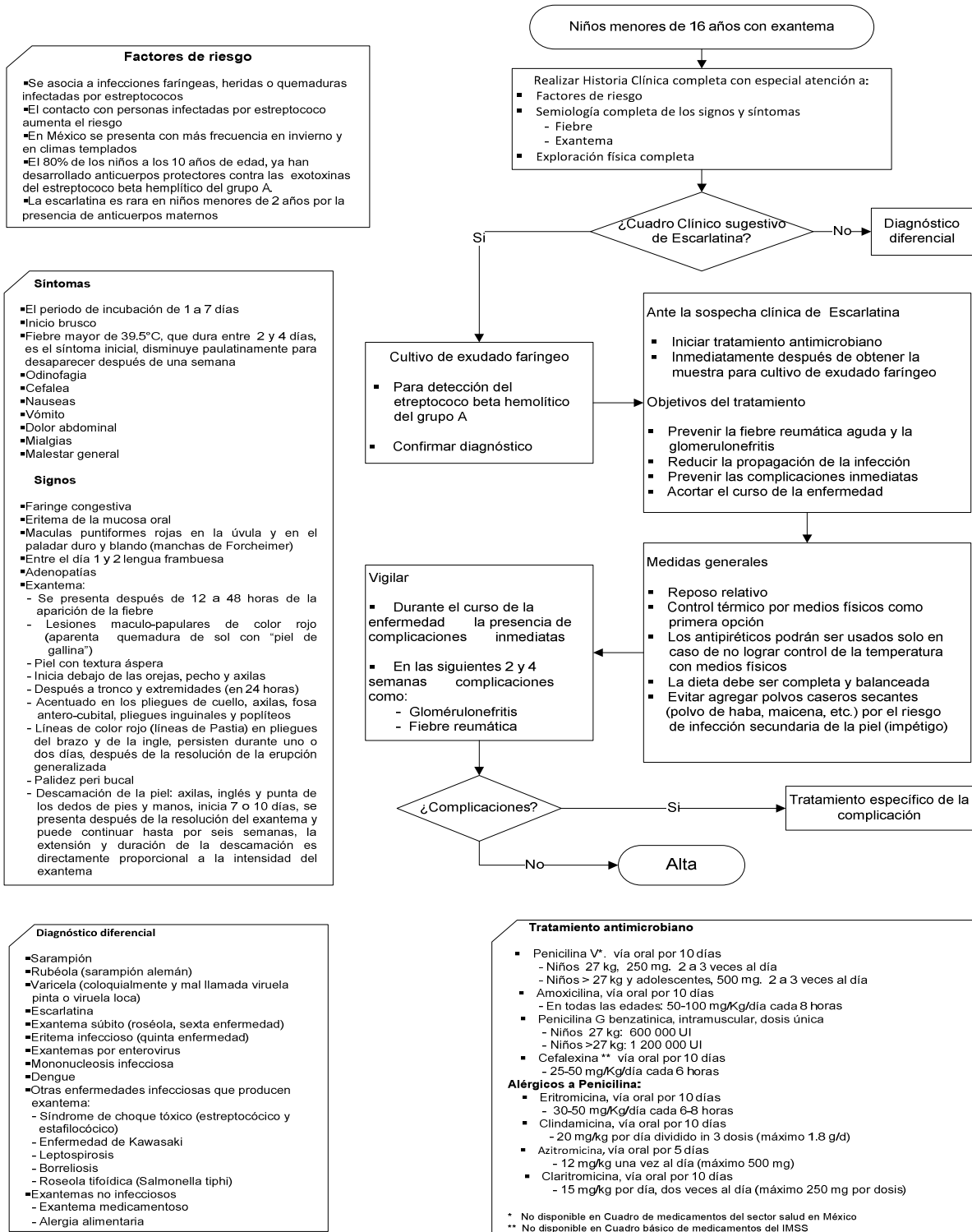
- Septicemia
- Hepatitis
- Vasculitis
- Uveítis
- Miocarditis
- Coque toxico

Complicaciones tardías

- Fiebre reumática entre dos y tres semanas después de la aparición de la escarlatina
- Glomerulonefritis posestreptocócica en promedio diez días después de la aparición de la escarlatina
- Líneas de Beau ranuras transversales en las placas de las uñas (semanas o meses después)
- Efluvio telógeno; es la pérdida del cabello

El médico tratante debe conocer las complicaciones tempranas y tardías para instruir a los familiares del niño sobre la administración del tratamiento antimicrobiano en la dosis y por el periodo completo, con la finalidad de disminuir la presencia de estas

ALGORITMO.



CUADRO I. PERIODO DE INCUBACIÓN Y CONTAGIO DE LAS ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS

ENFERMEDAD	PERIODO DE INCUBACION	PERIODO DE CONTAGIO	INMUNIDAD ADQUIRIDA
Sarampión	7 – 21 días	4 días antes y 4 días después de la aparición del exantema. Mayor transmisión 3 días antes que aparezca el exantema.	Si
Rubéola	14 -23 días	De 10 días antes a 7 días después de la aparición del exantema. Los niños con rubéola congénita excretan el virus hasta durante un año.	Si
Varicela	10 -21 días	1- 2 días antes a 4-5 días después de la aparición del exantema.	Si. Como todos los herpes viridae, queda en estado latente y en condiciones de inmunosupresion, se reactiva y causa herpes zoster.
Escarlatina	1 – 7 días	Origen respiratorio: 10 a 21 días. Origen cutáneo: varias semanas. Con tratamiento: 48 horas.	Inmunidad específica contra tipo y toxina (A, B y C) de EBHGA. En los pocos casos en que se repite la escarlatina, es debido a una toxina diferente a la que ocasiono la primera infección.
Exantema Súbito	HHV6: 7 – 14 días	Excreción de por vida en niños sanos, transmisión principalmente de adultos cuidadores a niños.	Si, pero se ha descrito re-infección por VHH6A o VHH7 en niños previamente infectados con VHH6B.
	HHV7: se desconoce		
Eritema infeccioso	4 – 21 días	6 – 11 días previos al exantema.	Si
Enterovirus	2 – 14 días	3-4 semanas, depende de la excreción fecal del virus.	Específica para cada serotipo de ECHO, coxsackie y enterovirus.
Mononucleosis infecciosa	30 – 50 días	Inicia muchos meses después de la infección, portador asintomático, excreción intermitente toda la vida.	No

Fuente: Moreno S, Díaz Ortega JL, Hernández M, Sánchez M, Carrillo C. Boletín de práctica médica efectiva. Efectividad clínica en las enfermedades exantemáticas en la niñez /1. Noviembre 2006.

CUADRO II. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS

Enfermedad	Edad de adquisición	Estacionalidad	Mecanismo de transmisión
Sarampión	Pre-escolares de 1 a 4 años y escolares. Actualmente se observa un desplazamiento hacia los grupos adolescentes y adultos jóvenes.	Finales de invierno y principios de primavera	Contacto directo con partículas infectantes y aerosoles
Rubéola	En México mayor incidencia en menores de 1 año y de 1 a 4 años. En el trópico mayor incidencia en niños mayores y adultos.	Meses de primavera y verano	Vertical (congénita), contacto directo o inhalación de aerosoles
Varicela	En México mayor incidencia en menores de 1 año y de 1 a 4 años. En el trópico mayor incidencia en niños mayores y adultos.	Finales de invierno y principios de primavera. Mas frecuente en lugares templados que tropicales.	Contacto directo o inhalación de aerosoles. Menos frecuente: Vertical.
Escarlatina	Baja incidencia en los lactantes. Predominio de 3 a 15 (5 a 11) años de edad.	Predominio en el invierno. Mayor en países templados.	Diseminación interpersonal, secreciones de nariz, garganta y piel de los enfermos y fomites contaminados. Quirúrgica. Mas frecuente en condiciones de hacinamiento.
Exantema súbito	6 a 15 meses de edad. Cuando participa el virus herpes 7: 5 a 6 años. Solo el 25 -30% de los infectados por VHH6 O VHH7 desarrollan exantema súbito.	Distribución mundial sin predominio estacional.	Contacto con saliva de cuidadores sanos, congénita (rara: 1-2%), post-parto y transfusional. Ocasionalmente casos secundarios
Eritema infeccioso	Más común en niños de 6 a 19 años y en edad geriátrica, pero también se encuentra en niños de a 1 a 4 de edad. Las personas en contacto con niños tienen mayor riesgo de contagio.	Finales de invierno y principios de primavera. Picos endémicos cada 3 o 4 años. Pequeños brotes intra-familiares.	Inhalación de aerosoles, transfusión sanguínea y vertical (congénita), transmisión intra-hospitalaria.
Enterovirus	Niños de corta edad. Causa común de encefalitis en recién nacidos, pero no relacionado con exantema. En la enfermedad pie-mano-boca: 6 meses a 13 años de edad.	Predominio en área tropical, sin predominio estacional. En áreas templadas: fines de verano e inicios de otoño.	Respiratoria, fecal-oral, a partir de fomites (objetos contaminados) y en ocasiones periparto.
Mononucleosis infecciosa	En países en desarrollo predomina en edades tempranas (2-3 años); en países desarrollados es mas frecuente en adolescentes.	Distribución mundial sin predominio estacional.	Contacto con saliva, (este debe ser muy estrecho) y transfusional. Es rara la transmisión vertical y no se ha comprobado el contagio por contacto sexual.

Fuente: Moreno S, Díaz Ortega JL, Hernández M, Sánchez M, Carrillo C. Boletín de práctica médica efectiva. Efectividad clínica en las enfermedades exantemáticas en la niñez /2. Noviembre 2006.

CUADRO III. PREVENCIÓN PRIMARIA DE FIEBRE REUMÁTICA (TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALÍTIS ESTREPTOCÓCICA)

Agente	Dosis	Vía de administración	Duración	Nivel de evidencia
Penicilinas				
Penicilina V (fenoximetil penicilina) [No disponible en Cuadro de Medicamentos del Sector Salud, México]	Niños \leq 27 kg, 250 mg. 2 a 3 veces al día Niños > 27 kg y adolescentes, 500 mg. 2 a 3 veces al día	Vía oral	10 días	IB
o				
Amoxicilina	50 mg/kg una vez al día (máximo 1 g)	Vía oral	10 días	IB
o				
Penicilina G Benzatinica	Niños \leq 27 kg: 600 000 UI Niños >27 kg: 1 200 000 UI	Vía intramuscular	Una dosis	IB
Niños alérgicos a la penicilina				
Cefalosporinas de espectro reducido (cefalexina [No disponible CBM, IMSS], cefadroxil [No disponible CBM, Sectorial])	Variable	Vía oral	10 días	IB
o				
Clindamicina	20 mg/kg por día dividido in 3 dosis (máximo 1.8 g/d)	Vía oral	10 días	Ila B
o				
Azitromicina	12 mg/kg una vez al día (máximo 500 mg)	Vía oral	5 días	Ila B
o				
Claritromicina	15 mg/kg por día, dos veces al día (máximo 250 mg por dosis)	Vía oral	10 días	Ila B
Nivel de evidencia (IB.- indica nivel de evidencia I y nivel de recomendación B)				
No indicar: sulfonamidas, trimetoprim, tetraciclinas y fluoroquinolonas.				

Fuente: Modificado de Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST. Guideline: Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis Circulation. Mar 24 2009;119(11):1541-51