

: Un exantema pediátrico más allá de la infancia

Autores y filiaciones:

Camino-Salvador, JM (José María Camino Salvador)^a

^a Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España. C/ Donante de Sangre, S/N. CP 19002.

Zapata-Martínez, I (Isabel Zapata Martínez)^a

^a Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España. C/ Donante de Sangre, S/N. CP 19002.

De Eusebio-Murillo, E (Esther de Eusebio Murillo)^b

^b Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España. C/ Donante de Sangre, S/N. CP 19002.

Autor de correspondencia

Camino Salvador, José María^a

Email: jose.caminosalvador@gmail.com

Historia clínica

Una mujer de 40 años, sin antecedentes de interés, consultó por la aparición de una erupción generalizada febril de 12 horas de evolución con intenso prurito, que comenzó en el cuello, con posterior extensión a tronco y miembros. Refería fiebre elevada, artralgias y odinofagia de dos días de evolución, para las que había tomado un analgésico oral, que ya había empleado en el pasado. La paciente era maestra de escuela, y relataba varios casos de amigdalitis en su centro en las últimas semanas.

Exploración física

Se observó un exantema maculo-papular descamativo difuso, sin afectación palmo-plantar. Se mostraba áspero al tacto, acompañado de una fina descamación blanquecina (Figura 1). En las fauces, se observó una lengua de aspecto saburral, así como amígdalas hiperémicas con exudado blanquecino. Se acompañaba de adenopatías cervicales dolorosas.

Pruebas complementarias

Se realizó una prueba rápida de detección de *Streptococcus pyogenes*, que resultó positiva. En la analítica destacó una leve leucocitosis a expensas de neutrófilos, con una proteína C reactiva de 209.0 mg/L, sin alteración renal asociada en sangre u orina. La serologías fueron compatibles con una infección pasada por virus de Epstein Barr.

¿Cuál es el diagnóstico?

Diagnóstico

Escarlatina.

Curso clínico y tratamiento

Se administraron 1,2 millones UI de penicilina G benzatina intramuscular y se pautó antihistamínico oral para alivio sintomático. La paciente mostró mejoría de las lesiones cutáneas y de las molestias faríngeas en 12 horas, con restitución completa a los 3 días.

Comentario

La escarlatina -fiebre escarlata, *escarlata anginosa*- es una enfermedad infecciosa mediada por las exotoxinas eritrógenas SpeA, SpeB y SpeC del estreptococo del grupo A (GAS). Clásicamente se ha englobado en los exantemas pediátricos, dado que hasta un 80% de la población adquiere la antitoxina tras la primera infección por GAS, en torno a los 10 años.^{1,2} La afectación adulta es infrecuente, menor de un 5%.²

En diciembre de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una alerta ante el aumento de escarlatina en cinco países europeos, Reino Unido (UK), Francia, Países Bajos y Suecia.³ En UK, se reportaron 4.622 casos de escarlatina, superando la incidencia de 1,292 casos de los 5 años previos. Hasta un 5% de los casos eran adultos.⁴ La OMS considera a la población adulta inmunodeprimida en riesgo y los *Centers for Disease Control* incluyen aquellas ocupaciones en contacto con grandes grupos (guarderías, colegios, bases militares).⁵ Además, se han comunicado casos de transmisión alimentaria, tras infecciones pélvicas, quemaduras o heridas (escarlatina quirúrgica).²

Típica de los meses de primavera y otoño, la escarlatina cursa como una faringitis pultácea, con fiebre alta y adenopatías cervicales dolorosas, seguida de una erupción que comienza a las 12 a 48 horas, en cuello, axilas o tronco, con posterior generalización. El exantema posee una característica textura en papel de lija. Las petequias no son infrecuentes, manifestándose como estrías lineales en las regiones flexurales (líneas de Pastia) o enantema en el paladar. La lengua puede mostrar un aspecto edematoso y variable según el tiempo de desarrollo, inicialmente cubierta por una escama blanquecina (fase saburral) que al desprenderse deja evidente un eritema difuso con papilas hiperplásicas (fase de frambuesa). Su diagnóstico es clínico, aunque puede apoyarse en pruebas rápidas de detección y, en caso de negatividad pero alta sospecha clínica, en el cultivo faríngeo para demostrar la presencia de GAS.^{1,2} Debe diferenciarse de otras causas de exantema febril, como el exantema medicamentoso, los exantemas virales, la infección por *Arcanobacterium haemolyticum*, el síndrome de shock tóxico estreptocócico (SST), la enfermedad de Kawasaki, el eritema perineal recurrente, y otras causas clásicas de exantemas en la edad pediátrica, así como de la edad adulta.

La escarlatina requiere un tratamiento adecuado, debido al riesgo de complicaciones (supurativas y no supurativas), así como de progresión a SST. La mayoría ocurren de forma temprana, aunque las complicaciones tardías (fiebre reumática, artritis y glomerulonefritis) se manifiestan a las 2-3 semanas del diagnóstico inicial. Se recomiendan regímenes con penicilina o derivados. La penicilina V oral es el tratamiento de elección, pero requiere una pauta de diez días. La penicilina G benzatina en dosis única intramuscular (<27kg: 600.000 U; ≥27kg: 1.200.000 U) supone una alternativa. Los pacientes dejan de ser contagiosos a las 24 horas del tratamiento adecuado.⁶

Bibliografía

1. Pardo S, Perera TB. Scarlet Fever. [Updated 2023 Jan 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507889/>
2. Wessels MR. Pharyngitis and Scarlet Fever. 2016 Feb 10. In: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editors. Streptococcus pyogenes : Basic Biology to Clinical Manifestations

- [Internet]. Oklahoma City (OK): University of Oklahoma Health Sciences Center; 2016-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333418>
3. World Health Organization [Updated 2022 Dec 15]. Disease Outbreak News; Increased incidence of scarlet fever and invasive Group A Streptococcus infection - multi-country. Available at: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON429>
 4. UK Health Security Agency. Research and Analysis. Group A streptococcal infections: update on seasonal activity in England, 2021 to 2022. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/group-a-streptococcal-infections-activity-during-the-2021-to-2022-season/group-a-streptococcal-infections-update-on-seasonal-activity-in-england-2021-to-2022>
 5. Centers for Disease Control and Prevention [Updated 2022 June 17]. Scarlet fever [online]. Available: <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-hcp/scarlet-fever.html/>; 2022 [consultada el 14 marzo de 2024].
 6. Gerber, M. A., Baltimore, R. S., Eaton, C. B., Gewitz, M., Rowley, A. H., Shulman, S. T., & Taubert, K. A. (2009). Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation*, 119(11), 1541–1551. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.191959>

