

Escarlatina

Raquel Villamor Martín^a, Beatriz del Pozo Menéndez^b.

^a Servicio de Pediatría. Hospital Universitario del Sureste. Madrid. España.

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz. Madrid. España.

Fecha de actualización: 01/10/2019
(v.2/2019)

Cita sugerida: Villamor Martín R, del Pozo Menéndez B. Escarlatina (v.2/2019). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el dd-mm-aaaa. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

La escarlatina es una enfermedad caracterizada por fiebre, [faringitis aguda](#) y un exantema característico (micropapuloso y más acentuado en los pliegues). Está causada por cepas de *Streptococcus pyogenes* (estreptococo betahemolítico del grupo A -EBHGA-) productoras de exotoxina pirogénica¹.

La transmisión es directa, de persona a persona por vía aérea. Es más frecuente entre los 2 y los 8 años de edad (máxima incidencia alrededor de los 4 años); en menores de 3 años es menos frecuente, pero debe considerarse en ambiente epidémico familiar, lactantes que acuden a escuela infantil y en épocas de mayor incidencia, final del invierno y primavera. No hay preferencia de sexos. Es una enfermedad benigna y autolimitada.

El diagnóstico es clínico y debe confirmarse con un [test rápido de estreptococo](#) o un [cultivo de faringe](#). 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 con frecuencia: una, el exantema escarlatiniforme sin fiebre y/o faringitis (la escarlatina puede ser secundaria a infecciones cutáneas, como impétigo y enfermedad perianal estreptocócica); y, dos, las recurrencias². En ambas situaciones pueden estar implicados otros microorganismos por lo que es importante usar pruebas de confirmación microbiológica.

Cambios relevantes respecto a la anterior versión

Respecto a la versión previa, de 2011, se han introducido escasos cambios:

- Aunque el diagnóstico es básicamente clínico, se recomienda usar una prueba de confirmación microbiológica (preferentemente un test de diagnóstico rápido) para optimizar el uso de los antibióticos.
- Se recomienda valorar una duración del tratamiento antibiótico más corta salvo en los casos en los que el objetivo de la erradicación microbiológica sea relevante, pues desde el punto de vista clínico el resultado de las pautas cortas y clásicas (10 días) es similar.
- Se incluyen recomendaciones terapéuticas precisas en casos especiales (alergia a penicilinas, intolerancia a fármacos orales, etc.).

Agentes etiológicos		
Entidad	Microorganismos	
Escarlatina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Streptococcus pyogenes</i> (EBHGA) productor de exotoxina pirogénica 	
Otras causas de exantema escarlatiniforme	Frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rubeola³ ▪ Sarampión⁴ ▪ Parvovirus B19⁵ ▪ Herpesvirus 6 y 7 (exantema súbito⁶) ▪ Enterovirus ▪ Adenovirus
	Infrecuentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndrome de Kawasaki⁷ ▪ CMV ▪ <i>Mycoplasma pneumoniae</i> ▪ <i>Staphylococcus aureus</i> (escarlatina estafilocócica, síndrome de shock tóxico estafilocócico o estreptocócico)⁸ ▪ <i>Arcanobacterium haemolyticum</i>⁹ ▪ Exantemas tóxico-alérgicos

Manifestaciones clínicas (.../...)		
Incubación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2-4 días (máximo 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 ▪ Dolor de garganta, erupción cutánea ▪ Son frecuentes: dolor abdominal, náuseas, vómitos, cefalea y postración 	
Hallazgos físicos	Faringitis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faringe: amígdalas hiperémicas, a veces 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 intenso que desaparece con la presión), áspera al tacto (“piel de gallina”) ▪ Localización: inicio en la base del cuello, extensión posterior a cara, 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)

Manifestaciones clínicas (.../...)		
		<ul style="list-style-type: none"> Enrojecimiento difuso de las mejillas que respeta el triángulo nasolabial, palidez circumoral (“triángulo de Filatov”)
	Otros	<ul style="list-style-type: none"> Lengua aframbuesada por engrosamiento de las papilas y tumefacción; inicialmente saburral (“lengua alba”) y después enrojecida y congestiva
	Descamación	<ul style="list-style-type: none"> Actualmente menos frecuente por la rápida respuesta al tratamiento 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
Ver imágenes de ayuda en Internet : DermNet NZ y DermlS		

Estudios complementarios		
	Evaluación inicial	Situaciones especiales
Microbiología	<ul style="list-style-type: none"> Test de diagnóstico rápido (TDR) estreptocócico¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> En casos de duda diagnóstica (por ej. exantema escarlatiniforme sin fiebre y/o faringitis), recurrencias, casos secundarios y brotes en colectividades, confirmación microbiológica¹¹ mediante TDR de <i>S. pyogenes</i>¹² o cultivo de exudado faríngeo
		<ul style="list-style-type: none"> ASLO: para valorar si un episodio anterior reciente, en el que no se hizo comprobación mediante TDR o cultivo, pudo ser causado por <i>S. pyogenes</i> (de 2 a 3 semanas después del inicio del episodio anterior), cuando este dato sea relevante

Tratamiento antimicrobiano ¹³	
De elección	Alternativas ¹⁴
<ul style="list-style-type: none"> Penicilina V¹⁵ VO, 25-50 mg/kg/día, en 2 dosis, durante 7-10 días; dosis estándar: <ul style="list-style-type: none"> – Si <27 kg de peso: 250 mg, c/12 horas – Si ≥27 kg de peso: 500 mg, c/12 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina VO, 40-50 mg/kg/día, durante 7-10 días; pautas¹⁶: <ul style="list-style-type: none"> – 2 dosis/día, máximo 500 mg/dosis – 1 dosis/día, máximo 1 g/dosis
Duración del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> Una duración más corta que la tradicionalmente recomendada (10 días) consigue probablemente los mismos resultados clínicos Se recomienda mantener la duración de 10 días cuando el objetivo de asegurar la erradicación microbiológica sea relevante: escarlatina o faringitis estreptocócica de repetición, brote intrafamiliar, pacientes inmunocomprometidos, pacientes que conviven con enfermos con antecedentes de fiebre 	

reumática o con inmunodepresión, y brotes comunitarios de la enfermedad

Tratamiento antimicrobiano en casos especiales (.../...)

Situación		De elección	Alternativas
Intolerancia a la vía oral ^{17,18}		<ul style="list-style-type: none"> Penicilina G benzatina, IM, en dosis única: <ul style="list-style-type: none"> Menor de 12 años o de 27 kg de peso: 600.000 UI Igual o mayor de 12 años y de 27 kg: 1.200.000 UI 	
Alergia a la penicilina	Alergia mediada por IgE (y no IgE si es grave)	<ul style="list-style-type: none"> Azitromicina 20 mg/kg/día, VO, una dosis (máximo 500 mg/dosis), durante 3 días 	<ul style="list-style-type: none"> Si resistencia a macrólidos: clindamicina 20 mg/kg/día, VO, en 3 dosis (máximo 300 mg/dosis), durante 7-10 días
	Alergia no mediada por IgE y no grave	<ul style="list-style-type: none"> Cefalexina (40 mg/kg/día) o cefadroxilo (30 mg/kg/día), VO, dividido en 2 dosis (máximo 500 mg/dosis), durante 7-10 días 	
Recurrencias, falta de respuesta al tratamiento: ver faringitis aguda			

Indicaciones de derivación e ingreso hospitalario

- Enfermedad cardíaca valvular preexistente o portador de material protésico
- Inmunodeficiencias clínicamente relevantes (VIH, etc.)
- Sospecha de complicaciones supurativas: celulitis y [absceso periamigdalino](#), absceso retrofaríngeo, mastoiditis, adenitis cervical supurativa, meningitis, trombosis de senos venosos, absceso cerebral y focos metastásicos por diseminación hematológica (artritis supurada, osteomielitis, endocarditis, absceso hepático, etc.)
- Complicaciones no supurativas: fiebre reumática, glomerulonefritis aguda posestreptocócica, PANDAS, púrpura anafilactoide.
- Formas clínicas graves: aspecto tóxico/séptico¹⁹, artritis, ictericia

Otras medidas terapéuticas y preventivas

- Antitérmicos y analgésicos según necesidad: ibuprofeno o paracetamol (evitando la alternancia de ambos)
- [Exclusión escolar](#) hasta resolución de la fiebre y al menos 1 día de tratamiento antibiótico

Otras medidas terapéuticas y preventivas

- Hidratación cutánea para aliviar el prurito y para reducir la descamación. Antihistamínico VO para el prurito si precisa
- 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. **IM:** intramuscular. **PANDAS:** *pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A Streptococci*. **TDR:** test de diagnóstico rápido. **VEB:** virus de Epstein-Barr. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **VO:** vía oral.

Referencias bibliográficas

- Basetti S, Hodgson J, Rawson TM, et al. Scarlet fever: a guide for general practitioners. [London J Primary Care. 2017;9\(5\):77-9.](#)
- Calle-Miguel L, Pérez-Méndez C, Miguel Martínez MD, et al. Cambios evolutivos en las tasas y fenotipos de resistencia de *Streptococcus pyogenes* en una población pediátrica de Asturias, España (2005-2015). [Rev Esp Quimioter. 2017;30\(2\):90-5.](#)
- Javierre BD, García Ventura M, Arrudi Moreno M, García Vera C. Escarlatina de repetición: una entidad frecuente. [An Pediatr \(Barc\). 2017;84\(4\):232-4.](#)
- Lee H. Outbreak Investigation of Scarlet Fever in a Kindergarten. [Infect Chemother. 2018;50\(1\):65-6.](#)
- Pardo S, Perera TB. [Scarlet fever](#). Statperls [internet] [actualizado el 28 de febrero de 2019].
- Wald ER. [Group A streptococcal tonsillopharyngitis in children and adolescents: Clinical features and diagnosis](#). UptoDate. [internet]. [actualizado en marzo de 2019].
- Wessels MR. [Pharyngitis and Scarlet Fever](#). *Streptococcus pyogenes*. Basic Biology to Clinical Manifestations. [internet]. [actualizado marzo de 2016].

Notas aclaratorias

- ¹ *Streptococcus pyogenes* produce, al menos, 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. También es la base de las recurrencias, notificadas con frecuencia creciente.
- ³ Rubeola: 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 o megaloeritema: no suele haber fiebre; en los estadios iniciales el exantema afecta a las mejillas (“mejillas abofeteadas”) y posteriormente se hace confluyente, de bordes geográficos y palidece en 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 para el diagnóstico de esta entidad, 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 fundamentalmente clínico. Sin embargo, debe confirmarse la etiología estreptocócica con una prueba microbiológica, preferentemente el TDR si está disponible.
 - 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 TDR: tienen una excelente especificidad (>95%) y sensibilidad (90-95%), aunque variable. 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 al de la [faringitis aguda](#) estreptocócica. 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 La amoxicilina/clavulánico no ofrece ninguna ventaja respecto a la amoxicilina sola (y sí añade inconvenientes), pues el EBHGA no es productor de betalactamasas. Sin embargo, su uso es una práctica inapropiada injustificadamente usual, que debe evitarse.
 - ¹⁵ Fenoximetilpenicilina potásica: cápsulas de 500 mg y sobres de 250 mg. Fenoximetilpenicilina benzatina: suspensión oral con 250 mg (400.000 UI) en 8 ml.
 - ¹⁶ 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 1000 a 1500 mg en los mayores.
 - ¹⁷ Frecuente con la penicilina V, infrecuente con la amoxicilina, sobre todo en los niños de menor edad.
 - ¹⁸ Y cuando no pueda garantizarse el cumplimiento adecuado del tratamiento oral.
 - ¹⁹ Síndrome de shock tóxico estafilocócico o estreptocócico.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). 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.

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



Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2019. ISSN 2174-3568