

INFECCIÓN

FIEBRE ESCARLATINA EN UNA NIÑA
REPORTE DE CASO

Mónica Quirós Mata*
Brenda Delgadillo Espinoza**

SUMMARY

Scarlet fever is caused by *Streptococcus pyogenes* and characterized mainly by an exanthematic rash associated to pharyngitis, strawberry like tongue and fever.

It affects small children. The incidence depends mainly on the geographic location.

Complications of this disease are rare and mortality is low.

We present a case of scarlet fever and urinary tract infection in a 4 year old girl from Ciudad Quesada, San Carlos.

caracterizadas por la presencia de máculas, pápulas, pústulas y petequias.

Dentro de ellas encontramos a la fiebre escarlatina cuyo brote exantemático es causado por el *Streptococcus pyogenes* del serogrupo A. Su único reservorio es la piel y mucosas humanas. Afecta principalmente a niños entre los 2 y los 10 años de edad y se presenta en un período de incubación corto entre 1 y 2 horas de evolución.^(4, 8, 10)

La sintomatología está caracterizada por fiebre elevada, adenopatías, lengua saburral y

se asocia frecuentemente con un antecedente de faringoamigdalitis estreptocócica. Además del brote, existen otros datos clínicos como enantema palatino y fascies de Filatow.

El exantema es maculopapular con sensación de piel en lija, muy pruriginoso, que inicia en cuello y se exacerba en zonas de pliegue.⁽⁴⁾ Puede presentar descamación a los 3 ó 4 días.

Anteriormente se consideraba a la fiebre escarlatina una enfermedad grave de la niñez, con altos índices de mortalidad; sin embargo hoy en día se presenta como una

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades exantemáticas constituyen un grupo de patologías

* Médico General. Área Salud Ciudad Quesada.

** Médico General. Máster en Epidemiología. Área Salud Ciudad Quesada.

Descriptores: fiebre escarlatina, exantema, niños, infección urinaria.

Key words: scarlet fever, exanthema, children

Correspondencia: moquiros@gmail.com, brendelgadillo@gmail.com

Autores declaran que no hay conflicto de intereses.

entidad con curso benigno, con bajo número de complicaciones, mortalidad y adecuada respuesta a antibioticoterapia.⁽⁴⁾

A pesar de su clínica característica, es importante realizar un diagnóstico diferencial de la misma ya que existen un gran número de enfermedades que cursan con brotes exantemáticos de diversas etiologías, y de los cuales debe distinguirse para realizar un adecuado abordaje del paciente.^(4,9)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 4 años, vecina de La Abundancia, hija única. Sin antecedentes personales, perinatales o quirúrgicos conocidos. Tampoco conocida alérgica a medicamentos o alimentos. Con esquema de vacunación completo, referido por madre. Actualmente eutrófica y con adecuado desarrollo para la edad. La niña es cuidada diariamente por su abuela materna, quien convive con sus otros hijos y nietos en su casa. Se niega la convivencia con animales en ambos hogares.

Consulta con historia de fiebre cuantificada de 38°C, leve odinofagia e hiporexia de cinco días de evolución. Sin asociación de ataque al estado general. No se documenta el uso de medicamentos, viajes recientes o mascotas. Tampoco se detallan otros familiares o contactos con síntomas similares. No existe

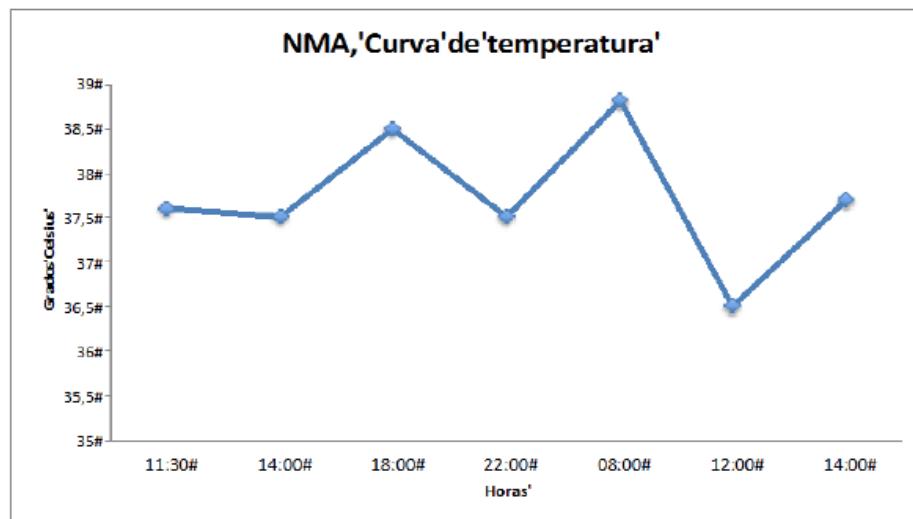
historia de otros síntomas descritos por la madre o la niña. Es valorada en un centro de atención primaria en San Carlos, acompañada por su madre. Se anota en el expediente las siguientes medidas antropométricas:

- Peso: 18.9 Kg
- Talla: 105 cm
- Temperatura: 37.6 °C (con tratamiento antipirético).

realizarse el mismo día en el Hospital de San Carlos; y se le aconseja reconsultar en 48 horas con el reporte de los laboratorios.

En el tiempo sugerido se revalora a la niña, y la misma se presenta con signos vitales normales y afebril. Madre reporta la siguiente curva febril:

Cuadro 1: Registro de temperatura tomado por madre



En ese momento en su examen físico solo se encuentra una leve hiperemia faríngea, sin exudados o petequias y el resto del examen sin alteraciones.

Debido a la historia de fiebre cuantificada sin foco evidente, se le solicita a la madre tomar curva febril por 24 horas, según como se le explica; y utilizar tratamiento antipirético únicamente si temperatura fuera mayor o igual a 38.5°C. Además se le indican a la paciente un hemograma y un examen general de orina para

Además, madre refiere que niña desarrolló un brote en las últimas 24 horas, el cual comenzó en cabeza y se extendió hacia tronco, brazos y piernas, respectivamente. No asocia brote con uso de antipirético, alimentos u otros medicamentos no prescritos.

Así también, la madre indica que se le administró tratamiento antipirético únicamente en dos ocasiones.

Durante la revaloración de la paciente se documenta el siguiente examen físico:

Aparente buen estado general,

activa, poco cooperadora, afebril. Se observa con brote maculopapular, generalizado, sin vesículas o pústulas. (Ver Figura 1). Sensación de lija al tacto. Respetando únicamente palmas y plantas. No presentaba descamación en estas últimas.

No se observa inyección conjuntival, presencia de dolor retroocular, secreciones ni edema periorbitario. Ambos oídos sin alteraciones. En la cavidad oral se evidencia una lengua aframbuesada (Ver Figura 2); persistencia de hiperemia faríngea, no obstante sin exudados; y signo de Filatow facial. Examen sin datos de mucositis o manchas de Koplik; y ausencia de adenopatías generalizadas. Sistema cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando, depresible, sin datos de peritonismo, masas o megalias. Examen neurológico íntegro y adecuado para la edad. Se omite la valoración de genitales debido a poca cooperación de la niña y su madre.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Hemograma # 1

Hemoglobina	12.6
Hematocrito	38
Promedio de la concentración de la hemoglobina corpuscular	34
Promedio de volumen corpuscular	83
Promedio de hemoglobina corpuscular	28
Recuento de eritrocitos	5

Ancho de distribución de eritrocitos	13.4
Recuento de plaquetas	76800
Recuento de leucocitos	26200
Polimorfonucleares	77%
neutrófilos	
Linfocitos	17%
Monocitos	3%
Eosinófilos	3%

Fuente: Expediente clínico.

Examen General de Orina # 1

Densidad	1.020
pH	5.0
Leucocitos	+++
Nitritos	Positivo
Proteínas	+
Glucosa	Normal
Cuerpos cetónicos	Trazas
Urobilinógeno	Normal
Bilirrubina	Negativo
Sangre	Trazas
Color	Ambar
Aspecto	Ligeramente turbio
Leucocitos en Sedimento	20/campo
Eritrocitos en Sedimento	No se observan
Células epiteliales en sedimento	Escasas
Bacterias	Muchas
Levaduras	No se observan
Mucus	No se observan
Sedimento amorfo	No se observan
Cilindros en sedimento	No se observan
Cristales en sedimento	No se observan

Fuente: Expediente clínico.

Figura 1. Brote exantemático en extremidades inferiores. Tomada con autorización de madre.



Figura 2. Lengua Aframbuesada, en el quinto día de evolución. Tomada con autorización de madre.



Se realiza el diagnóstico de fiebre escarlatina en la niña y se envía para valoración por parte del servicio de pediatría del hospital de San Carlos. Allí se decide internar a la paciente para iniciar su tratamiento con Penicilina G por 10 días y tratar concomitantemente su infección del tracto urinario.

DISCUSIÓN

La fiebre escarlatina es una entidad descrita desde hace casi unos doscientos años.⁽⁶⁾ Se le conocía como una “*enfermedad infectocontagiosa por germe desconocido endémico, y que adquiere carácter de importancia cada 4 a 5 años.*”⁽⁶⁾ Se le ha catalogado además, como una entidad con afección principalmente en países templados y con desaparición pronta en regiones tropicales.⁽⁶⁾

Su agente etiológico es el *Streptococcus pyogenes*^(3, 8, 9). Se observa una mayor incidencia de la enfermedad durante estaciones de invierno y primavera principalmente^(3,9). La patología tiene una predisposición por niños pequeños; es decir aquellos quienes asisten a guarderías, preescolar y primaria; o edades desde 6 meses a 10 años.^(3, 8,10)

Este germe también es responsable de otras enfermedades como faringitis, impétigo, celulitis, bacteremia, fasceítis necrotizante y síndrome de shock tóxico.⁽¹⁰⁾

Clínicamente, la escarlatina se presenta con fiebre, odinofagia, brote en piel y lengua afrmabuesada, signos todos presentes en el caso reportado.^(3, 10, 4)

El brote en piel o exantema, se observa como una erupción cutánea de aparición más o menos súbita, de amplia distribución y de

tipo maculopapular.⁽⁹⁾ Además se pueden encontrar que respeta el ángulo perioral, pero se exacerba en sitios de pliegue.⁽⁴⁾

Es importante recalcar que los brotes de tipo exantemático pueden presentarse en más de una entidad y ser inducidos por varias causas; por lo que es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial al enfrentarnos al mismo.

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran: sarampión, rubeola, exantema súbito, eritema infeccioso, varicela, enfermedad de Kawasaki, Fiebre botonosa mediterránea, Virus Epstein-Barr, Virus Herpes simple, adenovirus y dengue. Estas patologías tienden a presentarse con incidencias variadas dependiendo de la región y la existencia o no, de esquemas de vacunación.^(4,1)

Entre las complicaciones de la escarlatina podemos encontrar: hidrops vesicular, hepatitis aguda, insuficiencia renal, síndrome de piel escaldada y síndrome de shock tóxico; ninguna asociada a este caso particular.^(2, 5, 7)

El Tratamiento de elección para la fiebre escarlatina son las penicilinas. Según la literatura revisada, se ha utilizado también amoxicilina o eritromicina.⁽⁸⁾ El curso de antibióticos se completa de 10 a 21 días, dependiendo de la evolución clínica del paciente.⁽⁸⁾ En el caso descrito, la paciente se trató con penicilina para su fiebre escarlatina y gentamicina para su

infección urinaria.

PRONÓSTICO

La mortalidad para esta patología es generalmente baja, sin embargo, en los últimos brotes reportados se han identificado mutaciones del agente causal que lo han transformado en un patógeno más contagioso, resistente y mortal. Actualmente se realizan estudios para verificar estas variantes encontradas.⁽¹⁰⁾

CONCLUSIONES

Según la información revisada, en el cantón de San Carlos no hay descritos casos de fiebre escarlatina durante los últimos años. El cuadro clínico de esta paciente cumple con los signos y síntomas descritos en la literatura para la misma. Se pretende reportar el que sería el primer caso en la región en los últimos años, y paralelamente hacer un llamado a los profesionales en salud de la presencia de la fiebre escarlatina en la población pediátrica.

RESUMEN

La fiebre escarlatina es una entidad causada por el *Streptococcus pyogenes*, caracterizada por un brote exantemático asociado a faringitis, lengua afrmabuesada y fiebre.

Se presenta principalmente en

niños pequeños y su incidencia varía dependiendo de cada región. Las complicaciones son infrecuentes y cursa con una baja mortalidad.

No se reportan casos de fiebre escarlatina en el cantón de San Carlos en los últimos años.

En este artículo se presenta el caso de una niña de cuatro años con un cuadro de escarlatina asociada a una infección del tracto urinario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amor Llorente M., Medina Berrios M., Mares Diago FJ., Martinez Pons M., Enfermedad exantemática, Revista Pediatría de Atención Primaria, 2010, 12(Supl 19);e85
2. Baxter F, McChesney J., Severe group A streptococcal infection and streptococcal toxic shock syndrome, Can J Anaesth. 200 Nov; 47 (11):1129-40
3. Chiou Chien-Shun, Wang You-Wun, Chen Pei-Ling, Wang, Wan-Ling, Wu Ping-Fuai, Wei Hsiao-Lun., Association of the shuffling of *Streptococcus pyogenes* clones and the fluctuation of Scarlet Fever cases between 2000 and 2006 in central Taiwan, BMC Microbiology 2009, 9:115
4. Garcia Garcia J.J., Differential diagnosis of viral exanthemas, The open vaccine journal, 2010, 3, 65-68
5. Godoy. E., Alonso. M.T., Ruiz-Ayucar. I., Nieto. G., Síndrome de piel escaldada estafilocócica variante escarlatiforme, An Pediatr (Barc). 2010;72(6):434-435
6. Laval R. E., La epidemia de la escarlatina del año 1929 en Chile, Rev Chil Infect 2009; 26 (2): 168-172
7. Rocco. R., Benedetti. L., Escudero. G., Jordan. F., Hidrops vesicular y hepatitis asociados con escarlatina, Acta Gastroenterológica Latinoamericana,2010; 40:61-64
8. Sancho Gracia E., Sanz de Miguel P., Chapi Peña B., Campos Bernal A., Romero Gil., Garcia Vera C.,Enfermedad Perianal estreptococica asociada a escarlatina. A propósito de dos casos, Revista Pediatría de Atencion Primaria, vol XI, Supl 17, 2009
9. Sanz de Miguel MP., Perales Martinez JI., Chapi Peña B., Arana Navarro T., Cenarro Guerrero T., Garcia Vera C.,Enfermedades exantemáticas en la consulta de atención primaria, Revista Pediatría de Atención Primaria, Vol XI, Supl 17, 2009.
10. Yu-Chia Hsieh, Yhu-Chering Huang, Scarlet fever outbreak in Hong Kong, 2011, Journal of Microbiology. Inmunology and Infection (2011) 44, 409-411