

C. Casaní Martínez, M. Morales Suárez-Varela<sup>1</sup>, M. Santos Duránte<sup>2</sup>, M.C. Otero<sup>3</sup>, D. Pérez Tamarit<sup>3</sup>, F. Asensi Botet<sup>3</sup>

*An Esp Pediatr 1999;51:300-302.*

### Introducción

La escarlatina es el resultado de la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A (SBA) o *Streptococcus pyogenes* productor de toxinas eritrógenas. Aunque en la literatura pediátrica hay escasa información sobre el riesgo de un segundo e incluso múltiples episodios de escarlatina, clínicamente no es infrecuente la aparición de cuadros recurrentes<sup>(1)</sup>.

El objetivo del presente artículo es estudiar dos pacientes con episodios repetidos de escarlatina.

### Pacientes y métodos

Diseño descriptivo de dos casos clínicos ocurridos durante el período enero de 1996 a diciembre de 1997, que se identificaron prospectivamente considerando como criterios de inclusión el cuadro clínico compatible y el aislamiento del SBA en el exudado faríngeo. El tratamiento de elección fue la penicilina con dosis habituales correspondientes a la edad y al peso. En cada episodio se realizó estudio de portadores en convivientes y los positivos fueron tratados con antibiótico. Tanto en las pacientes con escarlatina como en los familiares se tomó nueva muestra faríngea después de al menos 72 horas del inicio del antibiótico.

Se practicó un análisis de orina mediante tira reactiva para descartar glomerulonefritis al mes del primer episodio y una determinación de ASLO a lo largo del período de estudio. También se realizó búsqueda activa de la fuente de contagio en animales domésticos. Tanto para las prácticas diagnósticas como terapéuticas se solicitó el consentimiento informado de los padres.

La revisión bibliográfica utilizó las bases de datos MEDLINE (palabra clave "scarlet fever") e IME (palabra clave "escarlatina") desde 1988.

### Resultados

La cronología de la sintomatología, de los cultivos iniciales, tratamiento y los cultivos de control de los dos casos y de sus padres se muestra en la tabla I.

Centro Sanitario Integral Alto Palancia. Segorbe. Castellón. <sup>1</sup>Unidad de Salud Pública. Universidad de Valencia. Unidad Clínico-Epidemiológica. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. C.S. "La Fe". Valencia. <sup>3</sup>Unidad de Infecto-Contagiosas. Hospital Infantil "La Fe". Valencia. Centro de Salud de Segorbe. Castellón. Centro de Salud de Soneja. Castellón. *Correspondencia:* Carmen Casaní Martínez. C/ Mariana Pineda 83. Burjassot. 46100 Valencia

*Recibido:* Noviembre 1998

*Aceptado:* Abril 1999

## Escarlatina recurrente

Caso clínico A: niña de 3 años de edad en el momento del diagnóstico que presentó 7 episodios de escarlatina durante el período de estudio. El análisis de orina (1º y 4º episodios) fue normal. La determinación de ASLO (4º episodio) 52 UI/ml (0-200). En el 4º episodio se realizó antibiograma del SBA siendo sensible a penicilina, amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas y cotrimoxazol y resistente a eritromicina. Amigdalectomizada en septiembre de 1997, en el estudio anatómopatológico se evidenció una hiperplasia linfoide, sin amigdalitis focal. Desde la intervención no ha presentado nuevas recidivas.

Caso clínico B: hermana de la anterior. Dos episodios de escarlatina, el primero de ellos a los 8 meses de edad. Presentó como complicación supurada una otitis media y precisó tres antibióticos para negativizar el cultivo de exudado faríngeo. En mayo de 1996 tuvo una infección urinaria por *E. Coli* y se administró cotrimoxazol nocturno profiláctico en los meses siguientes. A pesar del mismo, presentó un 2º episodio de escarlatina y en el antibiograma del germen se confirmó resistencia al cotrimoxazol (cepa diferente a su hermana), resultando negativo el análisis de orina en ambas recurrencias. ASLO (mayo del 96) 25 UI/ml (0-200).

Ninguna de las dos pacientes presentó fiebre reumática ni glomerulonefritis.

El padre permaneció asintomático durante todo el proceso y la madre refirió faringitis "ocasional". Coincidiendo con 4º episodio de la paciente A y el 2º de la B se practicó cultivo de exudado faríngeo al gato de la familia, con resultado negativo.

El primer episodio de ambas pacientes se notificó como enfermedad de declaración obligatoria.

### Discusión

Strom, en 1957, sugirió diferentes factores que pueden favorecer segundos episodios de escarlatina, tanto tempranos, como tardíos. Razones para los tempranos son: la readquisición de la misma cepa a partir de un conviviente o la incompleta erradicación debido a la no cumplimentación del tratamiento oral. En nuestras pacientes el cultivo faríngeo postratamiento fue negativo en todos los episodios, lo que va en contra de este segundo mecanismo. Los episodios tardíos se atribuyen a la supresión de la respuesta de anticuerpos tipo-específico por la administración precoz de penicilina<sup>(2)</sup>. Sin embargo, esto no se ha demostrado y lo más prudente es no retrasar el tratamiento hasta que se dis-

Tabla I Cuadro clínico, cultivos y tratamiento de los casos y convivientes

Fecha	Sintomatología	Caso A			Fecha control	Caso B				Padre			Madre		
		SBA	Antibiótico	Cultivo		SBA	Antibiótico	Cultivo	SBA	Antibiótico	Cultivo	SBA	Antibiótico	Cultivo control	
24-1-96	A. congestivas Lengua fresa Ad. cervical Exantema	+	Penicilin V	-	26-1-96	Febrícula A. congestivas Exantema	+	Penicilin V Cefaclor P G Benzat	+	-	No	No	+	Penicilin V P G Benzat	+
24-5-96	Fiebre Vómitos A. hiperémicas Exantema	+	P G Benzat	-	6-6-96	No	-	No	No	No	No	No	No	No	No
20-9-96	A. exudativas Exantema	+	P G Benzat	-	20-9-96	No	-	No	No	No	No	No	-	No	No
28-4-97	A. congestivas Lengua fresa Exantema	+	Cefuroxim	-	2-5-97 6-5-97	No A. hiperémicas Exantema	- +	No P G Benzat	No -	-	No	No	+	Penicilin V	-
30-5-97	Fiebre Vómitos Cefalea A. hiperémicas Exantema	+	P G Benzat	-	10-6-97	No	-	No	No	+	Claritromi	-	-	No	No
22-7-97	Exantema	+	P G Benzat	-	-	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
20-8-97	Exantema	+	P G Benzat	No	22-8-97	No	-	No	No	No	No	No	No	No	No

A.: amígdalas. Ad.: adenopatía. SBA: estreptococo del grupo A. +: positivo. P: penicilina. -: negativo.

ponga de más datos<sup>(1,3)</sup>.

Por otro lado, la reinfección por una cepa productora de una toxina diferente también podría explicar los episodios repetidos<sup>(1)</sup>.

En nuestros dos casos la recurrencia tuvo fuerte evidencia clínico microbiológica aunque la verdadera recurrencia se demuestra por la presencia del mismo microorganismo (tipo serológico, técnicas moleculares ...) que no fue posible en este estudio<sup>(3,4)</sup>.

En las dos pacientes, el tiempo mínimo entre episodios fue de un mes, coincidente con la literatura revisada<sup>(1)</sup>.

La penicilina sigue siendo el tratamiento de elección, dado que la resistencia a la misma es anecdótica aunque haya algunas cepas tolerantes<sup>(5)</sup>. No ocurre lo mismo con los macrólidos (10% de cepas resistentes a roxitromicina, claritromicina y azitromicina)<sup>(6)</sup>. El cotrimoxazol es ineficaz para tratar las infecciones estreptocócicas pero las sulfamidas han demostrado gran utilidad como profilácticos en pacientes con fiebre reumática<sup>(3)</sup>.

La determinación de ASLO normal no va en contra del diagnóstico, sino que esta respuesta puede modificarse o abolirse por un tratamiento antibiótico precoz y eficaz<sup>(7)</sup>.

En el caso de que múltiples miembros de una familia tengan

faringitis sintomática u otro tipo de infección por SBA, la realización de cultivos simultáneos en todos los miembros y el tratamiento de los positivos será de utilidad<sup>(4)</sup>.

Los SBA se propagan de persona a persona y, en ocasiones, de los animales a los seres humanos<sup>(7)</sup>. Las mascotas domésticas (perros y gatos) que entran en contacto con individuos infectados pueden desarrollar colonización faríngea por SBA. La detección puede resultar negativa si se recolecta mucha microflora normal o la muestra no se refrigera. Resulta prudente tratar a las mascotas cuando puedan ser fuente de infección recurrente en los miembros de la familia<sup>(8)</sup>.

### Agradecimientos

A todo el personal del Centro de Salud de Segorbe, especialmente a M<sup>a</sup> Jesús De La Cal, FA Casaní, SA Simeón, EF Collado, I. Barelles, O. Gimeno y D. Gandía, veterinarios, colaboraron en la toma de muestras y proporcionaron información sobre animales domésticos. El estudio microbiológico se llevó a cabo en el Hospital de Sagunto. Laboratorios Lilly prestó apoyo bibliográfico.

### Bibliografía

- 1 Chiesa C, Pacifico L, Nanni F et al. Recurrent attacks of scarlet fever.

- Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; **148**:656-660.
- 2 Strom J. Penicillin treatment and immunity to scarlatina. *Acta Paediatr* 1954; **43**:267-279.
  - 3 Floyd W, Denny Jr. Faringoamigdalitis 1994. *Pediatr Review* 1994; **15**:172-177.
  - 4 Report of the Committee on Infectious Diseases: Red Book, 24th Edition. Illinois: American Academy of Pediatrics, 1997: 483-494.
  - 5 Gobernado M, Santos M. Resistencia bacteriana. Aspectos actuales de los patógenos causantes de infecciones adquiridas en la comunidad social. Actualización Médica Permanente 1998; 3-18.
  - 6 Gobernado M y Grupo de Estudio de Actividad de Macrólidos. Actividad comparada in vitro de la josamina sobre *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* y *Streptococcus pyogenes*. Estudio Multicéntrico. *Rev Esp Quimioter* 1997; **10**:213-220.
  - 7 Behrman R: Nelson Tratado de Pediatría (ed. 14ª). Madrid, McGraw-Hill-Interamericana de España, 1993: 844-849.
  - 8 Greene C: Enfermedades infecciosas de Perros y Gatos (ed. 5ª). Madrid, McGraw-Hill-Interamericana de España, 1993: 631-638.