

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: **Ortigosa Gómez**

Nombre: **Sandra**

Dirección:

Ciudad:

C.Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

Fax:

*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

43

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: 116 CASOS DE ESCARLATINA DIAGNOSTICADOS DURANTE 2006-2007 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Centro de trabajo: Hospital del Mar de Barcelona

Autores: S. Ortigosa Gómez, R. Berruero Moreno, M. Casellas Montagut, F. Guarino, L. Ymbert Pellejà, A. Martínez Roig.

Texto:

Introducción. La escarlatina es una enfermedad que no ha dejado de existir, pero hay la impresión de que se ha modificado, tanto por lo que respecta a la gravedad como a la expresividad clínica. Dado que es una enfermedad de diagnóstico fundamentalmente clínico siempre puede quedar la duda razonable de si realmente lo que estamos diagnosticando es correcto o no y cuando se deben practicar las exploraciones complementarias.

Objetivos. Observar el número de casos de escarlatina diagnosticados en el servicio de urgencias, la distribución por meses y su expresión clínica.

Material y métodos. Se han recogido de manera retrospectiva, los casos diagnosticados de escarlatina en el servicio de urgencias durante los años 2006 y 2007, recogiendo los datos de los informes de alta de urgencias.

Resultados. Se diagnosticaron 116 casos, de los cuales 109 se distribuyeron entre otoño, invierno y primavera. Por edades 35 tenían < 3 años. Los días de evolución hasta el diagnóstico era de 1 en 59 casos, 2 en 37,3 en 8, 4 en 3, 5 en 1 y 8 en 1. En 7 casos había el antecedente de haber pasado ya un episodio diagnosticado de escarlatina. La fiebre estaba presente en 70 casos y en 25 casos no había existido. El exantema se catalogó de eritematoso en 92 casos y 24 de macular. En 4 casos había el antecedente de varicela una semana antes. Existía amigdalitis exudativa en 25 casos y eritematosa en 74. Se realizó frotis faríngeo para detectar estreptococo (faringotest y/o cultivo) en 98 casos con resultado positivo en 91. Se trataron 92 casos con amoxicilina, 20 con penicilina, 2 con amoxicilina clavulánico, 1 con claritromicina y 1 con eritromicina.

Conclusiones: De los datos obtenidos creemos que debemos destacar:

- La detección de casos en menores de 3 años. Ante este posible diagnóstico creemos que se debe ser exhaustivo en diagnosticar otras posibles causas de exantema eritematoso y fiebre, como son la enfermedad de Kawasaki o las eritrodermias medicamentosas.
- La presencia de exantemas maculosos. La característica de la enfermedad es precisamente el eritema. En estas situaciones nos podemos pensar que realmente ha modificado su expresión clínica o bien que no estamos haciendo bien el diagnóstico y que debemos ser más exhaustivos en pruebas complementarias para llegar al diagnóstico etiológico, como sería el caso de hacer estudios serológicos para enfermedades víricas o de detección de virus en orina.
- Los tratamientos empleados con amoxicilina clavulánico, innecesario frente al estreptococo y el de claritromicina en un niño no alérgico a penicilina.

Una pregunta a considerar es si nos hemos de plantear siempre realizar el estudio etiológico. Nuestra propuesta sería hacerlo, incluso dirigido a otras posibilidades etiológicas en: niños menores de 3 años, en casos con frotis faríngeo negativo para estreptococo, en casos de exantema maculoso, casos de manifestaciones clínicas de vías respiratorias altas y en adolescentes donde el agente etiológico puede ser *Arcanobacterium haemolyticum*.