

A ESCARLATINA

A escarlatina é unha enfermidade común na infancia producida polo *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A ou *Streptococcus pyogenes* (SBA).

O SBA coloniza a orofarinxe, a mucosa xenital, o recto e a pel (no lugar da lesión). En países desenvolvidos, en adultos sans, atopáronse porcentaxes de colonización na gorxa do 5% e en vaxina/recto do 1%; na gorxa dos nenos sans variaba entre o 2% e 17%¹.

O mecanismo de transmisión é a través de gotas, contacto coa pel ou a través de fomites. Tamén están descritos abrochos de orixe alimentaria ocasionados por manipuladores colonizados ou infectados.

Pode provocar infeccións non invasoras como farinxite, escarlatina ou impétigo; e, moi rara vez, infeccións invasoras como a síndrome shock tóxica estreptocócica, a fascite necrotizante e a septicemia.

Os factores de risco da forma invasora de SBA inclúen¹⁻⁴: lesións da pel (trauma, cirúrxica ou crónica), traumatismo pechado, infeccións respiratorias virais agudas, gripe, ter pasado recentemente unha varicela (aínda que no noso medio, coa vacinación universal da varicela, estaría mitigado), historia de ADVP, comorbilidades (diabetes, enfermidade cardíaca, tumores), embarazo/puerperio e ser recen nado. É de subliñar que en nenos, entre un 50-80% das formas invasoras non se identificou un factor de risco.

A **escarlatina** é unha forma non invasora que, aínda que pouco frecuente, pode ter as seguintes complicacións: otite, absceso na gorxa, pneumonía, sinusite ou meninxite nos estadios temperás e a longo prazo, glomerulonefrite aguda e febre reumática aguda.

En Galicia, a escarlatina non é unha enfermidade de declaración obrigatoria, máis alí onde se vivía obsérvase un patrón cíclico con incrementos cada catro anos. Tamén se observou que os casos de escarlatina ocorren ao longo do ano cunha máxima incidencia entre decembro e maio, con picos en marzo-abril¹. A incidencia das formas invasoras de SBA poden servir como espello das manifestacións non invasoras. Obtivéronse do CMBD os casos invasores por *Streptococcus pyogenes* en Galicia nos anos 2015-16 (Apéndice).

As medidas a adoptar dende **atención primaria** en relación á escarlatina inclúen²:

- tratar os casos e informalos das posibles complicacións
- exclusión do centro escolar/traballo ata 24 horas despois do inicio do tratamento antibiótico
- considerar a toma dunha mostra nas seguintes circunstancias: como diagnóstico diferencial; se o caso forma parte do inicio dun abrocho na escola; se o caso é alérxico á penicilina; e, por último, se o caso é un contacto frecuente de persoas vulnerables (inmunocomprometidos, persoas con comorbilidades ou persoas con enfermidades da pel), como é o persoal sanitario.

Ao non dispoñer de vacina, a estratexia dende **saúde pública** é minimizar a transmisión e protexer aos individuos en risco de enfermidade invasora; por iso, e debido ao inicio rápido da forma invasora de SBA, é conveniente informar aos contactos estreitos, especialmente aos grupos de risco, sobre os signos ou síntomas de comezo da infección. A quimioprofilaxe con antibióticos non se aconsella² agás en certos abrochos, e recomendaríase por Saúde Pública.

ESTIMACIÓNS PRELIMINARES DA EFECTIVIDADE VACINAL ANTIGRI PAL

A tempada de gripe 2017/18 ten dúas características: a circulación simultánea do subtipo viral AH3N2 e do tipo viral B, que é o virus predominante; e o predominio, entre os virus B circulantes, da liñaxe Yamagata.

Dada a baixa efectividade da vacinación (EV) antigripal para o AH3N2 observada en Australia, que foi dun 10% (IC_{95%}:-16;31) [ligazón], e dado o predominio da liñaxe Yamagata (diferente á liña Victoria incluída nas vacinas trivalentes), esperábase os primeiros resultados de EV antigripal desta tempada. Estes datos de EV facilitáanse por tipo/subtipo viral, distinguindo entre doentes ingresados e ambulatorios.

Os diferentes informes e artigos recen publicados, con datos de Canadá [ligazón], Navarra [ligazón] ou España [ligazón] destacan unha EV baixa fronte ao virus AH3N2 e moderada fronte ao virus B. Por exemplo, en España, entre os doentes ambulatorios, as EV foron as seguintes: para o subtipo

AH3N2 dun 7% (IC_{95%}:-74;51) e para o virus da gripe B dun 52% (IC_{95%}:27;68).

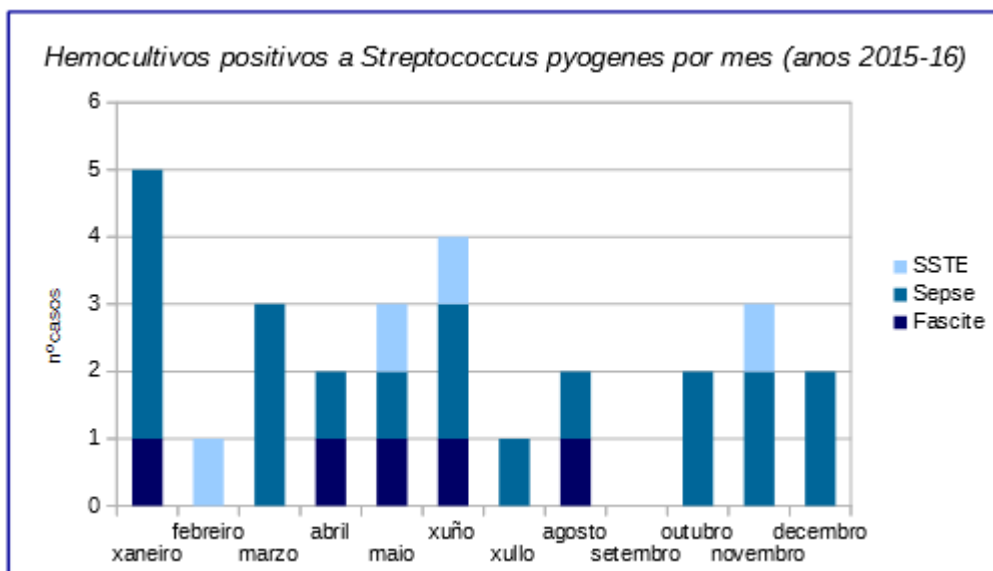
Os achados na EV fronte ao virus AH3N2 poderían explicarse por dúas razóns: porque este subtipo viral sofre máis cambios xenéticos que os outros subtipos/tipos virais da gripe; e, por outro lado, porque moitas vacinas se desenvolven en ovos e, nese cultivo, o AH3N2 experimenta máis cambios antixénicos que os outros subtipos/tipos virais [ligazón].

A EV fronte ao virus B podería explicarse por unha posible protección cruzada entre as dúas liñaxes circulantes.

Os datos dos CDC para doentes ambulatorios [ligazón] amosan uns resultados similares de EV para o virus B, cun 42% (IC:25;56), pero amosa ademais certa protección para o AH3N2, cunha EV dun 25% (IC_{95%}: 13;36).

A ESCARLATINA

Casos de Fascite necrotizante por *Streptococo*, síndrome shock tóxica estreptocócica e sepsis estreptocócica en Galicia no período 2015-2016, en hospitais SERGAS e Povisa con financiación SERGAS. Fonte: S.X. de Avaliación Asistencial e Garantías.



Fascite= Fascite necrotizante por *Streptococo*; SSTE= Síndrome shock tóxica estreptocócica; Sepsis= Sepsis estreptocócica. O ano 2016 está codificado ao 95%.

Referencias:

- ¹ Efstratiou A, Lamagni T. Epidemiology of *Streptococcus pyogenes*. En Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editores. *Streptococcus pyogenes. Basic Biology to Clinical Manifestations*. Oklahoma City. The University of Oklahoma Health Sciences Center, 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26866237>
- ² Public Health England. Guidelines for the public health management of the scarlet fever outbreaks in school, nurseries and other childcare settings. October 2017 [HPA]
- ³ Stephanie H. Factor et al. Risk factors for Pediatric Invasive Group A Streptococcal Disease. *Emerging Infectious Disease*. www.cdc.gov/eid. Vol 11, n.º 7, July 2005.
- ⁴ Stephanie H. Factor et al. Invasive Group A Streptococcal Disease: Risk Factors for Adults. *Emerging Infectious Disease*. www.cdc.gov/eid. Vol 9, n.º 8, August 2003.