

DEFINIÇÃO

A Escarlatina é uma doença infecto contagiosa, aguda, cujo agente etiológico é o Estreptococo beta hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), responsável pela liberação de exotoxinas pirogênicas que, através de uma reação de hipersensibilidade à essas toxinas, apresenta a clínica da doença. Essa bactéria pode causar ainda faringoamigdalites e infecções de pele (impetigo, erisipela).

Acomete igualmente ambos os sexos e indivíduos de todas as idades, mas principalmente crianças (menores de 10 anos de idade) e adolescentes.

TRANSMISSÃO

A transmissão ocorre pelo contato direto de indivíduos suscetíveis com aqueles que apresentam faringoamigdalite estreptocócica aguda ou portadores assintomáticos, por meio de gotículas do trato respiratório ou secreções contaminadas. Os humanos são os únicos reservatórios do Estreptococo do grupo A.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação da escarlatina é aproximadamente de 2 a 5 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

A transmissão tem seu início junto com os primeiros sintomas. Nos casos não tratados e sem complicações, pode ocorrer por até 21 dias. Nos casos adequadamente tratados, até 24 horas do início do tratamento.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A Escarlatina é uma doença em que aparecem associadas: infecção na garganta, febre e erupção típica na pele.

Tem início súbito com febre alta (nos 2 ou 3 primeiros dias, podendo manter-se até 1 semana), mal estar geral, dor de garganta com dificuldade para deglutição, anorexia e prostração, por vezes, acompanhadas de náuseas, vômitos e dor abdominal, principalmente, em crianças.

Após esse período, o paciente pode apresentar faringoamigdalite com exsudato purulento, adenomegalia cervical e enantema em mucosa oral acompanhado de alteração na língua (nos primeiros dias, a língua se reveste de uma camada branca, com papilas protuberantes que se tornam edemaciadas e avermelhadas. Após um ou dois dias a camada branca se descama, ressaltando as papilas hipertrofiadas e a superfície avermelhada - "língua em framboesa").

A erupção de pele surge tipicamente após 1 a 2 dias, manifestando-se como um exantema escarlatiniforme (ou micropapular), iniciando-se no peito e expandindo-se para o tronco, pescoço e membros, poupando as palmas das mãos e as plantas dos pés. Trata-se de eritema difuso, puntiforme, vermelho vivo, caracteristicamente conferindo à pele textura áspera (sensação de lixa). O exantema apresenta-se mais intenso nas dobras cutâneas e em áreas de pressão, como nádegas; surgem nesses locais áreas de hiperpigmentação e nas dobras de flexão há formação de linhas transversais (sinal de Pastia).

Na face, encontramos lesões puntiformes, com a testa e bochechas hiperemiadas, contrastando com a palidez da região perioral (sinal de Filatov).

A faringoamigdalite, a erupção e a febre, assim como as outras manifestações clínicas, desaparecem em torno de uma semana, seguindo-se um período de descamação característico da escarlatina. A descamação começa na face e pescoço, desce para o tronco e por último para as extremidades no período da segunda ou terceira semana de sintomas. As mãos e os pés são os últimos que descamam e de forma mais intensa.



Língua de framboesa



Sinal de Pastia



Sinal de Filatov

COMPLICAÇÕES

A Escarlatina evolui bem e cede facilmente ao tratamento, mas podem apresentar complicações, raras, mas graves:

- Precoces (durante a fase aguda da doença): resultam em disseminação da infecção estreptocócica a outros locais do organismo causando, por exemplo, otites, sinusites, laringites, meningites;
- Tardias (que surgem semanas após o seu desaparecimento): febre reumática (lesão das válvulas do coração) e a glomerulonefrite (lesão do rim que pode evoluir para insuficiência renal). São complicações graves, por isso a importância do tratamento adequado das infecções estreptocócicas.

DIAGNÓSTICO

Clínico: pela observação dos sinais e sintomas apresentados.

Laboratorial: cultura (padrão ouro), através de coleta de swab de orofaringe que identifica o *Estreptococo* beta hemolítico do grupo A.

TRATAMENTO

O tratamento de escolha para Escarlatina é a Penicilina G Benzatina que pode ser instituída até 9 dias do início dos sintomas.

Podem ser utilizados penicilinas orais como a Penicilina V ou Amoxicilina com a mesma eficácia porém com risco maior de recidiva.

Para indivíduos alérgicos à Penicilina pode se utilizar Cefalexina, Cefadroxil, Clindamicina, Azitromicina e Claritromicina.

A terapia antimicrobiana apropriada é importante para encurtar a duração dos sintomas; reduzir a probabilidade de transmissão para familiares, colegas de classe e outros contatos próximos; e prevenir o desenvolvimento de complicações, incluindo febre reumática aguda.

QUIMIOPROFILAXIA

A quimioprofilaxia antibiótica não é recomendada rotineiramente para contatos de infecção não invasiva por estreptococos do grupo A, devido à raridade dos casos secundários e ao baixo risco de infecções invasivas em crianças.

A quimioprofilaxia dos comunicantes assintomáticos estará indicada em circunstâncias excepcionais, quando há evolução para gravidade ou hospitalizações, como na ocorrência de glomerulonefrite e febre reumática.

Determinados grupos de risco, como indivíduos com imunossupressão grave (infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, entre outras doenças autoimunes, têm risco aumentado de desenvolver doença invasiva esporádica, causada por *Estreptococos* do Grupo A. Sendo assim, os médicos podem optar por oferecer quimioprofilaxia específica aos contatos domiciliares pertencentes a estes grupos.

O regime antibiótico para a quimioprofilaxia é o mesmo recomendado para o tratamento.

AFASTAMENTO ESCOLAR

A pessoa com Escarlatina pode voltar à sua atividade (escola, trabalho) 24 horas após início do tratamento com antibiótico adequado, se estiver sem sintomas e liberado por seu médico.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

1. Proceder medidas de isolamento dos frequentadores de creche, escola ou trabalho, por pelo menos 24 horas após o início do tratamento antibiótico apropriado.
2. Incentivar o hábito de higienização das mãos com sabonete líquido ou solução com agente antisséptico, na prevenção da disseminação de infecções.
3. Implantar protocolo para a prática correta de higienização das mãos para todos os alunos e funcionários, no início e final do período escolar, após uso do banheiro, depois das atividades escolares, antes e depois das refeições.
4. Caso não tenha disponível lenço descartável, tossir ou espirrar cobrindo a boca e o nariz utilizando o antebraço.
5. Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca, sem a prévia higienização das mãos.
6. Executar a limpeza e a desinfecção de superfícies são fundamentais para a prevenção e redução das infecções.
7. Orientar os comunicantes e pais de alunos para observarem presença de algum sintoma como febre, dor de garganta, erupção cutânea para procurarem serviço de saúde.
8. Manter os ambientes bem ventilados.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Na ocorrência de 2 ou mais casos de Escarlatina nas escolas/creches, a instituição deve entrar em contato com a Unidade Básica de Saúde de referência para orientações e enviar os dados dos alunos acometidos para que a Unidade de Saúde possa fazer a notificação de surto e encaminhar para a Vigilância Epidemiológica. Deve-se Reforçar hábitos de higiene e cuidados na unidade escolar para evitar a propagação da doença.