

## ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS EN LA INFANCIA

Dr. Vicent Oller Arlandis

M.I.R. en Medicina Familiar y Comunitaria

El exantema es una erupción cutánea asociada a una enfermedad sistémica o general, habitualmente de causa infecciosa. En el niño son numerosas las enfermedades que cursan con exantema; algunas de ellas de causa todavía desconocida y sin un tratamiento efectivo, y otras que se acompañan de fiebre en algún momento de su presentación, lo cual ocasiona alarma familiar y es, en muchas ocasiones, el principal motivo de consulta. En sentido estricto, el término exantema corresponde a una lesión elemental, que son: mácula, pápula, placa, nódulos, tumor, vesícula, ampolla, pústula, habón y quiste.

Es importante a la hora de valorar un exantema:

- Una buena anamnesis, buscando el agente causal (contactos con enfermos o alérgenos, fármacos, picaduras de insectos, viajes), patología de base (cardiopatías, inmunodeficiencias, esplenectomía), forma de inicio, evolución de las lesiones y manifestaciones acompañantes (fiebre, prurito, etc).
- Una exploración física minuciosa: tipo de lesión que predomina en el exantema, distribución, afectación o no del estado general y signos acompañantes (adenopatías, hepatoesplenomegalia, afectación de mucosas, artritis, meningismo, etc).

En la mayoría el tratamiento será sintomático (antihistamínicos clásicos orales para el prurito, hidratación, etc).

### CLASIFICACIÓN

- **Exantemas purpúricos:**
  - Infecciones: Víricas, bacterianas (sepsis meningocócica, endocarditis).
  - Vasculitis: púrpura de Schönlein-Henoch, panarteritis nodosa, etc.
  - Hemopatías: coagulopatías, trombocitopenias, etc.
- **Máculo-papulosos:**
  - Morbiliformes:
    - Infecciones víricas: sarampión, rubeola, eritema infeccioso, exantema súbito, síndrome de los guantes y calcetines (parvovirus B19), enterovirus, adenovirus, Epstein-Barr (VEB), Citomegalovirus (CMV), hepatitis B, VIH.
    - Infecciones bacterianas: meningococemia (fase inicial), rickettsiosis, enfermedad de Lyme, fiebre tifoidea.
  - Escarlatiniformes: Escarlatina, enfermedad de Kawasaki, síndrome de shock tóxico, etc..
- **Exantemas vesículo-ampollosos:**
  - Infecciones: Herpes simple (VHS), Varicela zóster (VVZ), enfermedad mano-pie-boca, impétigo ampolloso, síndrome de la piel escaldada, eritema multiforme.
  - Alteraciones metabólicas: porfiria cutánea tarda, diabetes, dermatitis ampollosa secundaria a hemodiálisis.
- **Exantemas habonosos:**
  - Reacciones alérgicas.
  - Eritema multiforme.
- **Exantemas nodulares:**
  - Eritema nodoso.

### EXANTEMAS PURPÚRICOS

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE RIESGO DE LOS EXANTEMAS PETEQUIALES

- **Afectación del estado general:** irritabilidad, letargia, tiempo de relleno capilar >2 segundos.
- **Rigidez de nuca.**
- **Distribución generalizada del exantema.**
- **Aumento rápido del número de petequias.**
- **Tamaño de las petequias > 2mm.**

**ACTITUD:** hemograma, hemocultivo, proteína C reactiva (PCR), punción lumbar (si el paciente está estable). Manejo específico de la situación de sepsis y vigilancia de la posible repercusión hemodinámica.

### PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH

Es la vasculitis más frecuente en la infancia. Se caracteriza por la aparición de un exantema petequeal simétrico y palpable en zonas declives. Además se puede acompañar de manifestaciones articulares, gastrointestinales (principalmente dolor abdominal, ante cuya presencia hay que descartar invaginación intestinal), renales (hematuria) o neurológicas.

- **Diagnóstico:** clínico.

- **Diagnóstico diferencial:** con púrpuras trombocitopénicas, en las que el exantema suele ser generalizado, asimétrico y puede ir acompañado de sangrados a otros niveles. En lactantes existe un cuadro intermedio entre eritema multiforme y púrpura de Schönlein- Henoch que se acompaña de edemas y se conoce con el nombre de “Edema agudo hemorrágico del lactante”.
- **Actitud en Urgencias:** control de tensión arterial, hemograma, amilasa si dolor abdominal, estudio de coagulación, orina y sedimento.
- **Tratamiento:** Reposo, analgesia si precisa y control en consulta (riesgo de complicaciones renales tardías).
- **Criterios de ingreso:** alteración del estado general, abdominalgias intensas (solicitar eco abdominal), vómitos repetidos, melenas, hematemesis, convulsiones, afectación renal (salvo discreta hematuria).

**EXANTEMAS MÁCULO-PAPULOSOS**

ENFERMEDAD	CONTAGIOSIDAD	PRODROMOS	FIEBRE	SIGNOS CARACTERÍSTICOS	EXANTEMA	DESCAMACIÓN
<b>Sarampión (Paramixovirus)</b>	3-5 días antes y 5 días después	Tos, coriza, conjuntivitis con fotofobia	Alta	Manchas de Koplick	Confluyente, progresión cefalocaudal, puede afectar palmas y plantas	Furfurácea discreta
<b>Rubeola (Togavirus)</b>	3-7 días antes hasta desaparición	Catarro leve	Febrícula	Adenopatías retroauriculares	Confluyente en rostro, predominio en tronco	Mínima el 3er día
<b>Eritema infeccioso (Parvovirus B19)</b>	No durante exantema	-	No Febrícula	Cara abofeteada	Reticulado, afecta tronco, nalgas y extremidades, respeta palmas y plantas	-
<b>Exantema súbito (VHH-6)</b>	Desconocida	Fiebre sin foco 2-4 días	Alta	-	Rosado, tenue, predominio en tronco y extremidades	-
<b>Mononucleosis (VEB, CMV)</b>	Portadores asintomáticos	Inespecíficos	Alta	Esplenomegalia, adenopatías, faringoamigdalitis	20% de casos (80% si ampi o amoxi)	-
<b>Escarlatina** (Streptococo grupo A eritrotóxico)</b>	Hasta 24h tras antibióticoterapia	Amigdalitis, adenopatías, lengua saburral	Alta	Líneas de Pastia, facies de Filatow, lengua aframbuesada, enantema palatino petequiral	Micropapular como “papel de lija”, pruriginoso, inicio en cuello, predominio en pliegues	Furfurácea en tronco, laminar en manos y pies, a los 3-4 días

(\*\*) **ESCARLATINA. Diagnóstico:** Clínica+ Streptotest positivo. **Tratamiento:** penicilina oral 25- 50 mg/kg/día cada 12h, 10 días

**ENFERMEDAD DE KAWASAKI**

- **Agente:** desconocido.
- **Criterios diagnósticos:** Fiebre persistente de al menos 5 días de evolución y 4 de los 5 criterios siguientes (en lactantes < 6 meses debe sospecharse la enfermedad aunque no se cumpla todos los criterios. Es típico en esta edad eritema intenso en la zona del pañal):
  - Inyección conjuntival bilateral no purulenta.
  - Cambios bucales: labios rojos, agrietados, secos y/o lengua aframbuesada y/o eritema orofaríngeo.
  - Enrojecimiento de palmas y plantas y/o edema indurado de manos y pies y/o descamación subungueal en dedo de guante.
  - Exantema polimorfo: normalmente no pruriginoso, puede simular cualquier exantema (urticaria o sarampión, más frecuentemente).
  - Linfadenopatía cervical (> 1.5 cm), normalmente unilateral.
- **Pruebas complementarias:**
  - Hemograma, bioquímica y PCR.
  - Frotis faríngeo.
  - Serología: VEB, CMV y Rickettsias (antes de administrar gammaglobulinas).
  - Rx de tórax.
- **Tratamiento:**
  - Siempre ingreso y consulta a cardiología.
  - Gammaglobulinas + AAS:
    - Gammaglobulinas IV, previa administración de antihistamínicos y antitérmicos.
    - Acido Acetil Salicílico (AAS): 80-100 mg/kg/día en 4 dosis, la dosis se disminuirá a las 48h de la apirexia.

**EXANTEMAS VESICULOSOS**
**VARICELA**

- **Agente:** VVZ (ADN).
- **Contagio:** desde 2 días antes de la aparición del exantema hasta la fase de costra.
- **Transmisión:** vía respiratoria, cutánea.
- **Cuadro clínico.**
  - Fase prodrómica (1-2 días): catarro leve.
  - Fase exantemática (3-5 días): fiebre 3-4 días y brotes sucesivos de lesiones en distinto estadio evolutivo (maculo-pápulas, vesículas transparentes, costras), “exantema en cielo estrellado”. Exantema pruriginoso que comienza en rostro o cuero cabelludo, tiene distribución centrífuga y puede afectar mucosas. Respeta palmas y plantas. Se autolimita en una semana.

- **Complicaciones:**
  - Es frecuente la sobreinfección (cutánea o respiratoria) por *S. pyogenes* o *S. aureus*. Se debe sospechar ante la reaparición de fiebre después de una primera defervescencia, un aumento de la misma (> 39°C) después de 3 días de enfermedad o una fiebre que se mantiene más allá del 4º día.
    - Cutánea: celulitis, escarlatina, impétigo, absceso o linfadenitis.
    - Respiratoria: taquipnea, tos, disnea y fiebre en los días 3-5 de la enfermedad. La etiología varicelosa es infrecuente.
  - Puede haber complicaciones neurológicas: meningitis vírica, meningoencefalitis (ataxia febril), cerebelitis (ataxia afebril, a los 5-7 días del inicio del exantema).
  - Otras complicaciones: artritis, trombocitopenia, hepatitis subclínica, síndrome de Reye (con AAS), diseminación visceral (inmunodeprimidos).
- **Tratamiento:**
  - Domiciliario: higiene, antitérmicos (no salicilatos), antisépticos tópicos, antihistamínicos orales, antibiótico tópico u oral en lesiones sobreinfectadas (cefadroxilo, amoxi-clavulánico).
  - Ingreso: si hay complicaciones o en menores de 3 meses.
    - En caso de sobreinfección bacteriana: cefotaxima + cloxacilina o clindamicina si hay sospecha de afectación tóxica (hipotensión, shock, fallo multiorgánico).
  - Indicaciones de aciclovir oral (1as 72h, Dosis: 80 mg/kg/día cada 6h, máx. 3200 mg/día, 5 días):
    - Inmunodeprimidos (quimioterapia de mantenimiento, VIH en estadio inmunológico 1-2).
    - Tratamiento prolongado con salicilatos.
    - Pautas cortas, intermitentes o aerosolizadas de corticoides.
    - Dermatitis atópica u otras enfermedades crónicas de la piel.
    - Otras patologías crónicas: cardiopatía, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, etc.
    - Niños >12 años.

#### HERPES ZOSTER

- **Agente:** VVZ.
- **Cuadro clínico.** Exantema vesiculoso unilateral y doloroso a lo largo de un dermatoma (generalmente torácico), cuyas lesiones aparecen durante una semana. Previamente a su aparición puede haber ya dolor en la zona afectada (3-5 días antes), fiebre y malestar general. En niños pequeños puede ser asintomático y en inmunodeprimidos diseminado.
- **Tratamiento:**
  - Sintomático: analgésicos (no salicilatos) incluyendo antiepilépticos (carbamacepina, gabapentina...).
  - Aciclovir (oral o IV) en inmunodeprimidos o grandes extensiones (ver dosis en Varicela).

#### ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA

- **Agente:** Coxsackie virus A-16.
- **Contagio:** oral-oral, feco-oral.
- **Cuadro clínico.**
  - Fase prodrómica (1-2 días): fiebre alta y catarro leve.
  - Fase exantemática (7-10 días): úlceras en boca (respetando faringe), vesículas en dorso de manos y pies (puede afectar a palmas y plantas).

#### ERITEMA MULTIFORME

- **Agente:** fármacos, infecciones (*Mycoplasma*, VHS, tuberculosis, *S. pyogenes*...), neoplasias hematológicas, radioterapia, idiopático (20%).
- **Cuadro clínico.** Exantema urticariforme simétrico, no pruriginoso de morfología diversa siendo patognomónicas las lesiones en diana. Afecta sobre todo a extremidades, incluyendo palmas y plantas. Puede asociar fiebre discreta y lesiones mucosas (25%) o articulares.
- **Ingreso:** si la afectación es extensa o se sospecha su forma mayor (Stevens-Johnson), caracterizado por afectación del estado general e importantes lesiones cutáneas y mucosas.

#### CONCLUSIONES

- La historia clínica detallada es fundamental para hacer el diagnóstico.
- Deben recogerse antecedentes como la toma de fármacos (exantemas medicamentosos, síndrome de Stevens-Johnson), excursiones al campo durante los meses de primavera o verano (fiebre botanosa) y la existencia de contacto con personas enfermas (sarampión, rubéola, infecciones meningocócicas).
- El antecedente de artralgias en un niño con exantema, sobre todo si tiene un componente petequial, debe hacer pensar en una infección meningocócica.

- El paso inicial debe ser distinguir los casos que pueden ser graves y requerir una atención urgente, como las infecciones meningocócicas, enfermedad de Kawasaki, síndrome de *shock* tóxico y síndrome de Stevens-Johnson, de aquellos que son enfermedades benignas y autolimitadas.
- En general, son pocos los exantemas que se deben a una enfermedad grave si no hay, además, fiebre. Por tanto, la fiebre constituye un signo de alerta, aunque la mayoría de los exantemas febriles serán enfermedades virales.
- El estado general del niño es quizás el parámetro que mejor define la gravedad de un cuadro.
- Se ha demostrado que en los casos de infección meningocócica, los signos más precoces, más allá de los síntomas inespecíficos como fiebre o anorexia, son el dolor en extremidades, pies y manos fríos y color anormal de la piel.

**ANEXO: PARÁMETROS CLÍNICOS DE LAS ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS**

Enfermedad	Agente etiológico	Periodo de incubación	Duración exantema	Periodo de contagio	Complicación
Escarlatina	<i>Streptococcus pyogenes</i>	2 a 7 días	3 a 6 días	variable	OMA, adenitis, absceso retrofaríngeo, nefritis, fiebre reumática
Sarampión	Virus del sarampión	9 a 11 días	4-7 días	Pródromo a 5 días después exantema	OMA, neumonía miocarditis, encefalitis PEES
Rubéola	Virus de la rubéola	14 a 21 días	1-4 días	7 días antes a 7 días después exantema	Fetopatía, artritis, encefalitis, púrpura trombocitopenia
Estafilococia	<i>Staphylococcus aureus</i> Toxina epidermiolítica				
Megaloeritema	Parvovirus B19	4 a 28 días	7 a 21 días	Antes aparición exantema	Artritis anemia hemolítica, encefalopatía
Exantema súbito	HHV 6	5 a 15 días	24 a 48 horas	Durante la fiebre	Convulsión febril
Varicela	VVZ	10 a 21 días	7-10 días	3 días antes - 5 días después exantema	Sobreinfección, cutáneas, respiratorias, neurológicas, inmunodeprimidos
Enterovirus	Enterovirus no polio				
Mononucleosis Infecciosa	Virus de Epstein-Barr	30 a 50 días	2 a 6 días	Hasta 1 año después de infección	Hematológicas