

15 de JUNIO de 2018

EXANTEMAS EN PEDIATRÍA

MARÍA RIVAS MEDINA (R3)

Revisado por:
Dr. ISRAEL ORDÓÑEZ MEDINA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. LESIONES ELEMENTALES

3. CARÁCTERÍSTICAS

4. CLASIFICACIÓN DE LOS EXANTEMAS

5. MACULOPAPULOSOS

6. VESICULOSOS

7. PURPÚRICOS-PETEQUIALES

INTRODUCCIÓN

EXANTEMA: erupción cutánea de morfología, distribución y extensión variables.

- La mayoría de enfermedades exantemáticas se manifiestan en la edad pediátrica.
- Etiología muy diversa.
- Mayoría de evolución autolimitada.

Integración de datos clínicos a modo de **PUZLE:**



INTRODUCCIÓN

Antecedentes
personales

Antecedentes
familiares

- Edad
- Vacunaciones previas
- Enfermedades exantemáticas pasadas
- Ambiente epidémico escolar o familiar
- Enfermedades sistémicas
- Exposición ambiental, exposición al sol, contacto con animales, toma de fármacos, viajes a zonas de riesgo



INTRODUCCIÓN

Manifestaciones
clínicas
acompañantes

- ❖ Periodo prodrómico:
 - ❖ Clínica, duración y relación temporal
- ❖ Fiebre / Prurito
- ❖ Síntomas respiratorios / digestivos / gripales
- ❖ Afectación ocular / Faringoamigdalitis
- ❖ Adenopatías / Hepatomesplenomegalia
- ❖ Artralgias / Artritis
- ❖ Edemas
- ❖ Signos meníngeos / Signos de shock
- ❖ Signos patognomónicos



LESIONES ELEMENTALES

Características
del
exantema

OCTUBRE 2018

Mácula



Pápula



Eritema



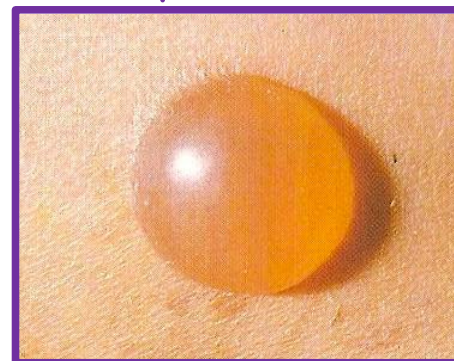
Habón



Vesícula



Ampolla



Pustula



Petequias



Equimosis



CARACTERÍSTICAS

COLORACIÓN

- Rosado, rojo, violáceo, pardo, púrpura

DISTRIBUCIÓN

- Localizado, generalizado, asimétrico, centrípeto, centrífugo, cefalocaudal, pliegues, palmas y plantas

PATRON MORFOLÓGICO

- Monomorfo, polimorfo, anular, lineal, ublilicado, diana



CLASIFICACIÓN DE LOS EXANTEMAS

MÁCULO-PAPULOSOS

Máculas planas coloreadas (casi siempre eritematosas) con un diámetro < 1 cm sin cambios en la piel y pápulas sobreelevadas y circunscritas con diámetro < 1 mm

VÉSICO-AMPOLLOSOS

Lesiones sobreelevadas de contenido seroso < 2 mm en el caso de las vesículas y > 2 mm en ampollas.

HABONOSOS

Lesiones eritematosas con parte superior plana y edema. Puede formar lesiones anulares o serpiginosas

PURPÚRICO-PETEQUIAL

Lesiones puntiformes de color rojo (por extravasación de sangre) que no desaparecen con la digitopresión. Se denominan petequias o purpura si > 3 mm

MACULOPAPULOSOS

ESCARLATINA

SARAMPIÓN

EXANTEMA SÚBITO

ERITEMA INFECCIOSO

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

ENFERMEDAD DE KAWASAKI

SÍNDROME DEL SHOCK TÓXICO

ESCARLATINA

ETIOLOGÍA

Streptococo pyogenes, principalmente β -hemolítico del grupo A (SBHGA) -> Exotoxina pirogénica A, B o C.

EDAD

Máxima incidencia: 4 - 8 años
Extremadamente infrecuente < 2 años

EPIDEMIOLOGÍA

Climas templados
Invierno y primavera
El foco inicial faríngeo/cutáneo
Transmisión: **contagio directo** (hasta 24h tras inicio ATB)

ESCARLATINA

P. incubación: 1 - 4 días

Prodromos:

- Dolor de garganta (síntomas FA)
- Fiebre alta - cefalea
- Vómitos +/- dolor abdominal

Exantema: a las 12-48 h del inicio de la fiebre.

- "Carne de gallina" o "papel de lija"
- Erupción papuloeritematosa descendente que blanquea a la presión
- Zonas de pliegues: **líneas de Pastia**
- **Fascies de Filatov**
- **Lengua:** blanquecina → **aframbuesada**
- **Manchas de Forscheimer** (enantema petequial en paladar)
- 7-10 días → **descamación foliácea**



"Se palpa mejor que se ve"



ESCARLATINA

COMPLICACIONES

- Fiebre reumática
- Glomerulonefritis aguda postestreptocócica

DIAGNÓSTICO

- Clínico
- Frotis faríngeo:
 - Cultivo
 - Test detección rápida de estreptococo

TRATAMIENTO

- **Penicilina oral:** 25-50 mg/kg/día cada 8 horas 10 días.
- **Amoxicilina:** 40-50 mg/kg/día cada 8 horas 10 días
- Alérgicos a penicilinas:
Macrólidos o Clindamicina

SARAMPIÓN

ETIOLOGÍA

Paramyxovirus (virus ARN)

EDAD

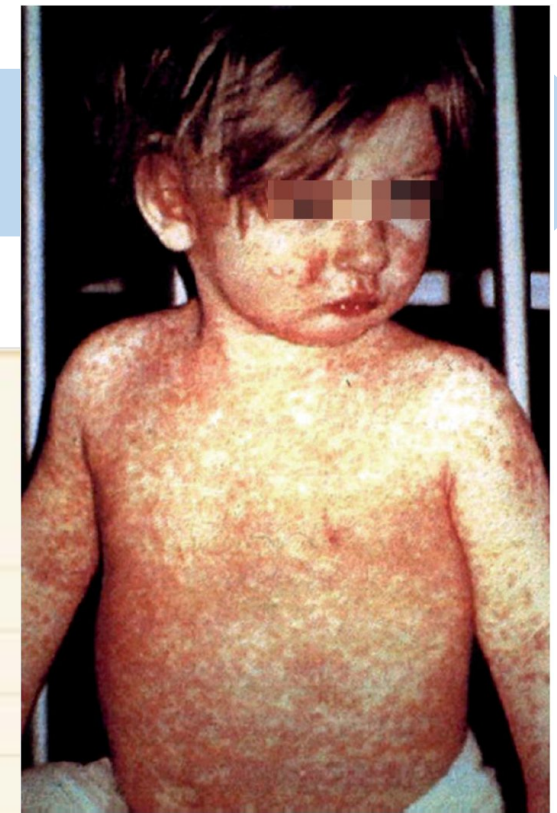
Cualquier edad

EPIDEMIOLOGÍA

Transmisión persona-persona

Periodo de máxima contagiosidad: fase prodrómica (antes del exantema) hasta 5 días después de la desaparición del exantema

Inmunidad



SARAMPIÓN



P. Incubación: 10 días

P. Prodrómico: 3-5 días

- **Fiebre**
- Rinorrea
- Conjuntivitis
- Estornudos
- **Manchas de Koplik (50-80%)**



P. Exantemático: 5-7 días. Fiebre más alta + Exantema morbiliforme, maculopapuloso, confluyente, **rojo intenso**.

Se inicia en cara, (**descendente y centrífugo**).

Afecta a palma y plantas.

P. Remisión (tras 4-7 días):

- Desaparición de la fiebre y resto de síntomas
- Desaparición exantema con **descamación residual furfurácea**.



SARAMPIÓN

COMPLICACIONES

Otitis media aguda

Neumonía

Meningoencefalitis → panencefalitis esclerosante subaguda

DIAGNÓSTICO

Clínico

Confirmación: Ig M específica

TRATAMIENTO

- Sintomático
- **Vitamina A** puede evitar las complicaciones de la infección.
- **Aislamiento** hasta 5 días después de la desaparición del exantema.

EXANTEMA SÚBITO

ROSEOLA INFANTIL O
SEXTA ENFERMEDAD

ETIOLOGÍA

VHH-6
VHH-7

EDAD

Afecta preferentemente a < 2 años

EPIDEMIOLOGÍA

Transmisión del virus por saliva durante periodo febril
No estacionalidad

EXANTEMA SÚBITO

P. incubación: 7-15 días

Fase prodrómica - febril (3-5 días):

- **Fiebre alta** sin focalidad aparente (38.5°C - 40°C)
- **Buen estado general**

Fase exantemática:

- De forma **brusca** desaparece fiebre → exantema **maculopapuloso rosado**, poco confluyente en **tronco**
- Desaparece en 1-2 días sin descamación ni pigmentación residual.

COMPLICACIONES

Crisis febril

DIAGNÓSTICO: Clínico

CLAVE: aparición brusca de exantema al remitir la fiebre



OCTUBRE 2018

TRATAMIENTO

- Sintomático
- Autolimitada

ERITEMA INFECCIOSO

MEGALOERITEMA O
QUINTA ENFERMEDAD

ETIOLOGÍA

Parvovirus B19

EDAD

Edad escolar (5-15 años)

EPIDEMIOLOGÍA

Predomina en primavera
Contagio por vía respiratoria desde 5 días
antes y hasta la aparición del exantema
Vía transplacentaria

ERITEMA INFECCIOSO

- **P. Incubación:** 4-28 días. No prodromos
- **Fase inicial - "bofetón"** (2-3 días): eritema en ambas mejillas de aparición brusca.
- **Fase intermedia:** Aparición de elementos maculopapulosos y eritematosos en tronco y extremidades, algunos se aclaran centralmente dando un aspecto en encaje o reticulado. No afectación palmoplantar.
- **Tercera fase:** puede durar 1 mes. Se resuelve espontáneamente pudiendo reaparecer ante estímulos.

COMPLICACIONES

Artritis y artralgias

Embarazadas: Abortos, hydrops fetal

Crisis aplásicas graves

DIAGNÓSTICO: Clínico



OCTUBRE 2018

TRATAMIENTO

- Sintomático

MONONUCLEOSIS

ETIOLOGÍA

VEB

EDAD

Cualquier edad
ENFERMEDAD DEL BESO - Adolescentes

CLÍNICA

Fiebre prolongada
Astenia y anorexia marcada
Adenomegalias generalizadas
Faringoamigdalitis y exudado faringoamigdalares
Hepatoesplenomegalia



MONONUCLEOSIS

Exantema:

- No constante (5-15%) y aparece hacia el 4-7º día de inicio de síntomas.
- Exantema variable: macular, escarlatiniforme, urticarial o incluso petequial
- Se extiende por tronco y EE y dura 3-5 días
- Exacerbación con administración de amoxicilina/ampicilina (↑ probabilidad aparición exantema hasta en un 90% casos)

Diagnóstico:

- Clínico
- Linfomonocitosis
- Serología VEB



OCTUBRE 2018

TRATAMIENTO

- Sintomático
- Reposo

ENFERMEDAD DE KAWASAKI



OCTUBRE 2018



Fiebre de 5 días de evolución + 4 criterios

- **Adenopatías cervical** > 1,5 cm
- **Alteraciones mucosa bucal:** lengua aframbuesada, labios rojos fisurados, enantema.
- **Conjuntivitis**
- **Alteraciones de pies y manos:** eritema palmoplantar, edema o descamación de **dedos**
- **Exantema** polimorfo y cambiante, maculopapuloso o urticarial

Si existen **lesiones coronarias** se aceptan < 4 criterios



TRATAMIENTO

- **Gammaglobulina IV + AAS**

SD DEL SHOCK TÓXICO

- Puede ser producido por **estafilococo o estreptococo**.
- Cuadro agudo caracterizado con **eritrodermia febril + hipota** y compromiso orgánico.
- En estos cuadros el signo **Nikolsky negativo**.



VESICO - AMPOLLOSOS



VARICELA

BOCA – MANO - PIE

ERITEMA MULTIFORME

SD DE LA ESCALDADURA ESTAFILOCOCICA

VARICELA

ETIOLOGÍA

VVZ

EDAD

Cualquier edad

EPIDEMIOLOGÍA

Único reservorio: humano

Máxima contagiosidad: desde 48h antes de aparición del exantema **hasta** que todas las lesiones están en **fase costra**

Predominio en **invierno y primavera**



VARICELA

PRIMOINFECCIÓN → VARICELA

P. Incubación: 10 – 21 días

Pródromos: Asintomático o fiebre, tos y rinorrea 2-4 días

Exantema:

- Muy **pruriginoso**
- Cefalocaudal.
- Polimorfo → **macula-pápula-vesícula-costra**
- Suele afectar a mucosas
- Regresa en una semana.
- Puede dejar cicatrices

REACTIVACIÓN → HERPES ZOSTER



OCTUBRE 2018



VARICELA

COMPLICACIONES

Sobreinfección de lesiones: S.pyogenes, S. aureus

Neumonía (bacteriana o vírica)

Neurológicas: meningitis vírica, meningoencefalitis, sd. Guillain-Barré

Síndrome de Reye (asociado al tratamiento con ácidoacetilsalicílico)

DIAGNÓSTICO

Clínico

Serológico

TRATAMIENTO

Baños frecuentes e higiene de uñas

Antihistamínicos orales

Antitérmicos (NO ibuprofeno)

Antibióticos si sobreinfección bacteriana

¿Aciclovir?

VARICELA



OCTUBRE 2018

Tratamiento con aciclovir:

- *Intravenoso*: varicela y HZ en niños inmunodeficientes, neumonía y encefalitis varicelosa. **10mg/kg/dosis cada 8 h, 7-10 días**
- *Oral*: primeras 24 horas de inicio del exantema (↓ leve en la duración e intensidad de la fiebre y en el nº y duración de las lesiones cutáneas). Indicaciones del tto:
 - Mayores de 12 años.
 - Enfermedades pulmonares o cutáneas crónicas.
 - Ttos con corticoides inhalados en series cortas o intermitentes.
 - Ttos crónicos con salicilatos.
 - Casos familiares secundarios (posibilidad de varicela severa).
 - Inmunodeficientes (solo casos muy seleccionados).
- **ZOVIRAX, VIRHERPERS: 80 mg/Kg/día dividido en 4 dosis durante 5 días (máximo 3200 mg/día)**

ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE



ETIOLOGÍA Coxsackie A16
Enterovirus

PRÓDROMOS 1-2 días
Fiebre alta
Síntomas catarrales

CLÍNICA Vesículas y úlceras orales
Vesículas en manos y pies no pruriginosas
Resolución en una semana aprox.

TRATAMIENTO

Sintomático

ERITEMA MULTIFORME

Fenómeno de hipersensibilidad desencadenado por fármacos, agentes infecciosos o tóxicos.

Cuadro clínico:

Máculas o pápulas urticariformes con vesículas/ampollas en el centro → **imagen en diana**

No pruriginoso

No en cuero cabelludo

Puede afectar a **mucosa oral**

Forma más grave → **SD. DE STEVENS JOHNSON**

TRATAMIENTO

Suspender agente causal (si recurrente → tto empírico Aciclovir)

Limpieza lesiones con **Sulfato de**

Cobre 1:1000 c/8 horas

Si afectación importante: **Prednisona**
2 mg/kg/día VO 2 semanas



OCTUBRE 2018



Arthur Nouel

SD DE LA ESCALDADURA ESTAFILOCOCCICA

Exantema **escarlatiniforme doloroso** que progresa a la formación de **ampollas**.

Sg. **Nikolsky positivo**

Respeto mucosas

Descamación precoz

Las lesiones no complicadas curan sin dejar cicatriz

TRATAMIENTO


Fluidoterapia IV

Cloxacilina IV

Si SARM: Clindamicina
o Vancomicina



PURPÚRICOS - PETEQUIALES



SEPSIS MENINGOCÓCICA

PÚRPURA DE SCHONLEIN - HENoch

SEPSIS MENINGOCÓCICA

DESCARTAR SIEMPRE

Lesiones petequiales puntiformes, placas equimóticas o necróticas. Localización en mucosas constante +/- **síndrome meníngeo.**

Según la forma clínica, se puede acompañar de SRIS, disfunción orgánica, hipoperfusión o FMO.

Tratamiento: ATB empírica + soporte hemodinámico y/o ventilatorio.



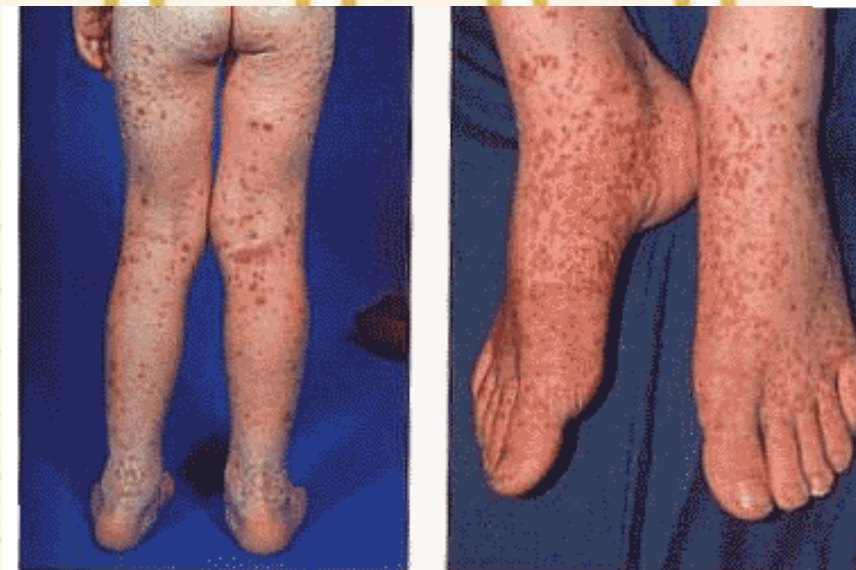
PÚRPURA DE SCHONLEIN-HENOCH

Vasculitis de pequeño vaso.
La más frecuente de la infancia.
Mecanismo inmunológico, predominio IgA.

Edad: 2 - 11 años

Manifestaciones cutáneas:

- **Púrpura palpable:** preferente en nalgas y MMII.
- **Edema doloroso y errático:** cabeza, párpados, dorso manos y pies, espalda y escroto.



Variante en lactantes:

EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE

PÚRPURA DE SCHONLEIN-HENOCH

Otras manifestaciones:

- **M. articulares:** inflamación periarticular
- **M. gastrointestinales:** Dolor abdominal, hemorragia o invaginación intestinal
- **M. genitales:** inflamación testicular
- **M. renales:**
 - Hematuria
 - Proteinuria
 - Sd. Nefrítico +/- Sd. Nefrótico
 - HTA aislada
 - Nefropatía residual



TRATAMIENTO

- **Sintomático**
- **Corticoides sistémicos** si dolor abdominal intenso, hemorragia digestiva, afectación testicular o renal: Prednisona 1-2 mg/kg/día durante 5-7 días en pauta descendente.

