





# Principales Enfermedades Exantemáticas

PATOLOGÍA, TIPO DE LESIÓN Y PATÓGENO	¿A QUIÉN LE DA?		CUADRO CLÍNICO			
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN	DATOS CLAVE	ESTUDIOS, DX. Y COMPLICACIONES	TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN	IMAGEN
Exantema Súbito, roséola infantil o sexta enfermedad. MACULOPAPULAR. HHV6.	50 a 60% de niños están infectados al año y prácticamente el 100% a los 3 años. Lactantes y preescolares. Causa común de convulsiones febriles.	Proceso agudo a subagudo. Contagio durante el periodo febril y una semana previa al exantema.	<p><b>Fase febril:</b> Fiebre elevada con remisión al aparecer el exantema maculopapular.</p> <p><b>Fase exantémica:</b> Lesiones rosáceas de 2 a 3 mm. en tronco y extensión a cuello y extremidades.</p> <p><b>Manchas de Nagayama:</b> enantema en úvula y paladar blando</p>	Diagnóstico Clínico. Leucocitosis con neutrofilia, pese a cuadro viral, en las primeras 24 a 36 hrs. Leucopenia > 48 hrs.	Manejo sintomático y control de la fiebre.	
Eritema Infeccioso, quinta enfermedad o megaloritema. ERITEMATOSA. Parvovirus B19.	Se presenta en escolares de 5 a 15 años de edad. Predomina durante primavera-verano.	Proceso agudo a subagudo. Incubación de 4 a 21 días. Contagio 6 a 11 días previo al exantema. <b>No suele haber pródromo.</b> 3 fases de la enfermedad.	<p><b>Fase Inicial: "Mejilla Abofeteada"</b> por exantema eritematoso no doloroso en frente y mejillas. Palidez perioral.</p> <p><b>Fase Intermedia:</b> Exantema papular distal simétrico en tronco y piernas <b>sin afectar palmas o plantas.</b> <b>3 Fase:</b> Erupción variable por varias semanas con aclaramiento central de las lesiones y <b>aparición de encaje.</b></p>	Diagnóstico Clínico. Las complicaciones son aborto, anemia, aplasia y artritis (las 4 "a").	Manejo sintomático y control de la fiebre. En pacientes inmunocomprometidos inmunoglobulina IV. para reducir la anemia.	

# Principales Enfermedades Exantemáticas

PATOLOGÍA, TIPO DE LESIÓN Y PATÓGENO	¿A QUIÉN LE DA?		CUADRO CLÍNICO			
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN	DATOS CLAVE	ESTUDIOS, DX. Y COMPLICACIONES	TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN	IMAGEN
<b>Enfermedad de Kawasaki</b> <b>ERITEMATOSA.</b> Coronavirus, parvovirus, bocavirus, CMV, Yersinia pseudotuberculosis, meningococo.	Vasculitis sistémica que se presenta en menores de 5 años de edad. Predominio en varones (1.5:1). y durante primavera e invierno.	Proceso agudo de 11 días con fiebre, seguido de su remisión y una etapa de convalecencia de 4 a 8 semanas.	Inicia con fiebre elevada, conjuntivitis bilateral no purulenta SIN fotofobia, <b>adenopatía cervical unilateral &gt;1.5 cm.</b> labios eritematosos, secos y agrietados, <b>lengua “en fresa”</b> . Exantema polimorfo y cambiante. <b>Eritema palmo-plantar.</b> En fase tardía <b>descamación cutánea de puntas de dedos, palmas y plantas. La afectación más importante es la cardíaca (15-25%)</b> en pacientes no tratados, con formación de <b>aneurismas coronarios en “cuentas de rosario”</b> (25%).	Diagnóstico Clínico. En primera y segunda semana leucocitosis con desviación a la izquierda y anemia. VSG y proteína C reactiva muy elevadas, se normalizan a las 6-10 semanas. <b>Trombocitosis característica en fase subaguda</b> o convalecencia. ANA y FR negativos. Ecocardiograma bidimensional para el diagnóstico de la afección cardíaca.	Gammaglobulina IV. con desaparición rápida de síntomas y prevención de aneurismas si se administra en los primeros 7 días. Salicilatos en dosis antiinflamatoria durante fase febril, posteriormente dosis antiagregante durante trombocitosis hasta normalización de las plaquetas y control ecográfico normal a las 6 a 8 semanas. Se mantienen en caso de aneurismas y hasta su desaparición (50% de los casos). Corticoides sólo si no hay respuesta a gammaglobulinas.	
<b>Sarampión</b> <b>MACULOPAPULAR</b> Paramyxovirus (virus ARN)	Personas NO vacunadas o esquema de vacunación incompleto. Antecedente de contacto reciente (21 días) con algún enfermo.	Proceso agudo a subagudo. Fase prodrómica es la de mayor contagio. Periodo de incubación de 10 días.	Periodo prodrómico o catarral (3 a 5 días) con fiebre moderada, tos seca, rinitis y <b>conjuntivitis CON fotofobia. Manchas de Koplik (patognomónicas)</b> , blanquecinas sobre halo eritematoso en mucosa oral. Periodo exantemático (4-6 días) con fiebre elevada y exantema maculopapular confluyente, rojo intenso, sin alteración a digitopresión, <b>de inicio retroauricular y extensión descendente y centrífuga.</b> Afecta palmas y plantas.	Diagnóstico Clínico. Linfopenia absoluta en BH y <b>adenopatías parahiliares en radiografía de tórax en 75% de los casos.</b> Complicaciones: Otitis media aguda, neumonía, meningoencefalitis, anergia cutánea con reactivación de tuberculosis subyacente.	Medidas de soporte. Vitamina A, dos dosis c. 24 hrs. disminuye la mortalidad en casos graves. Prevención mediante la vacuna triple viral.	

# Principales Enfermedades Exantemáticas

PATOLOGÍA, TIPO DE LESIÓN Y PATÓGENO	¿A QUIÉN LE DA?		CUADRO CLÍNICO			
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN	DATOS CLAVE	ESTUDIOS, DX. Y COMPLICACIONES	TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN	IMAGEN
Rubéola MACULOPAPULAR Togaviridae (ARN)	Personas NO vacunadas o esquema de vacunación incompleto. Antecedente de contacto reciente (21 días) con algún enfermo.	Subagudo con periodo de incubación de 14 a 21 días y pródromo de 1 a 2 días. Periodo de máximo contagio 7 días antes del exantema hasta 7 u 8 días de su desaparición.	El pródromo cursa con fiebre baja a moderada, conjuntivitis SIN fotofobia y en ocasiones manchas de Forchheimer. <b>Signo más característico son adenopatías retroauriculares,</b> cervicales posteriores y postoccipitales. Le sigue exantema morbiliforme y confluyente.	Leucopenia, trombocitopenia y linfocitos atípicos. Complicaciones son poco frecuentes en la infancia: artritis (mujeres), encefalitis y púrpura trombocitopénica.	Profilaxis pasiva: Inmunoglobulina sérica 7 a 8 días tras exposición. Indicada en gestantes no vacunadas expuestas durante el primer trimestre de embarazo. Profilaxis activa: Vacuna triple viral. Tratamiento es sintomático.	
Escarlatina ERITEMATOSA S. pyogenes	Escolares de 5 a 15 años de edad. Raro en menores de 3 años. Meses fríos.	Proceso agudo, con incubación de 1 a 7 días. Exantema a los 2 a 3 días de inicio del cuadro infeccioso.	Pródromo con inicio súbito de fiebre elevada, cefalea, escalofríos, vómitos. <b>Lengua en fresa blanca o saburral, con posterior descamación tornándose hiperémica (lengua en "fresa roja o aframbuesada").</b> Amígdalas edematosas, hiperémicas con exudado blanco-grisáceo. Linfadenopatía cervical dolorosa. Fase exantemática: <b>se palpa como lija,</b> pápulo-eritematoso, salvo <b>en pliegues, donde se observan líneas de Pastia. Se respeta triángulo nasolabial (de Filatov).</b>	Diagnóstico Clínico y apoyado de frotis faríngeo con cultivo y pruebas de detección rápida de antígenos de S. pyogenes. Complicaciones: Fiebre reumática (solo en faringitis), glomerulonefritis postestreptocócica (faringitis o impétigo).	Penicilina benzatínica en DU.	

# Principales Enfermedades Exantemáticas

PATOLOGÍA, TIPO DE LESIÓN Y PATÓGENO	¿A QUIÉN LE DA?		CUADRO CLÍNICO			
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN	DATOS CLAVE	ESTUDIOS, DX. Y COMPLICACIONES	TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN	IMAGEN
<p>Varicela POLIMORFA Varicela Zoster</p>	<p>Menores de 4 años de edad. Primavera e invierno. Contacto con secreciones o lesiones dérmicas de enfermo.</p>	<p>Proceso agudo a subagudo con incubación de 10 a 21 días. Periodo de máximo contagio 24 hrs. antes del exantema y hasta que todas las lesiones están en fase de costra.</p>	<p>Pródromo con fiebre, tos y rinorrea por 2 a 4 días. Fase exantemática: Se caracteriza por ser un <b>exantema pruriginoso y polimorfo, en “cielo estrellado”</b>. Puede afectar mucosas.</p>	<p>Complicaciones: la más frecuente es la sobreinfección por <i>S. aureus</i> y <i>S. pyogenes</i> de las lesiones cutáneas. Neumonía poco habitual en niños, meningitis vírica, meningoencefalitis, Sx. de Guillan-Barré. Síndrome de Reye ante ingesta de ácido acetilsalicílico.</p>	<p>Sintomático en niños, con antihistamínicos orales si el prurito es muy intenso. Contraindicado el uso de aspirina. Hospitalización en menores de 3 meses. Prevención activa con vacuna en mayores de 12 meses. Profilaxis con inmunoglobulina en primeras 72 hrs. postexposición en inmunodeprimidos no vacunados o sin infección previa y en recién nacido con madre con varicela que debutó 5 días antes o dos días después del parto. Aciclovir IV. en inmunosuprimidos, RN con varicela congénita y en las complicaciones asociadas.</p>	