

PATOLOGÍA	¿A QUIÉN LE DA?		CUADRO CLÍNICO		
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN*	DATOS CLAVE	LAB. & GABINETE	TRATAMIENTO
Fiebre Escarlatina (Streptococcus pyogenes) ¡ERITEMATOSA!	3 a 15 años de edad. Meses fríos	Proceso agudo. Periodo de incubación: 1 a 7 días. Exantema a los 2-3 días de inicio del cuadro infeccioso.	Signo de Pastia: Lesiones petequiales lineales en ingle, axilas y región antecubital. Piel de lija. Triángulo de Filatov: Enrojecimiento de cara con palidez perioral. Manchas de Forcheimer: Máculas rojas puntiformes en úvula, paladar duro y blando. Lengua en fresa blanca (1er y 2do día) y cambia a lengua en frambuesa (4to y 5to.). No afecta palmas ni plantas.	Diagnóstico clínico. Cultivo faringeo de Streptococcus β hemolítico del grupo A. Elevación de estreptolisina O.	Penicilina G benzatínica o amoxicilina por 10 días, es eficaz, pero el cumplimiento puede ser pobre después de que el paciente se vuelve asintomático en 2-4 días. Niños alérgicos a la penicilina: cefalosporinas o clindamicina.
Staphylococemia (Staphylococcus) ¡ERITEMATOSA!	2 a 5 años de edad. Infección secundaria a lesión primaria en piel.	Proceso agudo. Periodo prodrómico.	Conjuntivitis, edema facial y descamación periorificial en pródromo. Afecta principalmente cara, axilas e ingle. Puede haber fiebre, irritabilidad por dolor y mal estado general.	Diagnóstico clínico.	Nafcilina u oxacilina, cefazolina, en bacteremia sensible a meticilina. La vancomicina como terapia definitiva debe reservarse para Px. con alergia a la penicilina graves o con infecciones causadas por cepas resistentes a la meticilina. Una concentración mínima de vancomicina de 15-20 mcg/ml puede mejorar los resultados y se recomienda.

PATOLOGÍA	¿A QUIÉN LE DA?		CUADRO CLÍNICO		
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN*	DATOS CLAVE	LAB. & GABINETE	TRATAMIENTO
Eritema infeccioso (Parvovirus B19) ¡ERITEMATOSA!	6 a 19 años y pacientes geriátricos. Se adquiere por inhalación de aerosoles, transfusión sanguínea y de manera vertical.	Proceso agudo a subagudo. Incubación de 4 a 21 días. Contagio 6 a 11 días previo al exantema. No suele haber pródromo. Se distinguen 3 etapas de la enfermedad.	1 etapa: “Mejilla abofeteada” por exantema eritematoso no doloroso en frente y mejillas. Palidez perioral. 2da. etapa: Exantema papular distal y simétrico en tronco y piernas con apariencia de encaje. 3ra. etapa: Erupción variable por varias semanas.	Diagnóstico clínico. Puede realizarse serología (IgM) y PCR. Pacientes inmunocomprometidos no desarrollan exantema ni artropatía.	Tratamiento es sintomático con AINES. En pacientes inmunocomprometidos se da inmunoglobulina IV para ayudar a reducir la anemia.
Enfermedad de Kawasaki (New Haven coronavirus, parvovirus, bocavirus, CMV, Yersinia pseudotuberculosis, meningococcus) ¡ERITEMATOSA!	Menores de 5 años. Prevalencia en varones 1.5:1. Primavera e invierno. Causa más común de cardiopatía adquirida, superando a la fiebre reumática.	Proceso agudo (dura 11 días e inicia con la fiebre) a subagudo (dura 15 días e inicia con resolución de la fiebre) a convalecencia (dura 4 a 8 semanas).	Vasculitis sistémica. Completa: Fiebre de más de 5 días y debe haber > de 4 de los siguientes: Conjuntivitis bulbar, bilateral y no exudativa. Cambios orofaríngeos (eritema en mucosa orofaríngea y/o labios, lengua de fresa). Adenopatía cervical unilateral >1.5 cms. Exantema polimorfo. Cambios en extremidades (eritema palmar/plantar, descamación periungueal). Incompleta: Fiebre de más de 5 días más 2 o 3 de los criterios descritos.	Diagnóstico clínico. Reactantes de fase aguda elevados. BH: Elevación de leucocitos con predominio de neutrófilos. trombocitosis en fase subaguda. Hipoalbuminemia y elevación de transaminasas. Se debe realizar ECG y ECO cardiaco. Leucopenia y trombocitopenia son factores de riesgo para aneurisma de coronarias (20% de pacientes sin Tx.)	Inmunoglobulina (IG) IV (2 g/kg durante 10-12 horas) dentro de los primeros 10 días de enfermedad. Aspirina debe iniciarse a 80-100 mg /kg/d por vía oral (dividido en cuatro dosis y no superior a 4 g/d) hasta que el paciente se encuentra afebril durante 48 horas y después se reduce a 3.5 mg / kg / d hasta que los marcadores de inflamación aguda se normalicen. La terapia con aspirina se continúa si el aneurisma coronario se desarrolla. Si la fiebre persiste más de 36 horas después de la infusión inicial de IG, se aplica una segunda dosis a 2g/kg si no se encuentra otra causa de la fiebre.

PATOLOGÍA	¿A QUIÉN LE DA?	CUADRO CLÍNICO			
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN*	DATOS CLAVE	LAB. & GABINETE	TRATAMIENTO
Sarampión ¡MACULOPAPULAR!	Personas no vacunadas o esquema de vacunación incompleto. Historia de contacto reciente (21 días) con algún enfermo.	Proceso agudo a subagudo.	Exantema maculopapular, escamoso no purpúrico. Manchas de Koplik: Pápulas pequeñas de color blanco azulado con halo eritematoso. Pródromo: Tos, coriza, conjuntivitis e irritabilidad.	Diagnóstico clínico.	Tratamiento de soporte. Durante cuadro agudo y en pacientes hospitalizados de 6 meses a 2 años, inmunocomprometidos mayores de 6 meses o con avitaminosis A: 100 000 UI en < de 1 año; 200 000 UI > de 1 año de vitamina A. Reduce complicaciones como diarrea o neumonía.
Rubeola ¡MACULOPAPULAR!	Menores de 1 año y hasta los 4 años así como inmunocomprometidos. Durante primavera y verano. Inhalación de aerosoles, contacto directo o vertical. Personas no vacunadas o con desnutrición grave.	Periodo de incubación de 14 a 20 días. Contagio 10 días antes y hasta 7 días después de inicio de exantema. Pródromo dos a cuatro días previo a exantema.	Fiebre baja en pródromo. Exantema maculopapular rosado con adenopatías características cervicales y suboccipitales. Aparición céfalo-caudal de las lesiones pruriginosas durante 3 días. Desaparecen en orden inverso.	Diagnóstico clínico Serología. ELISA o inmunofluorescencia	Requiere notificación inmediata a región sanitaria. Niños enfermos no deben acudir al escuela al menos 7 días posterior al inicio de exantema. Paracetamol para alivio sintomático.
Exantema súbito (Herpes virus 6, 7) ¡MACULOPAPULAR!	50 a 60% de niños están infectados al año y prácticamente el 100% a los 3 años. Lactantes y preescolares. Causa común de convulsión febril.	Proceso agudo a subagudo. Contagio durante periodo febril y una semana previa.	Fiebre elevada que desaparece de manera súbita al aparecer el exantema maculopapular. Lesiones rosáceas de 2 a 3 mm. que aparecen en tronco y se extienden a cuello y extremidades. Manchas de Nagayama: exantema eritematoso en úvula y paladar blando.	Diagnóstico clínico. Leucopenia.	Manejo sintomático y térmico. El ganciclovir, cidofovir, y foscarnet (pero no aciclovir) parecen ser clínicamente activos contra HHV-6.

PATOLOGÍA	¿A QUIÉN LE DA?	CUADRO CLÍNICO			
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN*	DATOS CLAVE	LAB. & GABINETE	TRATAMIENTO
Mononucleosis infecciosa (Virus de Epstein Barr) ¡MACULOPAPULAR!	10-35 años Contacto con individuo infectado con VEB	Incubación 1-2 meses Presentación aguda	50% presenta triada de adenopatía, fiebre y faringitis. Adenopatía cervical posterior. Rash maculopapular en tronco y brazos, hepatomegalia, fiebre baja, faringitis exudativa o NO exudativa, signo de Hoagland, edema uvular, esplenomegalia, hemorragia conjuntival.	Test de aglutinación de latex tiene sensibilidad de 85% y especificidad del 100%. Linfocitosis >50% de total de leucocitos con linfocitos atípicos >10% del total IgM-VCA en fase temprana e IgG-VCA a partir de la 4 semana	Reposo durante al menos 3-4 semanas Paracetamol 80 a 100% de los pacientes a quien se les receta erróneamente antibiótico desarrolla exantema generalizado. Corticoesteroides no están recomendados.
Púrpura fulminans Meningococcus, Staphylococcus, Streptococcus, Haemophilus ¡PURPÚRICO-PETEQUIAL!	Pacientes pediátricos con infección bacteriana complicada (sepsis), pacientes asplénicos.	Hiperaguda a aguda.	Trombosis intravascular e infartos hemorrágicos de piel. Inicia con fiebre, mialgia, cefalea, seguidos rápidamente de signos y síntomas de shock. Exantema inicialmente eritematoso y maculopapular que se generaliza a vascular y petequias palpables. Lesiones evolucionan a necrosis en palmas y plantas.	Cultivo y/o tinción de Gram de sangre y/o LCR. Dx. rápido con tinción de Gram de lesiones dérmicas con sensibilidad de 72%. BH: Leucocitosis.	Manejo antimicrobiano intensivo y de soporte vital en UTIP. Profilaxis bacteriana a contactos con rifampicina, ciprofloxacina o ceftriaxona. Sin tratamiento la meningococcemia es invariablemente mortal. Muerte en 48 hrs. de iniciados los síntomas.

PATOLOGÍA	¿A QUIÉN LE DA?		CUADRO CLÍNICO		
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN*	DATOS CLAVE	LAB. & GABINETE	TRATAMIENTO
Sx. de shock tóxico (Staphylococcus aureus, Streptococcus A) ¡PURPÚRICO-PETEQUIAL!	Mujeres de 15 a 25 años. Uso de tampones. Pacientes con lesiones en piel, traumas menores, quemaduras, picaduras de insectos, DM, varicela, VIH.	Proceso agudo.	Eritema generalizado que progresa a exantema escarlatiforme de predominio en pliegues y/o orificios y progresa a ampollas (con signo de Nikolsky positivo: formación de ampolla al pasar un borrador de lápiz) y/o exfoliación. Prurito poco frecuente.	Diagnóstico clínico. Frotis no es útil dado que el cuadro es generado por las toxinas y no por la bacteria en si.	Medidas de soporte en UTIP. β -lactámicos, como la penicilina, siguen siendo el fármaco de elección para el Tx. de infecciones graves por estreptococos, pero la clindamicina, que es un potente inhibidor de la producción de toxinas, también debe ser administrado a una dosis de 600 mg c. 8 horas IV para la enfermedad invasiva, especialmente en la presencia de shock.
Dengue (Flavivirus) ¡PURPÚRICO-PETEQUIAL!	Zonas endémicas de Aedes aegypti. Verano y zonas tropicales.	Proceso agudo a subagudo. Incubación de 5 a 8 días.	Fiebre de inicio súbito y patrón bifásico de más de 7 días. Escalofríos, cefalea. Exantema eritematoso, purpúrico y prurítico (palmas y plantas) característico 24 a 48 hrs. post. a inicio de la fiebre. Si persiste se trata de exantema maculopapular y puede confluir para formar "islas blancas en un mar rojo". El exantema generalizado inicia en manos y pies, extendiéndose al resto del cuerpo. En dengue hemorrágico: petequias, púrpura y equimosis 4 a 5 días post. a inicio de la fiebre.	En hemorrágico: Trombocitopenia con hemorragia espontánea o inducida. Extravasación plasmática. Confirmación por serología o aislamiento viral.	Soporte de volumen sanguíneo con Ringer Lactato o coloide. Agentes vasopresores, acetaminofen para analgesia. Transfusión de plaquetas debe considerarse en caso de trombocitopenia < 10 000/mcL o cuando existe evidencia de sangrado. Los filovirus y flavivirus no responden a rivabirina. Intervenciones terapéuticas encaminadas a los trastornos hematológicos son poco o nada efectivas. No hay evidencia de eficacia en el uso de corticoides.

PATOLOGÍA	¿A QUIÉN LE DA?		CUADRO CLÍNICO		
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN*	DATOS CLAVE	LAB. & GABINETE	TRATAMIENTO
Varicela (Virus Herpes zoster) ¡VESICULARES Y BULOSAS!	Menores de 4 años. Primavera e invierno. Contacto con secreciones o lesiones dérmicas de paciente enfermo.	Proceso agudo a subagudo. Incubación de 10 a 21 días.	1 a 2 días previo a exantema fiebre, malestar general, cefalea, anorexia, dolor abdominal. Exantema cefalocaudal, maculopapular pruriginoso de 3 a 5 mm de diámetro con halo eritematoso que evoluciona a vesícula con apariencia de “gotas de agua”. Se umbilican y llenan de material purulento conformando pústulas y concluyen como costras. Dejan mancha hipocrómica 1 a 3 semanas.	Diagnóstico clínico. Cultivo celular. Anticuerpos en test de fluorescencia de frotis de las lesiones.	Evitar uso de aspirina por riesgo de desarrollo de Sx. de Reye. Vacuna en niños de 12 a 18 meses y refuerzo a los 6 años. En niños mayores de 12 años Aciclovir, 20 mg/kg cada 6 hrs. por 5 días dentro de las primeras 24 horas posterior a la aparición del exantema.
Sx. Pie-Mano-Boca (Virus Coxsackie A16 o 71) ¡VESICULARES Y BULOSAS!	Niños entre 6 meses y 13 años. Verano y otoño. Áreas tropicales. Transmisión fecal-oral u oral-oral.	Periodo de incubación de 2 a 14 días. Pródromo de 2 a 4 días.	Fiebre de bajo grado, anorexia, odinofagia, dolor abdominal. Exantema vesicular de 2 a 3 mm. en región dorsal y lateral de los dedos así como en plantas y palmas. Se rodea de halo eritematoso. Ulceras muy dolorosas en mucosa oral post. a vesículas.	Diagnóstico clínico.	El tratamiento de la infección no complicada es sintomático dado que los síndromes causados por este virus son generalmente de curso benigno y autolimitado.

PATOLOGÍA	¿A QUIÉN LE DA?		CUADRO CLÍNICO		
	EPIDEMIOLOGÍA	EVOLUCIÓN*	DATOS CLAVE	LAB. & GABINETE	TRATAMIENTO
Sx. de piel escaldada o de Ritter. (Staphylococcus aureus) ¡VESICULARES Y BULOSAS!	Recién nacido y menores de 5 años.	Proceso agudo a subagudo.	Ampollas localizadas a muy extensas causadas por toxinas de la bacteria. Inicia como eritema difuso, marcada sensibilidad de la piel, irritabilidad y fiebre. 3 Etapas: Escarlatiforme o eritrodérmica, ampollar y descamativa. Signo de Nikolsky positivo. Líneas de Pastia y piel de lija. No afecta palmas, plantas ni mucosas, cara de “hombre triste” con edema facial característico.		Oxacillina 150 mg/kg/day IV div q6h o cefazolina 100 mg/kg/día IV div q8h (CII), CA-MRSA: clindamicina 30 mg/kg/day IV div q8h, o vancomicina 40 mg/kg/day IV q8h
Sífilis congénita Temprana (Treponema pallidum) ¡VESICULARES Y BULOSAS!	25% transmisión vertical de madres afectadas. Prematuros.	Proceso subagudo	Cuadro aparece en primeras 8 semanas de vida. Pseudoparálisis de Parrot, rinitis persistente, exantema maculopapular o papuloescamoso (especialmente en zona del pañal), ictericia inexplicable, hepato-esplenomegalia, linfadenopatía generalizada. Parches mucosos en boca y genitales. Condilomas planos en boca y ano.	Diagnóstico clínico y a través de pruebas treponémicas VDRL RPR.	Administrar penicilina sódica T cristalina 100,000 al 150,000 UI por kg por día, dividido en 50.000 UI por kg por dosis IV cada 12 horas durante los primeros siete días de vida y cada 8 horas hasta los 10 días de vida, o Penicilina procaínica T o 50.000 Por UI kg por dosis IM diario por 10 días. Penicilina benzatínica T 50.000 UI / kg dosis única IM. Los niños con sífilis congénita alérgicos a la penicilina deben someterse a esquemas de desensibilización.

* HIPERAGUDO: menos de 24 hrs. AGUDO: 24 hrs. o hasta una semana. SUBAGUDO: Par de semanas. CRÓNICO: Un mes o más.