

Caso para diagnóstico

Eritema facial

María Enriqueta Morales Barrera,* Raphael Mejía Granilla**



Figura 1. Signo de la bofetada en mejillas y palidez peribucal.



Figura 2. Lesiones en forma de «encaje» en tórax posterior y brazos.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 4 años de edad, previamente sana y con esquemas de vacunación completa; 7 días antes de acudir al Centro presentó febrícula, mialgias, cefalea y malestar general. Tres días después muestra enrojecimiento de cara, tronco y extremidades con leve prurito, el cual se acentúa con la exposición al sol.

Antecedentes patológicos personales: Negados.

Antecedentes familiares: Su madre presentó 30 días antes de la consulta cuadro de malestar general, dolor articular y mialgias.

EXAMEN FÍSICO

Paciente del sexo femenino, con dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades. De la cabeza afecta cara y de ésta las mejillas, puente nasal y pabellones auriculares bilateral y simétrica. Constituida por eritema intenso con áreas de aclaramiento central de límites definidos (*Figura 1*). En tronco afecta abdomen y región lumbosacra, de extremidades superiores e inferiores cara posterior. Constituida por eritema en forma de patrón reticular o en «encaje» y con leve prurito, bilateral y simétrica (*Figura 2*).

Exámenes de laboratorio: Biometría hemática normal, cultivo de exudado faríngeo con crecimiento de *Estreptococo beta hemolítico*.

Con los datos clínicos y del laboratorio, ¿cuál es su diagnóstico?

* Jefa del Departamento de Dermatología Pediátrica.

** Residente de 3^{er} año de Dermatología.

Diagnóstico: Eritema infeccioso

DISCUSIÓN

La quinta enfermedad o eritema infeccioso (EI) es causada por parvovirus humano B19, descrita casualmente en 1974 por Cossart al estudiar el virus de hepatitis B en sueros de donantes sanos. Su nombre se debe a la muestra de suero 19 del panel B que resultó positiva por contrainmunoelctroforesis. La enfermedad se transmite fácilmente de una persona a otra. Si en casa alguien está infectado, la posibilidad de que transmita la infección a otra es de 50%. Sin embargo, no todos los que están infectados con el parvovirus B19 desarrollarán la enfermedad.¹

El parvovirus B19 pertenece a la familia *Parvoviridae*, que comprende tres géneros: *Parvovirus*, *Dependovirus* y *Densovirus*. Son virus DNA monocatenarios, sin envoltura y con cápside de simetría icosaédrica que oscila entre 20 y 26 nm de diámetro.^{1,2}

La infección por B19 tiene distribución mundial y su presentación puede ser tanto epidémica como esporádica. Son frecuentes los brotes en escuelas, a finales del invierno o primavera y se prolongan durante el verano. La infección muestra un patrón clínico característico; los episodios epidémicos suelen repetirse cada cuatro o cinco años. También se han descrito casos de infección nosocomial que afectan tanto a los pacientes hospitalizados como al personal médico.

La primoinfección ocurre con más frecuencia entre los cinco y 15 años (70%); tan sólo en 10% de los casos se presenta en menores de 5 años y el 20% restante en edad adulta. Las infecciones por B19 son, en su mayoría, asintomáticas en niños. En contagios demostrados serológicamente sólo el 35% presentó manifestaciones clínicas. El mecanismo de transmisión es fundamental, a través de las secreciones respiratorias. También es posible mediante transfusiones sanguíneas, factor VIII y IX, albúmina e inmunoglobulinas.

Es importante señalar que cuando están presentes las manifestaciones clínicas, ya no existe riesgo de contagio.^{1,2}

El periodo de incubación va desde la adquisición de la infección hasta la aparición de los síntomas y es de 4 a 14 días, pero puede llegar a ser de 21 días.

La patogenia consta de dos fases: *La primera* se caracteriza por una viremia que se desarrolla después de la inoculación intranasal, y que persiste alrededor de una semana y su desaparición muestra correlación con el desarrollo de IgM anti B19 que permanece durante meses. En esta primera fase se presentan síntomas

generales como: escalofríos, prurito, fiebre y mialgias, asociados a reticulocitopenia, que se puede acompañar de pancitopenia, asociada a un descenso de la hemoglobina sin significación clínica; a las tres semanas de la enfermedad comienza la elevación de IgG que persiste indefinidamente, además de coincidir con el exantema facial, artralgias y la desaparición de la viremia.

La infección por parvovirus B19 en su forma de eritema infeccioso se caracteriza por síntomas generales leves como fiebre en 15 a 30% de los pacientes y a menudo una erupción característica. La erupción en la cara es muy roja con imagen de «bofetada» que a menudo se acompaña de palidez peribucal (signo de las mejillas abofeteadas), aparece tras 2-3 días seguidos a los síntomas prodromicos.

En la *segunda fase*, después de 1 a 4 días del eritema facial, se observa en el tronco una erupción simétrica, maculopapular con aclaramiento central, en «entramado» y a menudo pruriginosa que se desplaza en sentido periférico para abarcar brazos, glúteos y muslos (conocido como «red de araña» o «encaje»). El exantema de la segunda etapa del eritema infeccioso tiende a desvanecerse en 2 a 3 semanas, pero la erupción puede fluctuar en intensidad y reaparecer con cambios en el entorno como temperatura y exposición a luz solar durante semanas o meses. Las artralgias y artrosis rara vez se presentan en niños pero afectan comúnmente a adultos y en particular a mujeres. A veces se acompañan de exantema maculopapular sin el característico eritema facial.

Las complicaciones como artritis, anemia hemolítica, neumonitis, síndrome hemofagocítico, signos de encefalopatías y otras, suelen ser raras. Si la infección ocurre durante el embarazo, puede cursar con daño fetal y muerte. No se han reportado anomalías congénitas en RN; sin embargo, el ultrasonido y las alfafetoproteínas pueden ser útiles para determinar si existe daño fetal.^{1,2}

El diagnóstico se basa sobre todo en las características del exantema y cuadro clínico.

Se puede encontrar la presencia en suero de anticuerpos IgM e IgG específicos.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con enfermedad de Lyme y otras infecciones virales, que cursan con exantema maculopapular (sarampión, rubéola, citomegalovirus y enterovirus); de éstas, la más importante es la rubéola.

De las eruptivas bacterianas, la escarlatina se diferencia del eritema infeccioso por la ausencia de faringitis y cultivo positivo para estreptococo pyogenes.^{3,4}

La mayoría de los casos sólo precisa tratamiento sintomático. Los pacientes con anemia aplásica pueden

requerir transfusión. En pacientes con enfermedad crónica o en los inmunodeprimidos se debe considerar la aplicación intravenosa de inmunoglobulinas. En algunos casos de infecciones por parvovirus B19 en útero, se presentan *hidrops fetalis*, requiriendo transfusiones intraútero como tratamiento especializado exitoso.^{3,4}

COMENTARIO

El eritema infeccioso es una enfermedad cuyo agente causal es el parvovirus humano B19, con manifestaciones clínicas características como se muestra en este caso, siendo el diagnóstico fundamentalmente clínico.

A este paciente se le dio tratamiento sintomático con citas semanales, hasta la desaparición del cuadro. Su mamá tuvo comprobación por anticuerpos de haber padecido el eritema infeccioso y habérselo transmitido a la niña. La resolución de exantema fue a las tres semanas, sin complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes-Gómez U. Eritema infeccioso o quinta enfermedad. *Bol Clin Hosp Infant Edm Son* 2010; 27: 56-60.
2. Hurwitz. *Clinical Pediatric Dermatology*. 3^a Ed. W.B. Saunders Company 2006: 430-433.
3. Pickering LK. Red Book 2000. Report of the Committee on Infectious Diseases. 25^o Ed. American Academy of Pediatrics 2000: 423-425.
4. Anthony J. *Otras enfermedades virales*. Bologna Jean L. Dermatología. Madrid, España; Editorial Mosby 2004: 1260-1261.

Correspondencia:

Dra. María Enriqueta Morales
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires,
Delegación Cuauhtémoc,
06780 México, D. F.
Tel. 5519 6351