

EL APUNTE QUE HABIAS PERDIDO

Enfermedades Exantemáticas en la Infancia

Karina Carrillo Loza 1

1 Médico Interno de Pregrado
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Definición

Se conoce como enfermedades exantemáticas a un grupo de infecciones sistémicas, en su mayoría altamente contagiosas, que tienen como característica principal la presencia de una erupción cutánea simétrica y que se presentan con mayor frecuencia durante la edad pediátrica.

Estas enfermedades tienen características clínicas específicas que las distinguen unas de otras, pero que en etapas iniciales pueden confundirse, sobre todo las manifestaciones cutáneas.

Enfermedades Exantemáticas Específicas

- Sarampión
- Rubéola (sarampión alemán)
- Varicela (coloquialmente y mal llamada viruela pinta o viruela loca)
- Escarlatina
- Exantema súbito (roséola, sexta enfermedad)
- Eritema infeccioso (quinta enfermedad)
- Exantemas por enterovirus
- Mononucleosis infecciosa
- Dengue
 - Síndrome de choque tóxico (estreptocócico y estafilocócico)
 - Enfermedad de Kawasaki
 - Leptospirosis
 - Borreliosis
 - Roseola tifoídica (Salmonella typhi)
- Exantemas no infecciosos
 - Exantema medicamentoso
 - Alergia alimentaria

Etiología

La mayoría de las enfermedades exantemáticas son de etiología viral, las dos enfermedades exantemáticas más frecuentes en el mundo son el exantema súbito y los exantemas por enterovirus.

Epidemiología

El primer paso para elaborar un diagnóstico diferencial entre las diferentes enfermedades exantemáticas es conocer:

- Edad de adquisición
- Estacionalidad
- Predominio regional
- Mecanismo de transmisión

ENFERMEDAD	AGENTE ETIOLÓGICO
Sarampión	Virus del Sarampión
Rubéola	Virus de la Rubéola
Varicela	Virus de la Varicela-Zóster (VHH3)
Escarlatina	<i>Streptococcus pyogenes</i> (estreptococo β hemolítico del grupo A [EBHGA]) productores de toxina eritrogénica
Exantema súbito	Virus Herpes 6B (VHH6B) y ocasionalmente Virus Herpes 6A (VHH6A) o Virus Herpes 7 (VHH7)
Eritema infeccioso	Parvovirus B19 (PVB19)
Exantemas por enterovirus	Virus ECHO, Virus Coxsackie A, Virus Coxsackie B, Enterovirus 68-71
Enfermedad pie-mano-boca (EPMB)	Virus Coxsackie A10, Coxsackie A16 y Enterovirus 71
Mononucleosis infecciosa	Virus Epstein Barr (VHH4)

ENFERMEDAD	EDAD DE ADQUISICIÓN	ESTACIONALIDAD	MECANISMO DE TRANSMISIÓN
Sarampión	Pre-escolares de 1 a 4 años y escolares Actualmente se observa un desplazamiento hacia a los grupos de adolescentes y adultos jóvenes .	Finales de invierno y principios de primavera	Contacto directo
Rubéola	En México mayor incidencia en menores de 1 año y de 1-4 años. En el trópico mayor incidencia en niños mayores y adultos	Meses de primavera y verano	Vertical (congénita), contacto directo ó inhalación de aerosoles
Varicela	En México mayor incidencia en menores de 1 año y de 1-4 años. En el trópico mayor incidencia en niños mayores y adultos	Finales de invierno y principios de primavera. Más frecuente en lugares templados que tropicales	Contacto directo o inhalación de aerosoles. Menos frecuente: vertical
Escarlatina	Baja incidencia en los lactantes. Predominio de 3 a 15 años de edad	Predominio en el invierno. Mayor en países templados	Diseminación interpersonal. Secreciones de nariz, garganta y piel de los enfermos y fómites contaminados. Quirúrgica. Más frecuente en condiciones de hacinamiento.
Exantema súbito	6 a 15 meses de edad. Cuando participa el virus herpes 7: 5 a 6 años. Sólo el 25-30% de los infectados por VHH6 ó VHH7 desarrollan exantema súbito	Distribución mundial sin predominio estacional	Contacto con saliva de cuidadores sanos, congénita (rara: 1-2%), post-parto y transfusional. Ocasionalmente casos secundarios (contagio con de enfermos)
Eritema infeccioso	Más común en niños de 6 a 19 años y en edad geriátrica, pero también se encuentra e niños de 1 a 4 años de edad. Las personas en contacto con niños tienen mayor riesgo de contagio	Finales de invierno y principios de primavera. Picos epidémicos cada 3 ó 4 años. Pequeños brotes intra-familiares	Inhalación de aerosoles, transfusión sanguínea y vertical (congénita), transmisión intra-hospitalaria
Enterovirus	Niños de corta edad. Causa común de encefalitis en recién nacidos, pero no relacionado con exantema. En la enfermedad pie-mano-boca	Predominio en áreas tropicales, sin predominio estacional. En áreas templadas: fines de verano e inicios de otoño	Respiratoria, fecal-oral, a partir de fómites (objetos inanimados) y en ocasiones periparto

Tabla 2. Principales datos epidemiológicos de las enfermedades exantemáticas

ENFERMEDAD	PERIODO DE INCUBACION	PERIODO DE CONTAGIO	COMIENZO Y DURACION EXANTEMA
Sarampión	7 a 14 días	2 a 4 día pre exantema hasta 2 día después del comienzo del mismo	Inicia 3 días después de los síntomas, dura 4 a 7 días
Rubeola	14 a 21 días	7 días antes a 7 días después de la Aparicio del exantema	Dura de 1 a 4 días
Roséola infantil, exantema súbito, o 6ta enfermedad	5 a 15 días	Durante la fiebre	Aparece el 4to día al ceder fiebre. Dura de 24 a 48 hrs
Eritema infeccioso, 5ta enfermedad	4 a 28 días	Indeterminado. Antes de la aparición del exantema	Inicia con los síntomas. Dura de 2 a 21 días.
Varicela y herpes zooster	14 a 21 días	3 días antes a 5 días después de la aparición del exantema	Poco después de los síntomas hasta 2 semanas
Escarlatina	2 a 7 días	Variable	Del 2do día, dura de 4 a 10 días.

Tabla 3. Periodos de incubación, duración y contagio de las enfermedades exantemáticas

Manifestaciones y Diagnóstico Clínico

Enfermedad	Clínica	Localización	Características	Complicaciones	Laboratoriales
Sarampión	Manchas de Koplik, fiebre, coriza, tos, conjuntivitis, fotofobia, prurito escaso.	Periaruicular, cara cuello, luego tronco y extremidades .	Macula pápula parduzco rosado confluyente, graves petequial, otitis, BNM, panencefalitis	OMA, neumonía, miocarditis, encefalitis, PEES	Leucopenia, linfocitosis, virus sérico y rinofaringe. Cel Wharthin Finkelley
Rubeola	Malestar, fiebre, cefalea, artralgias, rinitis, adenopatías post auriculares y suboccipitales dolorosas.	Cara, tronco y extremidades cefalocaudal	Maculo papular leve, escarlatiforme Malformaciones Encefalitis.	Fetopatía, artritis, encefalitis, purpura trombocitopenica.	Leucopenia leve, virus sérico y rinofaringe.
Roséola infantil, exantema súbito, o 6ta enfermedad	Fiebre alta de 40 y al ceder aparece exantema, adenopatía auricular y cervical.	Tórax y abdomen, poco en cara y manos	Macular o maculopapuloso Crisis febriles.	Convulsión febril	Leucopenia con linfocitosis
Eritema infeccioso, 5ta enfermedad	Fiebre baja, artralgias, ligero malestar	Inicia en mejillas, cara, se extiende a brazos, piernas y tronco.	Maculopapuloso o reticular.	Artritis, anemia hemolítica, ecefalopatía	Linfocitosis leve y/o eosinofilia
Varicela y herpes zóster	Febrícula, cefalea, malestar general, disfagia, disnea x vesículas, dolor cráneo	Centrípeto, tronco luego cara, cuello, mucosas	Mácula, pápula, vesícula, costra.	Sobreinfección, cutáneas, respiratorias, neurológicas, inmunodeprimidos	Presencia de virus en vesículas Tzanck células multinucleadas.
Escarlatina	Odinofagia, escalofríos, fiebre, cefalea, vomito, lengua de frambuesa, triangulo de filatow.	Cara, cuello, abdomen. Puede ser en todo el cuerpo.	Eritema difuso rojo rosado, blanquea a la presión, rasposo. Glomerulonefritis.	OMA, adenitis, absceso retrofaringeo, nefritis, fiebre reumática	Granulocitosis cultivo positivo a estreptococo beta hemolítico.

Tabla 4. Principales manifestaciones clínicas y paraclínicas de las enfermedades exantemáticas

Tratamiento

No existe tratamiento específico contra el agente etiológico de ninguna de las enfermedades exantemáticas, con excepción de la escarlatina, por lo que el tratamiento debe de ir encaminado a mejorar las condiciones generales del paciente para prevenir complicaciones.

- Reposo
- Control térmico por medios físicos y/o farmacológicos (evitar salicilatos, sobretodo en varicela y los demás miembros de la familia herpesviridae)
- Dieta e hidratación adecuadas
- Evitar agregar polvos caseros secantes (polvo de haba, maicena, etc.) por el riesgo de infección secundaria de la piel (impétigo)

Prevención

La prevención de estas enfermedades está encaminada a:

- Evitar el contacto con el individuo infectado
- Establecer medidas que hacen resistente o disminuyen la susceptibilidad del individuo a la enfermedad.

ENFERMEDAD	TRATAMIENTO ESPECIFICO
Sarampión	Vitamina A • 200 000 UI en mayores de 1 año • 100 000 UI en menores de 1 año • Repetir dosis: en niños con defectos oftalmológicos
Rubeola	Ninguno
Varicela	Enviar con especialista para valorar tratamiento con aciclovir a: • Adolescentes y adultos jóvenes • Pacientes con enfermedad cutánea o pulmonar crónica • Pacientes que consuman salicilatos de manera periódica • Pacientes asmáticos u otras atopias usuarios de esteroides inhalados • Pacientes inmunodeficientes • Presentaciones graves: varicela hemorrágica, gangrenosa, etc. Nunca administrar salicilatos por riesgo de presentar Síndrome de Reye
Escarlatina	Penicilina G benzatínica o combinada • Menores de 4 años (20 kg) 600 000 UI dosis única • Mayores de 4 años (20 kg) 1 200 000 UI dosis única Eritromicina (alérgicos a la penicilina) • 40 mg/kg/día dividido en 3-4 dosis, durante 10 días
Exantema súbito	Ninguno
Eritema Infeccioso	En caso de crisis aplásicas, referir a hospital para valorar transfusión
Enterovirus	Ninguno
Mononucleosis Infecciosa	En caso de obstrucción severa de vía aérea: referir a especialista para valorar manejo con esteroide

Tabla 5. Tratamiento específico de las enfermedades exantemáticas

ENFERMEDAD	INMUNIZACIÓN	MEDIDAS GENERALES
Sarampión	VACUNA TRIPLE VIRAL (sarampión-rubéola-parotiditis) Edad de aplicación: 1 año de edad Refuerzo: 6 años de edad Epidemias: a partir de los 6 meses (sarampión sola) con un refuerzo después de los 12 meses • Trabajadores de la salud • Adultos hasta los 39 años de edad	Aislamiento de los pacientes hospitalizados Al menos de 72 horas del contacto se puede vacunar El aislamiento en la comunidad es inútil ya que los pacientes pudieron haber sido contagiados desde el periodo prodromico
Rubéola	VACUNA TRIPLE VIRAL (sarampión-rubéola-parotiditis) Edad de aplicación: 1 año de edad Refuerzo: 6 años de edad Epidemias: a partir de los 6 meses (sarampión sola) con un refuerzo después de los 12 meses • Trabajadores de la salud • Adultos hasta los 39 años de edad	Los niños con rubéola NO deberán asistir a la escuela, hasta después de 7 días de haber iniciado la erupción. Referir a la jurisdicción sanitaria correspondiente a toda mujer embarazada expuesta a la infección por rubéola o inadvertidamente vacunada durante el embarazo
Varicela	Vacuna contra varicela (no incluida en la Cartilla Nacional de Vacunación) Niños sanos mayores de 12 meses de edad.	Aislamiento de los pacientes hospitalizados con varicela Los niños con varicela NO deberán asistir a la escuela, hasta después que la última vesícula se haya convertido en costra
Escarlatina	Vacunas en fase experimental no disponibles en México	Aplicar profilaxis con penicilina benzatínica o compuesta, o eritromicina a los contactos intra-domiciliarios de un caso de escarlatina, epidemia en una institución cerrada, antecedente de fiebre reumática en un miembro de la familia o aparición de complicaciones supurativas en un caso índice
Exantema súbito	No existe	Aislamiento del paciente hospitalizado
Eritema infeccioso	No existe	Aislamiento del paciente hospitalizado Higiene de manos Ultrasonido fetal en mujeres embarazadas expuestas
Enterovirus	No existe	Aislamiento del paciente hospitalizado Higiene de manos, en particular después del cambio de pañales
Mononucleosis	No existe	Aislamiento del paciente hospitalizado Advertir al enfermo reciente que no debe donar sangre

Tabla 6. Prevención de las enfermedades exantemáticas

Referencias

1. Cruz M, Jiménez R, Bodet F, enfermedades exantemáticas Cruz M, Tratado de Pediatría, Vol. I, 8ª edición, Ergon, España, 2001.
2. Martínez Verónica R, Martínez y Martínez R, La Salud del Niño y del Adolescente, 4ª edición, Manual Moderno, México, 2001.
3. Wilkinson AR (et al.), exantematic diseases en Rudolph CD (et al.), Rudolph's Pediatrics, 21ª edición, McGraw-Hill, Estados Unidos de América, 2003.
4. Levine DA, infectious diseases (et al.), Nelson Essentials of Pediatrics, 5ª edición, Elsevier, 2006.
5. Breman JG, Henderson DA. Diagnosis and management of smallpox. N Engl J Med 2002;346(17):1300-8.
6. Habif TP. Exanthems and Drug Eruptions. In: Habif TP, ed. Clinical Dermatology. A color guide to diagnosis and therapy. 4th.ed. Philadelphia, Pennsylvania: Mosby, 2004: 457-484
7. Santos JI, Nakamura MA, Godoy MV, Kuri P, Lucas CA, Conyer RT. Measles in Mexico, 1941-2001: interruption of endemic transmission and lessons learned. J Infect Dis 2004;189 Suppl 1:S243-50.
8. American Academy of Pediatrics. Enterovirus, infecciones (no poliomielíticos). In: Pickering LK, ed. Red Book (Libro Rojo). 26 ed. México: Intersistemas, 2004: 292-293.
9. Enteroviruses: Polioviruses, Coxsackieviruses, Echoviruses, and Newer Enteroviruses. In: Knipe DM, Howley PM, Griffin DE, et al., eds. Fields Virology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
10. Shulman ST, Tanz RR. Streptococcus pyogenes (Group A Streptococcus). In:
11. Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. Long: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. Second ed. New York: Churchill Livingstone, 2003: 116-119.
13. NOM-036-SSA2-2002. Prevención y control de enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.