



Viernes 20 de octubre de 2006

**Seminario:
"Exantemas en la infancia"**

Moderadora:

Ana Isabel Díaz Cirujano
Pediatra, CS Rosa de Luxemburgo,
San Sebastián de los Reyes, Madrid.

■ **Exantemas en la infancia**

Jesús Ruíz Contreras

Pediatra, Hospital Universitario
12 de Octubre. Profesor Asociado,
Universidad Complutense, Madrid.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Díaz Cirujano AI. Diagnóstico diferencial de los exantemas. Introducción. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 313-15.



Diagnóstico diferencial de los exantemas. Introducción

Ana Isabel Díaz Cirujano

Pediatra, CS Rosa de Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

aidiaz.gapm05@salud.madrid.org

RESUMEN

El objetivo de este seminario es aumentar la capacidad de diagnóstico de las enfermedades exantemáticas pediátricas en una consulta de pediatría en Atención Primaria. Para ello utilizaremos un método interactivo participativo con el fin de dotar a los asistentes de conocimientos para incrementar la capacidad de diagnóstico diferencial. Nos interesan especialmente: la escarlatina, la enfermedad de Kawasaki, la meningococemia, la enfermedad y el síndrome de Gianotti-Crostti, los exantemas por enterovirus (enfermedad mano-pie-boca...), el megaloeritema infeccioso y las "nuevas" enfermedades emergentes: sarampión, sífilis y rubeola.

INTRODUCCIÓN

El exantema es una erupción cutánea asociada a una enfermedad sistémica o general, habitualmente de causa infecciosa. En el niño son numerosas las enfermedades que cursan con exantema; algunas de ellas de causa todavía desconocida y sin un tratamiento efectivo, y otras que se acompañan de fiebre en algún momento de su presentación, lo cual ocasiona alarma familiar y es, en muchas ocasiones, el principal motivo de consulta.

En sentido estricto, el término exantema no corresponde a una lesión elemental, que, como sabemos, son: mácula, pápula, placa, nódulos, tumor, vesícula, ampolla, pústula, habón y quiste.

La piel es un elemento fácilmente accesible para su exploración pero con una capacidad limitada de respuesta, lo cual conlleva que los exantemas tengan una presentación cambiante; no son patognómicas de una única enfermedad, y, por tanto, sólo constituyen un signo clínico que nos

puede ayudar a diagnosticar la enfermedad. Además, las pruebas complementarias suelen ser de poca utilidad en la fase aguda del proceso y nos sirven fundamentalmente a posteriori para corroborar nuestra sospecha diagnóstica.

El primer paso en el diagnóstico será establecer si el proceso es o no infeccioso. La fiebre es el dato fundamental; su ausencia constituye en todo momento de la evolución del exantema un dato para dudar de la etiología infecciosa de éste, aunque no la excluye totalmente.

Por tanto, para realizar un aproximación diagnóstica debemos realizar, como siempre, una adecuada anamnesis que nos ayude a establecer una orientación diagnóstica y un tratamiento.

En la historia clínica debemos recoger los siguientes puntos:

1. Edad.
2. Datos epidemiológicos: incidencia estacional, noción de exposición o epidemiología local.
3. Exposición al sol, picaduras, estancia en áreas rurales, viajes al extranjero, ingesta de fármacos.
4. Antecedentes de enfermedades pasadas: valvulopatías...
5. Calendario vacunal.
6. Estado inmunológico del paciente.
7. Prácticas de riesgo en la adolescencia para posibles enfermedades de transmisión sexual.

8. Período de incubación.
9. Características de la fiebre: cronología con el exantema.
10. Características del exantema: progresión, evolución temporal, relación con la administración de vacunas o fármacos, distribución del exantema: centrípeta o centrífuga.
11. Asociación con enantema.
12. Síntomas asociados.

La exploración física será, asimismo, lo más completa posible recogiendo las constantes vitales, el tipo y la distribución del exantema, la afectación del estado general, la afectación de mucosas (conjuntival, faríngea, bucal, genital), la existencia de adenopatías (tamaño, localización, signos inflamatorios), de edema, descamación y/o picor y una completa exploración por aparatos (respiratorio, cardiovascular, sistema nervioso, movilidad articular y masas o visceromegalias abdominales).

Para seguir una sistemática docente hemos estructurado el contenido del seminario según el siguiente esquema, atendiendo a una clasificación morfológica o de predominio de las lesiones:

- Exantemas maculopapulosos.
- Exantemas escarlatiniformes.
- Exantemas papulovesiculosos.
- Exantemas petequiales o purpúricos.
- Exantemas urticariales.
- Exantemas tipo eritema multiforme.

Bibliografía

1. Ortiz Romero PL, Iglesias Díez L. Principios de diagnóstico en Dermatología. En: Iglesias Díez L, Guerra Tapia A, Ortiz Romero PL. Tratado de dermatología. 1 ed. Madrid: Luzán; 1994. p.15-29.
2. Scarpellini A, López López A. Enfermedades exantemáticas. En: Pautas diagnósticas y terapéuticas en Pediatría. Madrid: A. Nogales y M. Marín; 1991. p.393-401.
3. Martínez Roig A, Drobnic L. Enfermedades exantemáticas que cursan con fiebre. Madrid: Ergón; 2006.
4. Weinberg S, Prose NS. Color Atlas of Pediatric Dermatology. 2 ed. New York: MacGraw-Hill; 1990.
5. Weston WL, Lane AT. Manual en color de dermatología pediátrica. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1994.
6. Hart CA, Broadhead RL. Atlas en color de enfermedades infecciosas pediátricas. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1994.



Viernes 20 de octubre de 2006

**Seminario:
"Exantemas en la infancia"**

Moderadora:

Ana Isabel Díaz Cirujano

Pediatra, CS Rosa de Luxemburgo,

San Sebastián de los Reyes, Madrid.

■ **Exantemas en la infancia**

Jesús Ruiz Contreras

Pediatra, Hospital Universitario

12 de Octubre. Profesor Asociado,

Universidad Complutense de Madrid.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Ruiz Contreras J. Exantemas en la infancia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 317-24.



Exantemas en la infancia

Jesús Ruiz Contreras

Pediatra, Hospital Universitario 12 de Octubre.

Profesor Asociado, Universidad Complutense de Madrid.

jruizc.hdoc@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN

Los exantemas son más frecuentes en la infancia que en ninguna otra época de la vida. En la mayoría de las ocasiones se deben a infecciones virales autolimitadas, pero algunas veces son la manifestación de una enfermedad grave. Aunque no exista una regla general, los exantemas que se deben a enfermedades graves que requieren una atención inmediata suelen cursar con fiebre. La exploración de este signo es, por tanto, el primer paso en un niño que padece una erupción.

Otras enfermedades que cursan con fiebre y exantema y que requieren atención urgente o rápida son: la enfermedad de Kawasaki, el síndrome de shock tóxico estreptocócico o estafilocócico, las reacciones medicamentosas y el síndrome de Stevens-Johnson.

ETIOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En las tablas I, II, III y IV se exponen las causas de los diferentes exantemas según su morfología.

La historia clínica detallada es fundamental para hacer el diagnóstico. Deben recogerse antecedentes como la toma de fármacos (exantemas medicamentosos, síndrome de Stevens-Johnson), excursiones al campo durante los meses de primavera o verano (fiebre botonosa) y la existencia de contacto con personas enfermas (sarampión, rubéola, infecciones meningocócicas). El antecedente de artralgias en un niño con exantema, sobre todo si tiene un componente petequeal, debe hacer pensar en una infección meningocócica.

Tabla I. Etiología de los exantemas maculosos y maculopapulosos en la infancia (continúa...)

Agente casual o enfermedad	Características	Comentarios
Virus		
Enterovirus	Exantemas maculosos o maculopapulosos, que pueden afectar a palmas y plantas. Casi siempre se acompañan de fiebre (los enterovirus son la causa más frecuente de fiebre sin foco en lactantes) La asociación con meningitis orienta a esta etiología ya que los enterovirus son la causa más frecuente de meningitis aséptica (entre un 50 y un 80%; la pleocitosis en LCR puede ser polimorfonuclear al inicio del cuadro)	Son más frecuentes por debajo de los 2 años de edad, aunque también afectan a niños mayores y adultos. Cuanto menor es la edad del niño, mayor es la probabilidad de que aparezca exantema Diagnóstico: cultivo viral o reacción de la polimerasa en cadena
Herpes virus hominis tipo 6	Exantema súbito (2-4 días de fiebre alta y exantema generalizado maculoso rosado de pequeños elementos). Con frecuencia existe enrojecimiento timpánico. Síndromes mononucleósicos con exantemas (menos frecuente). Ocasionalmente exantemas sin fiebre	Ocurre, sobre todo, en lactantes menores de 2 años de edad, especialmente entre los 6 y los 12 meses. Diagnóstico: serología o PCR. Fiebre sin foco (un 10-15% de los casos de FSF en la urgencia se deben a HHV6)
Herpesvirus hominis tipo 7	Exantema súbito y fiebre más exantema	Ocurren en edades un poco más altas que las infecciones por HHV-6. Serología o PCR
Adenovirus	Exantemas maculopapulosos con fiebre Síntomas respiratorios como faringitis que puede ser exudativa (los adenovirus son la causa más frecuente de faringitis exudativa en niños menores de 4 años), tos (a veces pertusoide) y conjuntivitis. Puede confundirse con sarampión	Afecta, sobre todo, a niños menores de 4 años En sangre periférica puede haber leucocitosis con neutrofilia e incluso desviación izquierda moderada También se encuentran a veces aumentos moderados de VSG y proteína C reactiva. Diagnóstico: cultivo viral
Sarampión	Fiebre alta, exantema maculopapuloso generalizado y síntomas respiratorios (tos, afonía, conjuntivitis). Las manchas de Koplick son patognomónicas. Sospechar en cualquier niño o adulto con fiebre, exantema y síntomas respiratorios	Se han producido cambios en la epidemiología de esta enfermedad. En el brote de Madrid de 2006, la mitad de los casos ha ocurrido en adultos de 20-40 años. También se han producido casos en niños de 6-12 meses. Diagnóstico: serología
Rubéola	Exantema generalizado macular rosado con linfadenopatía, sobre todo occipital, retroauricular y cervical posterior	En el brote de 2005 de la CAM, la incidencia máxima de la enfermedad ocurrió entre los 20 y los 30 años. Diagnóstico: serología
Parvovirus B19	Megaloeritema o eritema infeccioso. Exantemas parecidos a la rubéola y el sarampión	Diagnóstico: serología
Virus de Epstein-Barr	Exantemas maculopapulares que aparecen tras la administración de amoxicilina	Diagnóstico: serología
Dengue	Exantema maculoso o maculopapuloso, a menudo confluyente con pequeños islotes de piel normal; a los dos o tres días puede descamar. A veces, hay petequias y púrpura. Son muy característicos el dolor retroorbitario, la cefalea y las artromialgias intensas. Otros signos: rubeosis facial, inyección conjuntival y faringitis	Es una enfermedad endémica del sur y sudeste asiático, África, Sudamérica y Centroamérica, y debiera sospecharse en inmigrantes o personas que han viajado a esas zonas. Si la persona ha abandonado la zona endémica hace más de 14 días, puede descartarse esta enfermedad que tiene un período de incubación de 4-7 días. Diagnóstico: serología

Tabla I. Etiología de los exanemas maculosos y maculopapulosos en la infancia

Agente casual o enfermedad	Características	Comentarios
Bacterias		
Meningococo	Además de exanemas petequiales y purpúricos, el meningococo puede producir exanemas maculosos	Considerar siempre circunstancias epidemiológicas como estación del meningococo (noviembre-marzo), existencia de contactos, etc.
Mycoplasma pneumoniae	Este agente puede producir cualquier tipo de exantema: maculoso, maculopapuloso, vesiculoso, urticarial, eritema exudativo multiforme y otros. Manifestaciones respiratorias de vías altas o bajas	Son más frecuentes en escolares o adolescentes. Diagnóstico: serología
Rickettsia conorii	El exantema aparece, sobre todo, en extremidades, afecta a palmas y plantas, y es elevado (botonoso), por lo que se palpa fácilmente, y eritematoso	En un 70% de los casos aparece la mordedura de la garrapata como una pápula con vesiculación central, o como una costra (mancha negra) cuando está más evolucionada. Diagnóstico: serología
Otras causas		
Enfermedad de Kawasaki	Cuadro clínico: fiebre; inyección conjuntival; enrojecimiento de la mucosa bucal y faringe o labios rojos y fisurados; exantema generalizado polimorfo (morbilliforme, maculopapular; o escarlatiniforme; cambios distales de las extremidades (enrojecimiento e induración de palmas y plantas y descamación que comienza en la zona periungueal de dedos; y linfadenopatía aguda mayor de 1,5 cm. A veces, hay un rash escarlatiniforme en la zona del periné (signo de Fink) que descama más precozmente que la zona periungueal. Otros síntomas: irritabilidad llamativa, taquicardia desproporcionada para la fiebre, piuria estéril, meatitis y meningitis aséptica	Diagnóstico: clínico por la presencia de fiebre de más de cinco días de duración más cuatro de los criterios clínicos anteriores. Casi todos los niños tienen en el momento agudo leucocitosis con neutrofilia y VSG > 75 mm, mientras que la trombocitosis suele aparecer en la segunda semana. Hasta un 10-15% de los niños, sobre todo los lactantes más pequeños, tiene formas con manifestaciones incompletas que no cumplen todos los criterios diagnósticos. Los síntomas y signos más frecuentes en estos niños son la fiebre de más de cinco días (97%) y el exantema (82%). La frecuencia de otras manifestaciones clínicas es mucho más baja
Artritis reumatoide de comienzo sistémico (enfermedad de Still)	Exantema maculopapuloso, eritematoso, tenue, difícil de ver; evanescente que se intensifica con fiebre y desaparece cuando lo hace aquélla. Hepatoesplenomegalia, adenopatías, poliserositis	Diagnóstico por las manifestaciones clínicas y los hallazgos analíticos (leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis y VSG elevada)
Reacciones medicamentosas	Pueden cursar con cualquier tipo de exantema aunque en el 95% de los casos es un exantema eritematoso, maculopapular; que suele comenzar en el tronco y después se disemina de forma simétrica a las extremidades. Las lesiones son morbilliformes, rubeoliformes o escarlatiniformes. El aspecto polimorfo y confluyente de las lesiones y el prurito, cuando existe, orientan al diagnóstico. La fiebre no suele ser muy alta. En ocasiones, hay eosinofilia en sangre periférica...	La reacción suele aparecer a los 7-14 días de iniciar la toma del fármaco pero también puede ocurrir unos pocos días después de suspenderlo. A veces, la reacción medicamentosa supone un peligro para la vida del paciente, como sucede, por ejemplo, en los exanemas que cursan con fiebre alta tras iniciar tratamiento con el antirretroviral abacavir; o en el síndrome de Stevens-Johnson o necrolisis epidérmica tóxica asociada a fármacos. En estos casos, la retirada del fármaco debe ser inmediata. Diagnóstico: por la clínica y la historia de exposición al fármaco

Tabla II. Exantemas petequiales y purpúricos

Agente casual o enfermedad	Características	Comentarios
Meningococo	La enfermedad se manifiesta, con mucha frecuencia, con fiebre y exantema, que en el 50% de los casos es petequeal, pero que puede ser maculoso o maculopapuloso	La localización de las petequias por debajo de la línea intermamilar aumenta el riesgo de infección meningocócica. Las artralgias intensas, que aparecen hasta en un 10-25% de los pacientes con infección meningocócica, son una pista importante. La mayoría de las infecciones meningocócicas ocurre en los meses de noviembre, diciembre, enero, febrero y marzo. Es necesario observar, durante 4-6 horas, a todos los lactantes con fiebre y exantemas maculosos de pocas horas de evolución. Diagnóstico: aislamiento de la bacteria en sangre, LCR u otros sitios estériles
Enterovirus (Echo y coxsackie)	Los enterovirus, sobre todo los echovirus, producen exantemas petequiales y purpúricos que pueden ser indistinguibles de los de la sepsis meningocócica	Más frecuentes en verano y otoño, aunque también se producen en meses de la estación meningocócica
Parvovirus B19	Síndrome papular purpúrico en guantes y calcetines (edema simétrico, doloroso y eritematoso, que se localiza en manos y pies y que evoluciona hacia pápulas purpúricas y petequiales)	A veces hay manifestaciones sistémicas como artralgias, mialgias, linfadenopatía, anorexia y cansancio. En sangre pueden verse leucopenia y trombocitopenia
Púrpura de Schönlein-Henoch	Exantema purpúrico en extremidades inferiores. Artralgias, dolor abdominal. A veces hematuria microscópica	El diagnóstico se hace por la clínica y mediante biopsia de las lesiones (vasculitis leucocitoclástica)
Edema hemorrágico del lactante	Edema eritematoso y lesiones purpúricas en extremidades, mentón, región malar y pabellones auriculares. No afectación de tronco. Diarrea sanguinolenta y hematuria microscópica en un 25-30% de los casos	Afecta a niños de 4 meses a 2 años y muchos autores consideran que es la misma entidad que la púrpura de Schönlein-Henoch
Reacciones medicamentosas	No es infrecuente que exista un componente purpúrico o petequeal en los exantemas medicamentosos	

La edad es otro factor que hay que tener en cuenta. La mayoría de los exantemas en niños menores de 4 años se debe a infecciones por enterovirus, adenovirus o herpesvirus 6 y 7. Sin embargo, la prevalencia de enfermedad meningocócica también es mayor por debajo de los 2 años de edad que en cualquier otra época de la vida. Las infecciones por parvovirus y la escarlatina ocurren, sobre todo, en niños escolares, mientras que las infecciones por *Mycoplasma pneumoniae* lo hacen en escolares y adolescentes.

La exploración física debe ser minuciosa. La costra o "mancha negra" de la picadura de la garrapata orienta a la fiebre botonosa, pero, a veces, se encuentra en el cuero cabelludo, lo que dificulta su localización. La presencia de síntomas respiratorios más exantema orienta hacia adenovirus, sarampión, *Mycoplasma pneumoniae* y virus de Epstein-Barr.

La existencia de afectación de varias mucosas (conjuntivitis, mucosa oral) más exantema y fiebre debe

Tabla III. Exantemas que cursan con eritrodermia difusa

Agente casual o enfermedad	Características	Comentarios
Estreptococo del grupo A	Escarlatina: fiebre alta, escalofríos, dolor faríngeo, cefalea, malestar y dolor abdominal. Faringitis exudativa o no, con lengua "en frambuesa" y, a veces, petequias en el paladar. El exantema típico es rojo, punteado fino, que en ocasiones "se palpa más que se ve", como carne de gallina o papel de lija, como un eritema por quemadura solar. Son típicas la palidez circumoral y la intensificación en pliegues, como en la fosa antecubital, donde aparece como líneas transversales purpúricas (signo de Pastia). Unos siete días después del comienzo, se inicia la descamación. Infecciones invasoras (miositis, fascitis necrotizante, bacteriemia, sepsis, shock tóxico estreptocócico). En el niño, casi siempre ocurren en el contexto de varicela y debieran sospecharse cuando persiste fiebre alta después de 48 horas del comienzo del exantema variceloso o cuando después de haber desaparecido la fiebre reaparece. El shock tóxico estreptocócico se caracteriza por un rash escarlatiniforme, eritema y edema de las palmas y plantas, enrojecimiento de la mucosa oral con lengua en frambuesa e inyección conjuntival. Siempre hay hipotensión o hipotensión ortostática. Otros signos o síntomas son: fiebre, vómitos, diarrea, cefalea, faringitis, mialgias e hipotensión. El cuadro progresa rápidamente a shock con fallo multiorgánico	Ocurre, sobre todo, en niños escolares. En la actualidad, son mucho más frecuentes formas incompletas de escarlatina que se manifiestan con exantemas "en esclavina" que se localizan en cuello, hombros y parte superior de tórax y axilas; es muy rara la descamación. Diagnóstico: cultivo faríngeo y aumento de los títulos de anticuerpos (ASLO y anti-DNAasa B). A veces, en las infecciones invasoras estreptocócicas aparece un rash escarlatiniforme que ayuda al diagnóstico. Diagnóstico: aislamiento del estreptococo del grupo A de sangre o de los tejidos infectados. Cuando se asocia a varicela, suele aislarse el estreptococo del grupo A en sangre, pero esto es menos frecuente en otras formas de la enfermedad ya que se debe a la producción de exotoxinas pirogénicas que pueden ser vertidas a la sangre desde cualquier foco de infección. Diagnóstico: se realiza por criterios clínicos; la etiología se demuestra por aislamiento del estreptococo del grupo A del hemocultivo o de otras fuentes de infección
Staphylococcus aureus	Shock tóxico estafilocócico (clínica similar al shock tóxico estreptocócico). Escarlatina estafilocócica. Síndrome de piel escaldada	Muy raramente se encuentra <i>S. aureus</i> en el hemocultivo. La bacteria se encuentra en heridas o es un colonizador que produce la toxina de shock tóxico I. Diagnóstico: por criterios clínicos

plantear los siguientes diagnósticos diferenciales: adenovirus, sarampión, infecciones por *Mycoplasma pneumoniae*, enfermedad de Kawasaki, síndrome de shock tóxico y síndrome de Stevens-Johnson.

La irritabilidad inexplicada se ve en la enfermedad de Kawasaki y en la artritis reumatoide de comienzo sistémico o enfermedad de Still.

ENFOQUE DEL NIÑO CON EXANTEMA

El paso inicial debe ser distinguir los casos que pueden ser graves y requerir una atención urgente, como las infecciones meningocócicas, enfermedad de Kawasaki,

síndrome de shock tóxico y síndrome de Stevens-Johnson, de aquellos que son enfermedades benignas y autolimitadas. En general, son pocos los exantemas que se deben a una enfermedad grave si no hay, además, fiebre. Por tanto, la fiebre constituye un signo de alerta, aunque la mayoría de los exantemas febriles serán enfermedades virales.

El estado general del niño es quizás el parámetro que mejor define la gravedad de un cuadro. Se ha demostrado que en los casos de infección meningocócica, los signos más precoces, más allá de los síntomas inespecíficos como fiebre o anorexia, son el dolor en extremidades, pies y manos fríos y color anormal de la piel.

Tabla IV. Otros exantemas

Agente casual o enfermedad	Características	Comentarios
Eritema multiforme y síndrome de Stevens-Johnson. Causas: Infecciones: herpes simples 1 y 2, Mycoplasma pneumoniae y otros virus y bacterias Antibióticos: penicilina, sulfonamidas, isoniazida y tetraciclina Anticonvulsivos: hidantoína, fenobarbital, carbamacepina Otros fármacos: antiinflamatorios no esteroideos, captopril, etopósido	Eritema multiforme menor: brotes de lesiones simétricas de diversa morfología, a veces "en diana", que se localizan en superficies extensoras de extremidades, afectan a palmas y plantas, pero respetan relativamente las mucosas y el tronco. Síndrome de Stevens-Johnson o eritema multiforme mayor: afectación de piel y mucosas con síntomas sistémicos como fiebre, malestar y escalofríos. Lesiones cutáneas eritematosas con bullas o vesículas que se rompen y dejan área de piel desnuda. Conjuntivitis, uveítis y lesiones ampollas orales y labiales	Diagnóstico: por la clínica, historia (antecedentes de toma de fármacos) y biopsia cutánea
Pustulosis exantemática aguda generalizada	Es una reacción medicamentosa que se caracteriza por eritema difuso, con pústulas puntiformes y pápulo-pústulas eritematosas que se localizan sobre todo en extremidades	La exposición al fármaco es una pista importante
Pseudoangiomatosis eruptiva	Pequeñas pápulas, de 1-4 mm, con un punto central vascular rodeado por un halo avascular. Las lesiones blanquean la presión y son transitorias	En algunas ocasiones, se asocia a infección por enterovirus, pero la mayoría de las veces se desconoce su etiología
Exantema torácico unilateral o exantema periflexural asimétrico de la infancia (etiología desconocida)	Es una erupción que comienza en las axilas o el cuello y que se disemina manteniendo un predominio unilateral en el tórax, aunque puede pasar al otro lado. Las lesiones son escarlatiniformes o ecematosas. A veces las lesiones aparecen cerca del pliegue inguinal. Hasta un 40% de los niños con esta erupción tiene fiebre, conjuntivitis, rinofaringitis o diarrea	Aparece, sobre todo, en lactantes y niños menores de 6 años. Las lesiones duran de 3 a 6 semanas
Pitiriasis rosada	Afecta, sobre todo, a niños mayores y adultos. Máculas y pápulas, ovales, color salmón, que pueden ser confluentes. La erupción se precede de una placa más grande (placa heraldo) una semana antes o más. Las placas ovales están cubiertas por una epidermis finamente arrugada y seca que se descama. Las lesiones se diseminan rápidamente y desaparecen en 2-6 semanas. Puede haber prurito	Se ha postulado una etiología vírica, debida a la existencia de unos pródrómos compatibles con infección viral. Algunos casos se han relacionado con infección por herpesvirus 6 y 7, pero en la mayoría de los casos la etiología es desconocida
Síndrome de Gianotti-Crosti y síndromes papulovesiculares asociados	Pápulas eritematosas, monomórficas, a veces pápulo-vesículas, en mejillas, nalgas y superficies extensoras de extremidades, respetando el tronco. Desaparece en 2-3 semanas, aunque puede durar hasta 8 semanas	Se asocia a hepatitis B, citomegalovirus, Epstein-Barr; Coxsackie, parainfluenza y gripe
Síndrome boca-mano-pie	Lesiones ulceradas que aparecen en cualquier zona de la cavidad oral, sobre todo en lengua, paladar duro y mucosa bucal. Poco después de las lesiones orales, aparece un exantema de máculas de 2-8 mm de diámetro que progresan a un estado vesicular; con formación de una vesícula gris en el centro, rodeada de halo eritematoso. Las lesiones aparecen en los laterales de los dedos y la superficie dorsal de manos y pies. Desaparecen en 5-10 días	Producido por virus Coxsackie, sobre todo Coxsackie A 16

Las características del exantema (tablas I, II, III y IV) pueden, también, aportar información sobre la gravedad de la enfermedad. Cualquier exantema petequeal o purpúrico es un signo de alerta que requiere una atención urgente y una evaluación analítica para descartar una infección meningocócica. Solamente cuando las petequias son puntiformes y están por encima de la línea intermamilar y el niño está afebril puede prescindirse de las pruebas de laboratorio.

Otra información que hay que obtener es el tiempo de evolución. No es probable que un niño con fiebre y exantema de varios días de duración padezca una enfermedad que amenace su vida de manera inmediata, mientras que un exantema maculoso o maculopapuloso de pocas horas de evolución puede ser la manifestación de una infección meningocócica. En estos casos, los reactantes de fase aguda pueden no ser útiles en el diagnóstico por no haber tenido tiempo de elevarse. Se ha estimado que solamente el 51% de los niños con infección menin-

gocócica es enviado al hospital por sospecha de la enfermedad. El mismo trabajo demuestra que es prácticamente imposible excluir la enfermedad meningocócica en las 4-6 primeras horas debido a la inespecificidad de los síntomas. Por ello, es aconsejable mantener a estos niños en observación durante unas horas para ver la evolución de su enfermedad. El recuento leucocitario puede ser normal en las infecciones meningocócicas; otras veces hay leucopenia con linfocitosis, lo que lleva al diagnóstico erróneo de viriasis.

Siempre hay que indagar sobre la toma previa de fármacos en las dos semanas previas. Dependiendo de la vida media del fármaco, un exantema medicamentoso puede aparecer varios días después de que haya sido suspendido.

En algunos casos, como en los exantemas por abacavir, el fármaco debe suspenderse inmediatamente, toda vez que su continuación pone en peligro la vida del paciente.

Bibliografía recomendada

- Ayusawa M, Sonobe T, Uemura S, Ogawa S, Nakamura Y, Kiyosaba N, et al. Revision of diagnostic guidelines for Kawasaki disease (the 5th revised edition). *Pediatr Int*. 2005;47:232-4.
- Baker RC, Seguin JH, Leslie N, Gilchrist MRJ, Myers MG. Fever and petechiae in children. *Pediatrics*. 1989;84:1051-5.
- Curtis N. Invasive group A streptococcal infection. *Curr Opin Infect Dis*. 1996;9:191-202.
- Dagan R, Menegus MA. Nonpolio enteroviruses and the febrile infant. En Rotbart HA, editor: *Human enterovirus infection*. Washington: American Society for Microbiology; 1995. p. 239-54.
- Davidkin I, Valle M, Peltola H, Hovi T, Paunio M, Roivainen M, et al. Etiology of measles- and rubella-like illnesses in measles, mumps, and rubella-vaccinated children. *J Infect Dis*. 1998;178:1567-70.
- Frieden IJ, Resnick SD. Childhood exanthems. Old and new. *Pediatr Clin North Am* 1991;38:859-87.
- Granier S, Owen P, Pill R, Jacobson L. Recognising meningococcal disease in Primary Care: qualitative study of how general practitioners process clinical and contextual information. *BMJ*. 1998;316:276-9.
- Hall CB, Long CE, Schnabel KC, Caserta MT, McIntyre KM, Costanzo MA, et al. Human herpesvirus-6 infection in children. A prospective study of complications and reactivation. *N Engl J Med*. 1994;331:432-8.
- Inkelis SH, O'Leary D, Wang VJ, Malley R, Nicholson MK, Kupperman N. Extremity pain and refusal to walk in children with invasive meningococcal disease. *Pediatrics*. 2002 Jul;110(1 Pt 1):e3. [Fecha de consulta 31/06/2006]. Disponible en www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/1/e3
- Mandl KD, Stack AM, Fleisher GR. Incidence of bacteremia in infants and children with fever and petechiae. *J Pediatr*. 1997;131:398-404.
- Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, Gewitz MH, Tani LY, Burns JC, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the committee on rheumatic fever, endocarditis, and Kawasaki disease, council on cardiovascular disease in the young, American Heart Association. *Pediatrics*. 2004;114:1708-33.
- Ramsay M, Reacher M, O'Flynn C, Buttery R, Hadden F, Cohen B, et al. Causes of morbilliform rash in a highly immunised English population. *Arch Dis Child*. 2002;87:202-6.
- Salzman MB, Rubin LG. Meningococemia. *Infect Dis Clin North Am*. 1996;10:709-25.
- Scott LA, Stone MS. Viral exanthems. *Dermatology Online Journal* 9(3):4. [Fecha de consulta 31/06/2006]. Disponible en <http://dermatology.cdlib.org/93/reviews/viral/scott.html>
- Thompson MJ, Ninis N, Perera R, Mayon-White R, Philips C,

- Bailey L, et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. *Lancet*. 2006;367:397-403.
- Granier S, Owen P, Stott NC. Recognizing meningococcal disease: the case for further research in primary care. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1167-71.
 - Wells LC, Smith JC, Weston VC, Collier J, Rutter N. The child with a non-blanching rash: how likely is meningococcal disease? *Arch Dis Child*. 2001;85:218-22.