

# Exantemas virales

J. Pellegrini Belinchón\*, G. García Ron\*\*

\*Centro de Salud de Pizarrales. Salamanca

\*\*Centro de Salud La Rivota. Alcorcón. Madrid



## Resumen

El exantema se puede definir como una erupción cutánea y se designa y clasifica por sus características morfológicas y evolutivas. Es un signo que constituye un motivo frecuente de alarma y, por lo tanto, de consulta en Pediatría de Atención Primaria.

Los exantemas, en muchos casos, son clínicamente indistinguibles y serán los signos y síntomas acompañantes, asociados a las características de la erupción cutánea, y una adecuada historia clínica con anamnesis detallada, los factores que determinen la sospecha de la etiología de la enfermedad vírica exantemática. En otras ocasiones, el mismo exantema es tan característico que puede llevar a un diagnóstico de seguridad con la observación de la piel.

Dada la limitación de espacio, no es posible tratar de forma exhaustiva toda la variedad de exantemas que pueden presentar los niños; por lo tanto, la finalidad de este artículo sobre enfermedades exantemáticas producidas por virus en la infancia es proporcionar al pediatra una metodología útil para poder enfocar de forma práctica una sospecha diagnóstica ante un niño que presenta un exantema.

## Abstract

*Exanthema can be defined as a skin eruption and it is designated and classified according to its morphological and evolutionary characteristics. It is frequently an alarming sign and therefore a reason for consultation in Primary Care paediatrics.*

*Rashes, in many cases, are clinically indistinguishable and the accompanying signs and symptoms, associated with the characteristics of the skin rash, along with an adequate detailed clinical history, will be the factors to determine the suspicion of the etiology of the viral skin disease. On other occasions, the same rash is so characteristic that simple observation of the skin can lead to a reliable diagnosis.*

*Due to the word limit, it is not possible to exhaustively describe all the variety of exanthemas that can present in childhood. Therefore, the purpose of this article on exanthematic diseases caused by viruses in childhood is to provide the paediatrician with a useful methodology to approach a diagnostic suspicion in a practical way when faced with a child who presents a rash.*

**Palabras clave:** Exantema; Erupción; Enfermedad exantemática; Diagnóstico diferencial; Virus.

**Key words:** Exanthema; Rash; Exanthematic diseases; Differential diagnosis; Virus.

## OBJETIVOS

- Conocer las enfermedades exantemáticas de origen vírico en la edad infanto-juvenil.
- Aprender a diferenciar los exantemas según su morfología y evolución.
- Establecer criterios de sospecha para realizar un diagnóstico clínico de las enfermedades exantemáticas causadas por virus.
- Desarrollar la capacidad para integrar las características del exantema vírico con los antecedentes epidemiológicos, empleando una anamnesis detallada, los signos y síntomas clínicos y los hallazgos exploratorios para realizar un diagnóstico diferencial.

## Introducción

**La piel, como órgano más extenso del cuerpo humano, se caracteriza por su visibilidad y una gran capacidad de reacción ante estímulos locales o generales, lo que en muchos casos puede facilitar el abordaje diagnóstico.**

La piel, como órgano más extenso del cuerpo humano, se caracteriza por su visibilidad y una gran capacidad de reacción ante estímulos locales o generales, lo que en muchos casos puede facilitar el diagnóstico o abordaje de enfermedades, tanto infecciosas como de otra etiología, en las que se ve involucrada<sup>(1)</sup>.

El exantema, que se define en el diccionario terminológico de ciencias médicas, como una erupción cutánea, se designa y clasifica por sus características morfológicas y evolutivas. Es un signo que constituye un motivo frecuente de alarma y, por lo tanto, de consulta en Pediatría de Atención Primaria.

Aunque no se conocen todos los mecanismos capaces de producir las lesiones cutáneas, se aceptan distintos procesos desencadenantes, como el daño directo por los organismos patógenos (virus o bacterias), por sus toxinas o por la respuesta inmune del organismo al agente agresor. Así, hay casos en que es posible detectar el virus en la piel o en

las lesiones, como en el caso de la varicela, o bien los anticuerpos circulantes son los causantes del exantema y no es posible detectar el virus o bacteria en la piel, como sería el caso de la escarlatina. Se conocen numerosos agentes infecciosos, toxinas, medicamentos o enfermedades inflamatorias como responsables de exantemas en la infancia<sup>(2,3)</sup>.

El presente artículo trata de enfermedades víricas que producen exantemas. Estos, en muchos casos, son clínicamente indistinguibles con la mera visualización y serán los signos y síntomas acompañantes, asociados a las características de la erupción cutánea, los que determinen la sospecha de la etiología de la enfermedad exantemática. Otras veces, por el contrario, el examen de la piel es tan característico que pueden llevar a un diagnóstico clínico cabal con la observación de la piel, como en el caso de la varicela o el herpes zóster, las manchas de Koplik en el sarampión (patognomónicas) o la presencia de la mancha heráldica en una pitiriasis rosada.

Desde un punto de vista práctico, el pediatra que ve a un niño con un exantema deberá valorar, en primer lugar, si se trata de una enfermedad grave que requiere una atención urgente o si puede esperar y establecer el diagnóstico clínico de sospecha o etiológico cuando el cuadro lo requiera. Es importante recordar que los exantemas, en muchas ocasiones, proporcionan información relevante acerca de la enfermedad causal, si se realiza una historia clínica y una exploración física detallada<sup>(3)</sup>.

El hecho de que en la edad infantil se dan con más frecuencia enfermedades exantemáticas de origen infeccioso, probablemente se deba a factores de exposición. No se puede decir que haya una predisposición infantil, sino que los virus implicados son ubicuos y, a su vez, confieren inmunidad permanente, por lo que es difícil llegar a la edad adulta sin haber tenido contacto con estos virus; si bien, en las últimas décadas, con los avances científicos en vacunas, técnicas diagnósticas o tratamientos específicos, se ha modificado la epidemiología de varias de estas enfermedades, así como su morbilidad y mortalidad. También, han permitido identificar nuevos agentes relacionados con enfermedades exantemáticas que hasta ahora eran de etiología desconocida<sup>(2-5)</sup>.

**Tabla I. Lesiones elementales**

<i>Lesión</i>	<i>Descripción</i>
Mácula	Un área circunscrita de cambio de color en la piel sin elevación o depresión. No es palpable. Pueden ser de cualquier color
Mancha	Mácula de más de 1 cm
Pápula	Lesión superficial que hace relieve. Se toca
Placa o parche	Pápulas de más de 1 cm
Habón o roncha	Pápula edematosa transitoria (evanescente)
Nódulo	Lesión sólida, palpable, redondeada o elipsoidal que crece en profundidad. Se puede palpar, pero no se ve. Puede afectar a epidermis, dermis o tejido subcutáneo. Tamaño variable
Vesícula	Levantamiento de la piel con contenido líquido de menos de 1 cm
Ampolla	Vesícula con tamaño mayor de 1 cm
Flictena	Varias ampollas que se unen
Pústula	Vesícula con contenido purulento
Quiste	Cavidad rodeada de una cápsula. Generalmente en la dermis. Contenido variado
Absceso	Cúmulo fluctuante de pus y restos celulares, localizado en dermis o tejido subcutáneo
Petequia	Extravasación de sangre menor de 1 cm. No desaparece con la vitropresión o digitoextensión
Púrpura	Extravasación de sangre mayor de 1 cm

Dada la limitación de espacio, no es posible tratar de forma exhaustiva toda la variedad de exantemas de etiología vírica que pueden presentar los niños; por lo tanto, la finalidad de este artículo es proporcionar al pediatra una metodología útil para poder enfocar de forma práctica una sospecha diagnóstica ante un niño que presenta un exantema<sup>(4)</sup>. El diagnóstico debe ser lo más específico y seguro posible; ya que, aunque en muchos casos se trata de enfermedades sin un tratamiento etiológico y de evolución autolimitada, el hecho de realizar un diagnóstico correcto tiene importancia epidemiológica para evitar contactos.

En la tabla I se definen las lesiones dermatológicas elementales que se tratarán a lo largo de este artículo<sup>(6,7)</sup>.

En primer lugar, es fundamental descartar la presencia de hemorragias (petequias, púrpuras) que no desaparecen con la vitropresión (diascopia) o la digitoextensión y que, en ocasiones, como las petequias de esfuerzo, puedan ser banales, pero, otras veces, pueden

indicar la posibilidad de enfermedades muy graves<sup>(3)</sup>.

Con respecto a los exantemas urticariales, es preciso señalar el habón como lesión eritematoedematosa típica de la urticaria, en la que, además de la evanescencia, es característico que con la digitoextensión desaparece el color rosa-rojo, pero no el edema, y hay que diferenciarlo, tanto de la lesión hemorrágica como del exantema maculopapuloso habitual de evolución cráneo caudal, que se presenta en determinados procesos víricos de la infancia.

Es necesario describir el exantema con la presencia o no de máculas, pápulas, vesículas, ampollas, pústulas, nódulos y, en caso de que se asocian a lesiones secundarias (Tabla II)<sup>(1,8)</sup>, se deben nombrar y describir. También, si se acompaña de afectación de mucosas, con la presencia de enantema, su distribución, si es simétrica o no, si tiene tendencia a la confluencia de las lesiones, forma de presentación, predominio en cara, tronco o extremidades, si respetan o no palmas y plantas, la forma

Tabla II. Lesiones elementales secundarias

Lesión	Descripción
Escamas	Fragmentos laminares de la epidermis que se desprenden por sí mismas
Costra	Resultado de la desecación sobre la superficie cutánea de exudados orgánicos. Son secreciones secas que no se desprenden por sí mismas. Amarillas: esfacelo. Negras: escara
Erosión	Pérdida de sustancia muy superficial y no lineal de parte o toda la epidermis
Excoriación	Pérdida de continuidad de la piel, generalmente superficial, que se produce de forma habitual por arrancamiento de la piel por rascado
Fisura	Grietas lineales que afectan a la epidermis y a la dermis superficial
Fístula	Trayecto anómalo que comunica la superficie cutánea con una cavidad supurativa
Úlcera	Pérdida de sustancia que afecta a la epidermis, la dermis y puede llegar al tejido celular subcutáneo
Atrofia	Lesión secundaria a la disminución o ausencia de alguno de los componentes de la piel
Cicatriz	Patrón de curación de una herida o una ulceración, ya sea traumática o inflamatoria
Esclerosis	Endurecimiento o induración circunscrito o difuso de la piel, se detecta mejor por palpación que por inspección
Liquenificación	Áreas de piel engrosada con acentuación de los pliegues cutáneos. Suele ser secundaria al rascado intenso y prolongado de la piel

de la lesión si es redondeada, reticular, lineal, número de lesiones, tendencia a la agrupación, síntomas acompañantes, como prurito, calor, dolor y la evolución según pasan las horas o los días.

Todos estos parámetros, además de los signos y síntomas que acompañan al exantema, son fundamentales para el enfoque diagnóstico de la enfermedad.

Hay algún término que es importante definir antes de iniciar el abordaje de las enfermedades exantemáticas, uno de ellos es el **exantema morbiliforme**, se refiere al morbillo (sarampión) y se trata de máculas y pápulas eritematosas menores de 1 cm que, aunque tengan tendencia a confluir, dejan entre sí zonas de piel sana. Habitualmente, se produce por virus. Por el contrario, el **exantema escarlatiniforme** se trata de un *rash* cutáneo papuloso que puede llegar a ocupar grandes extensiones de piel, con predominio en pliegues, sin intervalo de piel sana en las lesiones, es más habitual en enfermedades bacterianas o de etiología no vírica<sup>(3)</sup>. Se

habla de **exantema reticular** cuando las lesiones eritematosas remedan un encaje de bolillos o de ganchillo<sup>(4)</sup>.

Aunque el tema de este artículo sean los exantemas originados por virus, antes de iniciar el desarrollo de las enfermedades habituales que los producen, es preciso señalar que se nombrarán de forma tangencial enfermedades producidas por otros agentes, pero necesarios para el diagnóstico diferencial.

### Exantemas maculopapulosos

La clasificación morfológica de los exantemas producidos por virus puede ser un tanto arbitraria, en este artículo se han dividido en dos grandes grupos, exantemas maculopapulosos y exantemas vesiculosos.

En este primer apartado se abordan enfermedades exantemáticas, como el sarampión, enfermedad potencialmente grave que, aunque ya debería ser una enfermedad histórica, sigue dando problemas en cuanto baja la cobertura vacunal en una población determinada,

como ha ocurrido tras la pandemia de SARS-CoV-2<sup>(9,10)</sup>, así como la rubéola, enfermedad muy benigna, pero que puede causar problemas muy importantes al feto, y otras enfermedades muy frecuentes en las consultas pediátricas, como son el eritema infeccioso, el exantema súbito, con los que tendremos que hacer forzosamente un diagnóstico diferencial con la escarlatina, aunque se trate de una enfermedad exantemática de origen bacteriano.

### Sarampión<sup>(2,4,11)</sup>

Producido por el virus del sarampión, que es un paramixovirus del género morbilivirus muy contagioso.

Se transmite por contacto directo, desde 4 días antes del inicio del exantema y hasta 5 días después de su desaparición.

Tiene un periodo de incubación de aproximadamente 10 días de media (5-21), en el que el paciente se encuentra asintomático. Se sigue del periodo invasivo, también llamado prodrómico, catarral o pre-exantemático, que dura unos 4 días de media y se caracteriza por: fiebre elevada, tos, síntomas catarrales con coriza, lagrimeo, conjuntivitis con fotofobia que puede ser intensa, lo que históricamente se conocía como *facies sarampionosa*. En este periodo pueden aparecer las manchas de Koplik, en el 70-90 % de los casos se tratan de puntos blancos sobre el enantema bucal a nivel de los premolares que son patognomónicos (Fig. 1). Los médicos clásicos los describían como “espolvoreado de harina sobre tela roja” (enantema).

El periodo exantemático, que dura habitualmente de 3 a 7 días, se carac-



Figura 1. Sarampión. Manchas de Koplik. Patognomónico de sarampión. Tomado de: MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); [actualizado 28 ago. 2019; consulta 20 de diciembre 2022]. Disponible en: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp\\_imagepages/2558.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/2558.htm).



**Figura 2. Sarampión.** Exantema maculopapuloso con tendencia a la confluencia. Cara catarral. Tomado de: CDC - Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Sarampión. Fotos del virus de sarampión y personas con sarampión. Citado el 20 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/symptoms/photos-sp.html>.

teriza por la aparición de un exantema eritematoso, maculopapuloso morbiliforme, aunque en algunas zonas puede tener tendencia a la confluencia y que sigue una distribución y evolución craneocaudal (Fig. 2). Es importante valorar, a la hora del diagnóstico diferencial, que con la aparición del exantema, el paciente continúa con fiebre.

A esto le sigue el periodo de convalecencia o declinación, en el que desaparece el exantema también de forma craneocaudal, dejando una descamación fina que se define como furfurácea, ya que recuerda al salvado.

El diagnóstico debe basarse en la clínica, aunque en las últimas décadas, debido al éxito de la vacuna, muchos médicos jóvenes no han visto nunca un niño con sarampión, por lo que se puede determinar una elevación de Ac IgM específicos entre 4 y 11 días después de la aparición del exantema o diagnosticar con la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) a sarampión.

El tratamiento es sintomático, aunque debido a que en los niños con hipovitaminosis A el sarampión es más grave y exacerba su carencia vitamínica, con riesgo de ceguera y mala evolución del proceso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda tratamiento con vitamina A en todos los pacientes

con sarampión. Los pacientes inmunodeprimidos tienen una elevada tasa de mortalidad.

Es fundamental la prevención con 2 dosis de vacuna triple o tetra vírica. Tanto la vacuna como sufrir la enfermedad dejan inmunidad de por vida.

Pueden aparecer complicaciones como consecuencia de la propia infección vírica o por sobreinfección bacteriana y, en casos raros, puede aparecer una encefalitis (1/1.000) con secuelas neurológicas; o, al cabo de los años, puede desarrollarse una panencefalitis esclerosante subaguda, complicación extremadamente rara, aunque se puede dar más cuando se ha sufrido el sarampión con edad inferior a 2 años.

### Rubéola<sup>(2,12,13)</sup>

Producida por el virus de la rubéola, es un togavirus del género rubivirus.

Se trata de una enfermedad generalmente leve. En la era prevacunal, se presentaba con epidemias cada 6-9 años con picos menores cada 3-4 años. Al igual que el sarampión, su incidencia ha disminuido de forma muy notable tras la vacunación con 2 dosis de vacuna vírica. Su problema fundamental es el paso transplacentario del virus, que puede provocar afectación fetal con el síndrome de rubéola congénita (SRC). Es fundamental mantener tasas de vacunación por encima del 95 % para evitarla.

Se transmite por contacto directo, vía respiratoria por gotitas de Flügge o por vía transplacentaria desde unos 5 días antes de manifestarse el exantema hasta una semana después, por lo que es muy difícil proteger a la mujer embarazada no vacunada. El periodo de incubación puede durar 2-3 semanas.

El periodo prodrómico es corto, 1-2 días, asintomático o presenta síntomas catarrales leves, con buen estado general, febrícula, anorexia, eritema ocular, puede pasar desapercibido, sobre todo, en niños pequeños.

La erupción exantemática maculopapulosa es casi siempre la primera manifestación de la enfermedad. Es un exantema papuloso morbiliforme de unos 3-5 días de duración, que suele aparecer en región retroauricular y en cara, generalizándose posteriormente a tronco y extremidades, aparece y desaparece craneocaudal (Fig. 3). Presenta



**Figura 3. Rubéola.** Exantema papuloso con tendencia a la confluencia. Foto del autor: ©Javier Pellegrini Belinchón.

adenopatías en región occipital posterior, retroauriculares y laterocervicales, que son los elementos más característicos y constantes del cuadro clínico. En raras ocasiones, pueden presentarse faringitis, poliartritis o conjuntivitis. El exantema desaparece sin descamación en el mismo orden de su aparición, pasados dos o tres días.

Las características del exantema y los antecedentes epidemiológicos y de vacunación, junto con la ausencia de periodo prodrómico y las adenopatías, son los hallazgos clínicos más relevantes para el diagnóstico de sospecha, ya que no tiene ningún signo patognomónico que permita realizar un diagnóstico clínico de seguridad. Las pruebas de laboratorio no se suelen utilizar, ya que se trata de una enfermedad leve, salvo que se produzca en una mujer embarazada o que haya tenido contacto con embarazadas con serología negativa a rubéola. En estos casos, se puede confirmar el diagnóstico mediante técnicas de PCR, aislamiento del virus o serología, para evitar rubéola congénita.

Tratamiento sintomático y fundamental la prevención con 2 dosis de vacuna triple o tetra vírica.

### Rubéola congénita

Se produce por paso transplacentario del virus de la rubéola, sobre todo, durante el primer trimestre de la gestación, aunque la sintomatología más grave y generalizada es cuando la madre se infecta durante las 8 primeras semanas. En estos casos, se detecta el virus en numerosos órganos del feto y recién





**Figura 4. Eritema infeccioso. "Cara de Bofetón".** Foto del autor: ©Javier Pellegrini Belinchón.

nacido. Después de la semana 20, ya no se ha descrito rubéola congénita.

Sintomatología polimorfa. La tríada clásica descrita por Cregg en 1941, describe: hipoacusia neurosensorial, retinopatía y/o cataratas congénitas y cardiopatía. Estas alteraciones están frecuentemente asociadas a microcefalia. Puede haber otras malformaciones y se pueden afectar prácticamente todos los órganos del niño afecto, incluso se han descrito manifestaciones tardías, como diabetes mellitus tipo I o panencefalitis progresivas.

#### Eritema infeccioso, megaloeritema o 5ª enfermedad<sup>(3,9,14)</sup>

Producida por el parvovirus B19, familia parvovirus, género eritrovirus.

Afecta especialmente a niños en edad escolar, con máxima incidencia a finales del invierno y en primavera, aunque puede ocurrir de forma esporádica en cualquier época del año. La transmisión fundamental es por vía respiratoria, pero puede hacerse por sangre y hemoderivados, puede transmitirse por vía placentaria y, en casos graves, se asocia con muerte fetal intrauterina por *hidrops* fetal. Tiene un periodo de incubación entre 4-28 días.

Con respecto a la patogenia, el parvovirus B19 presenta tropismo por las células eritroides, afectando fundamentalmente a sus precursores. Produce lisis celular y una parada transitoria de la eritropoyesis. Las crisis aplásicas transitorias pueden ser por acción directa del virus, pero el exantema y las artritis parecen ser por la respuesta inmunitaria. En inmunodeprimidos o con anemia hemolítica crónica puede provocar cuadros graves, así como en el feto, aunque en personas inmunocompetentes suele ser un proceso benigno y autolimitado.

Con respecto a la clínica, la fase prodrómica habitualmente pasa desapercibida, puede cursar con: mialgias, febrícula o síntomas catarrales leves. El dato característico de esta enfermedad es el exantema, que suele cursar en 3 fases, aunque no siempre se manifiesta. Comienza con un eritema maculopapuloso confluyente que afecta a ambas mejillas (cara de bofetón), respetando el labio superior (Fig. 4). Entre 1 y 4 días después, se suele iniciar la segunda fase que se manifiesta con un exantema reticular, que recuerda el encaje de bolillos o ganchillo en tronco y zona proximal de extremidades, mientras los niños se mantienen afebriles y no tienen aspecto de enfermos (Fig. 5A y B). El exantema se resuelve de forma espontánea sin descamación en 5-10 días, pero puede aparecer y desaparecer debido al: sol, calor, ejercicio, estrés durante varias semanas. En adolescentes y adultos jóvenes, en ocasiones, se manifiesta por artralgias y exantema papuloso purpúrico en guante y calcetín con artropatías, aunque ya se han descrito algún caso en niños.

El diagnóstico suele ser clínico, por el exantema característico y el buen estado general del niño. El pronóstico es muy benigno en inmunocompetentes, aunque puede haber complicaciones fetales en embarazada y llegar a producir anemia intensa y anasarca con hidrops fetal. No parece ser teratogénico. En inmunodeprimidos puede provocar crisis aplásicas graves. El tratamiento es sintomático.



**Figura 5. Eritema infeccioso. "Exantema reticular, en encaje".** Fotos del autor: ©Javier Pellegrini Belinchón.

Inmunoglobulina en inmunodeprimidos. Hay una vacuna en estudio, probablemente por su efecto en inmunodeprimidos y en embarazadas.

#### Exantema súbito<sup>(2,3,9)</sup>

Ocasionado por la primoinfección del niño por el virus herpes humano VHH-6 y, con menos frecuencia, el VHH-7. Género roseolavirus. Subfamilia betaherpesvirus.

La transmisión se produce por vía aérea de forma esporádica y sin estacionalidad, por contagio directo durante el periodo febril de la enfermedad, con frecuencia, por contacto con saliva de adultos portadores.

Es una enfermedad aguda autolimitada, habitual en la lactancia y primera infancia, afecta con más frecuencia entre los 6 meses y 3 años.

El periodo de incubación dura 9-10 días y debuta con fiebre alta de 39°-40°C de 3 días de duración. Menos frecuentemente de 4-5 días. Una vez desaparecida la fiebre aparece un exantema: morbiliforme, maculoeritematoso, no confluyente, con distribución craneocaudal (Fig. 6). Con una duración de 24-72 horas, desaparece sin descamación.

El diagnóstico es clínico, por la secuencia y duración de la fiebre y la morfología y evolución craneocaudal del exantema. Es el exantema que causa, en más ocasiones, el falso diagnóstico de alergia a antibióticos, aunque no



**Figura 6.**  
**Exantema súbito.**  
Exantema maculoso no confluyente.  
Foto del autor:  
©Javier Pellegrini Belinchón.

presenta habones evanescentes. Tratamiento sintomático.

#### Mononucleosis infecciosa<sup>(2,4,15,16)</sup>

Producida por el virus de Epstein-Barr (VEB). Habitualmente, no hay exantema y durante mucho tiempo se ha asociado su presencia a la administración de  $\beta$ -lactámicos, hasta en un 80 % de los pacientes tratados, aunque también puede haber exantema en pacientes con mononucleosis infecciosa no tratados con antibióticos (5-10 %). Afecta más a la cara y al tronco, y es variado en su morfología, por lo general de tipo maculopapuloso. Cuando el exantema está relacionado con la toma de antibióticos es más intenso y extenso.

La sintomatología de la enfermedad que acompaña al exantema es importante para el diagnóstico. Sus manifestaciones más características son: fiebre, astenia, presencia de adenopatías, anorexia, faringoamigdalitis membranosa, hepatoesplenomegalia y edema periorbitario. Las pruebas de laboratorio con linfocitos atípicos y, si hay dudas, con la determinación de anticuerpos heterólogos (no valorables en niños pequeños) o con anticuerpos específicos, aseguran el diagnóstico. El tratamiento es sintomático.

#### Escarlatina<sup>(2-5,17)</sup>

Aunque la escarlatina está producida por una bacteria y el título del presente artículo sea exantemas virales, los autores, en parte debido al aumento registrado en los últimos años, pensamos en la necesidad de describir esta enfermedad para poder realizar un diagnóstico diferencial de exantemas de origen vírico con esta enfermedad bacteriana.

Causada por una bacteria, el estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A (EGA) (*Streptococcus pyogenes*), productor de la exotoxina pirógena (antes eritrogénica). Se han descrito varios tipos de exotoxina, por lo que un niño puede presentar varios episodios de escarlatina.

La máxima incidencia se produce en los meses fríos del año, en niños de entre 5 y 15 años, aunque durante este último año se está diagnosticando en niños más

pequeños, incluso menores de 2 años, desconociéndose la causa de este cambio.

En su forma más clásica, la escarlatina se presenta tras un periodo prodromico, con síntomas de faringoamigdalitis aguda febril con odinofagia intensa. Pasadas 24-48 horas, aparece un exantema escarlatiniforme precoz que suele comenzar en cuello, tronco o extremidades. Es un exantema papuloso confluyente y de tacto rugoso y aspecto de color rojo escarlata que se blanquea a la presión, más acentuado en pliegues y flexuras (signo de Pastia). “Cara de bofetón” con afectación eritematosa intensa de ambas mejillas, respetando el labio superior que dura unos 4 días si no se trata (Fig. 7A y B). Lengua aframbuesada, llamada así, porque recuerda a una frambuesa que aparece si no se trata en los primeros días (Fig. 8A y B). El exantema desaparece en 7-10 días, mediante descamación furfurácea en tronco y en grandes láminas en las palmas de las manos y las plantas de los pies.

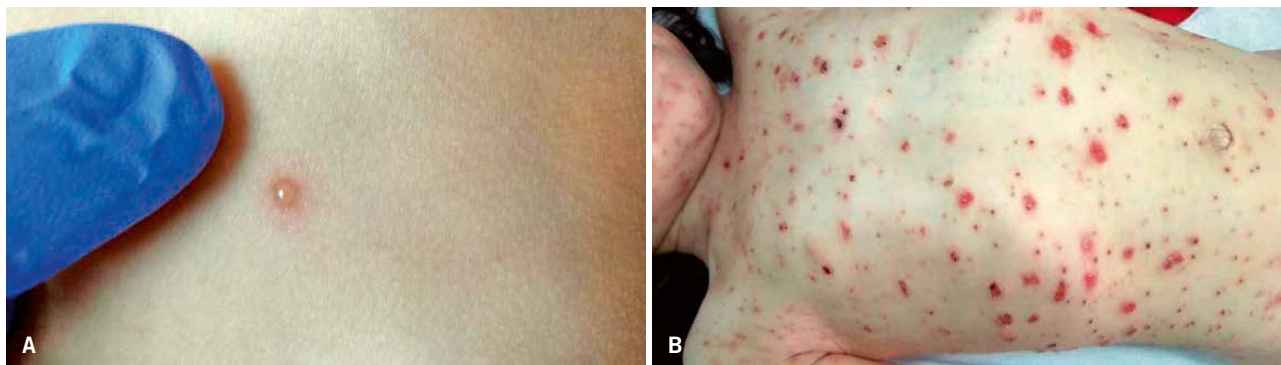


**Figura 7.**  
**Escarlatina.**  
Exantema maculopapuloso escarlatiniforme.  
Cara de bofetón.  
Fotos del autor:  
©Javier Pellegrini Belinchón.



**Figura 8.**  
**Escarlatina.**  
Lengua aframbuesada.  
Fotos del autor:  
©Javier Pellegrini Belinchón.





**Figura 9. Varicela.** Vesícula sobre fondo eritematoso. Lesiones en todos los estadios. “Como gota de rocío sobre pétalo de rosa en un cielo estrellado”. Fotos del autor: @Javier Pellegrini Belinchón.

El diagnóstico clínico de sospecha, se puede hacer etiológico con los test de detección rápida de estreptococo, disponibles en este momento en la mayoría de las consultas de Atención Primaria en España o con frotis faríngeo. Tratamiento con penicilina oral o amoxicilina en los niños más pequeños o que toman mal los medicamentos, por el sabor de la primera.

#### Otros virus que pueden producir exantemas maculopapulosos<sup>(2,18-20)</sup>

**Hay un amplio grupo de enfermedades víricas que pueden cursar con exantemas generalmente maculopapulosos y que se catalogan como exantemas víricos inespecíficos.**

Entre estos destacan los adenovirus y los enterovirus no polio. Suelen tener un curso leve y autolimitado en el tiempo, por lo que habitualmente no se realiza en Atención Primaria el diagnóstico serológico, salvo complicaciones que causen la hospitalización.

Los adenovirus que suelen cursar en meses fríos con fiebre, a veces prolongada, inflamación amigdalar, en ocasiones, con exudados puntiformes sobre fondo rosa, adenopatías, afectación conjuntival, respiratoria, ótica o digestiva con gastroenteritis. A veces, cursan con exantemas maculopapulosos que aparecen en el periodo febril.

Los enterovirus no polio de los subgrupos de la familia de los picornavirus, Coxsackie A y B y los echovirus son responsables de diversos exantemas, más frecuentes en verano y principio de otoño en climas templados y afectan, preferentemente, a niños pequeños y lactantes. Se transmiten vía fecal-oral, por gotitas respiratorias o, incluso, por fómites.

Cuando hay exantema suele coincidir con el periodo febril y la sintomatología es muy variada, dependiendo del virus causante, aunque suele ser sintomatología leve que recuerda al catarro común, también puede producir: herpangina, conjuntivitis hemorrágica, alteraciones digestivas, neurológicas, incluso con encefalitis potencialmente mortales en niños con alteraciones inmunológicas, como la deficiencia autosómica dominante de TLR3<sup>(18)</sup>. El echovirus 16 puede producir un cuadro clínico que se manifiesta por fiebre, faringitis y un exantema rosado sin tendencia a la confluencia, en cara, tronco y extremidades, con posibilidad de afectación de palmas de las manos y plantas de los pies que se conoce como exantema de Boston y que tiene un curso autolimitado, con una duración de 3-4 días.

#### Exantemas vesiculosos

**Los exantemas cutáneos que cursan con vesículas tienen una consideración especial en Pediatría. En el caso de las enfermedades exantemáticas vesiculosas producidas por virus, la morfología y evolución de las lesiones, en muchos casos, pueden determinar un diagnóstico clínico.**

Eso no significa que no precisemos aplicar la sistemática diagnóstica, realizando una historia clínica correcta, en la que se integren los antecedentes epidemiológicos y vacunales, con signos y síntomas de la enfermedad y las características del exantema, el tipo de vesículas, su distribución y evolución, sin olvidar que no todas las lesiones vesiculosas son infecciosas. En este segundo gran apartado sobre las enfermedades víricas que cursan con vesículas, trataremos fundamentalmente: varicela, her-

pes zóster, herpes simple, enfermedad de mano-pie-boca y unas líneas sobre la viruela del mono.

#### Varicela<sup>(2,3,16,21)</sup>

Producida por la primoinfección del herpes virus varicela zóster.

La incidencia ha bajado de forma brusca en países como España, donde la vacuna ha entrado en el calendario vacunal.

Se transmite por contacto directo, que es posible desde 2 días antes de la aparición del exantema hasta que alcanzan la fase de costra las últimas lesiones. Incubación asintomática de 10 a 21 días. El periodo prodrómico es de 1-2 días, y suele ser asintomático o cursar con febrícula o síntomas catarrales leves. El periodo exantemático se inicia con máculas y pápulas que, en pocas horas, se transforman en vesículas rodeadas de un halo eritematoso, que los médicos clásicos definían como “gota de rocío sobre pétalo de rosa” (Fig. 9A), y terminan en costras. Su distribución es por todo el cuerpo “en un cielo estrellado” (Fig. 9B). Cursa con prurito intenso en 2-3 brotes de lesiones que pasan sucesivamente por las fases de mácula, pápula, vesícula y costra, y es muy característica la coexistencia de elementos en distinto estadio evolutivo. Las lesiones pueden afectar a la piel y mucosas. En 5-7 días, todos los elementos suelen estar en fase de costra y al caer dejan una zona pigmentada que después desaparece.

Las complicaciones más frecuentes son las infecciones bacterianas de la piel, aunque en casos raros puede haber: neumonía, trombocitopenia, pancitopenia o complicaciones neurológicas como la ataxia cerebelosa, meningoencefalitis o enfermedades muy graves como el sín-



**Figura 10. Herpes zóster.** Vesículas arracimadas sobre fondo eritematoso, siguiendo una metámera. Foto del autor: ©Javier Pellegrini Belinchón.

drome de Reye. En inmunodeprimidos puede ser una enfermedad grave, ya que son incapaces de cortar los sucesivos brotes, así como en el recién nacido, cuando la madre la presenta 5 días antes o 2 días después del parto, cursando con diseminación visceral y con una mortalidad que puede afectar hasta el 30 % de los casos.

El tratamiento es sintomático y de las complicaciones, en inmunodeprimidos o situaciones especiales, antivíricos como: aciclovir, fanciclovir o vanciclovir.

#### Herpes zóster<sup>(3,4,21)</sup>

Se produce por la reactivación del herpes virus varicela zóster que ha permanecido acantonado en las neuronas de los ganglios sensitivos posteriores.

En la infancia es poco frecuente, con un mayor riesgo para los niños que pasaron la varicela en el primer año de vida. Se manifiesta por lesiones vesiculosas de distribución arracimada (recuerda un racimo de uvas) sobre un fondo eritematoso, que evolucionan a costras (Fig. 10A y B). Se agrupan siguiendo una metámera. Aunque puede haber excepciones, es muy característico en niños, que no presenten sintomatología local antes del brote del exantema y que no queden neuralgias posherpéticas, como ocurre en un importante número de casos en adultos.

#### Herpes simple<sup>(2,3,16)</sup>

Producido por virus herpes simple (VHS-1) (VHS-2). Familia *alfaherpesviridae*.

La primoinfección por VHS-1 afecta fundamentalmente a niños en zona bucal, ojos y piel; la producida por VHS-2 afecta, sobre todo a adolescentes o adultos jóvenes, en zona genital.

El contagio se produce por contacto directo entre la mucosa o piel erosionada de una persona susceptible con un individuo con clínica.

La primoinfección del VHS-1 tiene una expresión clínica variable, la mayoría son asintomáticas o no se identifican, pero un 15 % se manifiestan como gingivoestomatitis herpética (Fig. 11A), que suele afectar a niños de 6 meses a 5 años. Inicio brusco. Fiebre alta de 40°C, con inflamación de encías y vesículas en toda la cavidad oral, curso doloroso con babeo, halitosis y adenopatías regionales. Rechazo de la comida y bebida sin pérdida del apetito, lo que produce irritación y malestar al niño pequeño. Tiene una duración variable entre 7 y 14 días.

Las infecciones recurrentes cursan con vesículas pequeñas de distribución arracimada sobre fondo eritematoso, que pasan a costra y duran entre 8-10 días y puede haber sobreinfección bacteriana posterior (impétigo) (Fig. 11B). Curan

sin dejar cicatriz. La localización más frecuente es la orolabial y, ocasionalmente, oftálmica. En niños con dermatitis atópica puede tener complicación grave: “eczema herpético” o “eczema variceliforme de Kaposi”.

El mayor peligro del VHS-2 en niños es la transmisión vertical al recién nacido, con complicaciones muy graves y alta mortalidad.

#### Enfermedad de mano-pie-boca<sup>(4,5,12,16,22)</sup>

Producida por el enterovirus no polio, habitualmente por Coxsackie A16, aunque también se puede deber a enterovirus 71 (más grave y puede tener afectación neurológica) o a otros virus Coxsackie A: 5, 6, 7, 9 y 10; Coxsackie B: 2 y 5.

Trasmisión oral-fecal o respiratoria, se produce en brotes, a veces importantes, en guarderías.

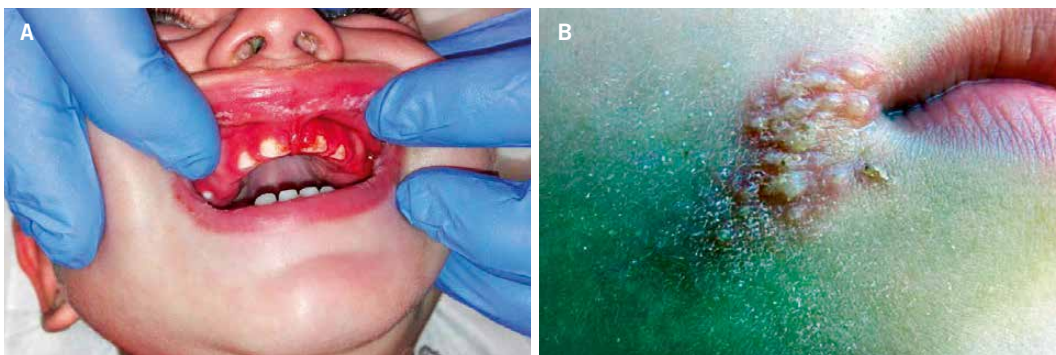
Las lesiones son maculopápulas de 3-7 mm, no pruriginosas, con el eje mayor paralelo a las líneas cutáneas, que evolucionan a vesículas y que se distribuyen en la boca y alrededores. Mucosa oral, faringe, paladar, lengua, labios, barbilla, también en manos, pies, nalgas e ingles. Las lesiones de las nalgas no suelen convertirse en vesículas (Fig. 12A, B y C).

Las infecciones por Coxsackie A6 pueden provocar herpangina y, en algunos casos, onicomadesis, descamación subungueal que puede llegar al despegamiento completo e indoloro de la lámina ungueal como complicación tardía.

#### Viruela del mono<sup>(23)</sup>

Producida por el virus de la viruela símica. Género *orthopoxvirus*, de la familia *poxviridae*.

Aunque España ha sido el país europeo con más casos diagnosticados de



**Figura 11. Herpes simple.**  
A. Primoinfección. Gingivoestomatitis.  
B. Herpes recurrente.  
Foto del autor: ©Javier Pellegrini Belinchón.



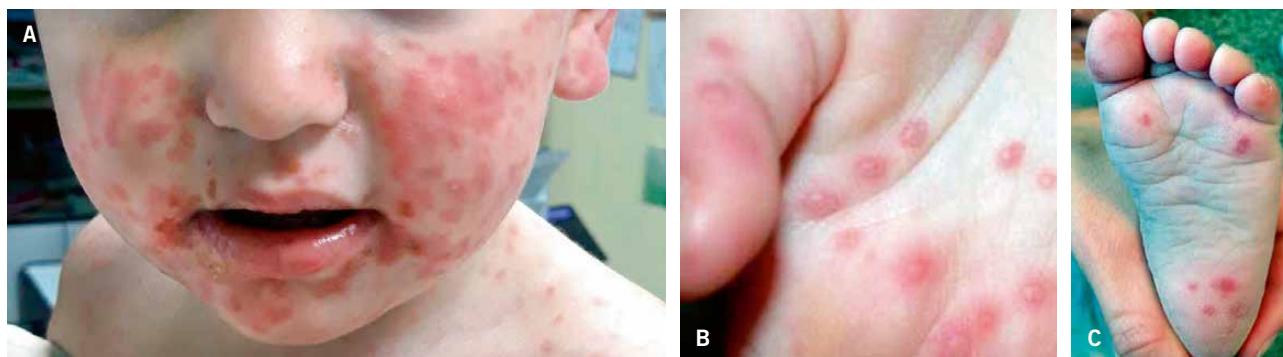


Figura 12. Mano-pie-boca. Máculas, pápulas y vesículas sobre fondo eritematoso. Foto del autor: ©Javier Pellegrini Belinchón.

viruela del mono (MPX), la afectación en niños ha sido muy escasa y los cuadros clínicos han sido leves y autolimitados; si bien, en recién nacidos contagiados por transmisión vertical, descritos sobre todo en África, la mortalidad ha sido alta. La causa más frecuente de contagio en niños ha sido el contacto familiar estrecho.

El periodo prodrómico suele cursar con: fiebre, astenia, cefalea y mialgias, pero el signo guía es el *rash*. Las lesiones se inician como máculas eritematosas de pocos milímetros de tamaño y que, posteriormente, progresan a pápulas, vesículas con aspecto umbilicado y pústulas. Finalmente, las vesículas y pústulas se rompen, apareciendo una costra que acaba cayéndose entre 7-14 días desde el inicio del exantema.

Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, la MPX en edad pediátrica debe diferenciarse de la varicela, y también del herpes zóster e infección por enterovirus, como el boca-mano-pie.

Una vez establecidas, las lesiones de la MPX se encuentran en el mismo estado de maduración, aunque no siempre; mientras que la varicela, debido a las distintas oleadas explicadas en su patogenia, manifiesta las lesiones en distinto estado evolutivo, las vesículas no son umbilicadas y, además es centrípeta, se inicia en tronco y se distribuye periféricamente, mientras la MPX comienza en las extremidades y se disemina centralmente. Es distinto al adulto, en el que se encuentran lesiones, sobre todo en el área genital.

Para el diagnóstico etiológico se utilizan técnicas de PCR que detectan ADN de la MPX. Se debe realizar despistaje de infecciones de transmisión sexual y descartar abuso.

El tratamiento, en la mayoría de los casos leves, será sintomático o con antivíricos, en caso de gravedad.

#### Exantemas paravirales<sup>(2,3,5,22)</sup>

Hay una serie de enfermedades relativamente frecuentes en la edad pediátrica que no tienen una etiología claramente viral, pero que en algún momento, debido a la evolución, presentación o epidemiología, se han relacionado con virus.

- Entre ellas tenemos la **acrodermatitis papulosa infantil o síndrome de Gianotti-Crosti**, de etiología desconocida, pero que se ha relacionado con una reacción inmunológica desencadenada por la infección por diferentes virus: hepatitis, Epstein-Barr, citomegalovirus, Coxsackie A16, virus parainfluenza y de la gripe, incluso con antígenos vacunales. Cursa con pápulas eritematosas monomórficas, a veces, papulovesículas en mejillas, nalgas y superficies extensoras de extremidades, respetando el tronco (acrodermatitis). Las lesiones duran 2-3 semanas, aunque en algunos casos, pueden persistir hasta 2 meses. La mayor incidencia se da en la primera infancia, entre 1-6 años.
- La **pitiriasis rosada** de etiología desconocida, si bien por su tendencia a aparecer como cúmulo de casos, se ha relacionado con determinados virus, como los virus herpes 6, 7 y 8. El medallón heráldico puede aparecer en cualquier parte del cuerpo y suele preceder a un exantema generalizado, que se manifiesta por pápulas eritematodescamativas, ovaladas o redondeadas, de menos de 1 cm de color rosado y marrón, sobre todo en tronco y zona proximal de las extremidades. El eje longitudinal

de las lesiones se alinea con las líneas cutáneas. La mancha heráldica que suele medir entre 1 y 10 cm puede confundirse antes de la erupción generalizada con la tiña de la piel lampiña. Salvo un prurito leve, no hay otras manifestaciones acompañantes.

- El **exantema periflexural asimétrico de la infancia** también se ha relacionado con distintos virus, probablemente, por su inicio con manifestación de una infección vírica inespecífica, tras la que se inicia una erupción maculopapulosa en una axila o, menos frecuentemente, en el pliegue inguinal y se extiende de manera centrifuga de forma unilateral, respetando palmas y plantas. La erupción, generalmente pruriginosa, persiste entre 2-12 semanas y desaparece sin dejar lesiones residuales.

En la tabla III<sup>(1,9)</sup> se expone un resumen esquemático de las principales enfermedades exantemáticas virales que se ven en la infancia, además de la escarlatina y otros procesos "paravirales" de etiología incierta, pero que se han relacionado con virus.

#### Función del pediatra de Atención Primaria

El exantema no puede ser considerado como una enfermedad, sino como un signo que, en ocasiones, puede ayudar a enfocar el diagnóstico. El pediatra de Atención Primaria debe basar el diagnóstico diferencial en una anamnesis detallada y en la exploración física completa.

En la anamnesis es necesario preguntar por: la edad, para tener en cuenta la transmisión materna de protección

pasiva durante los primeros meses de vida; las vacunas recibidas según la edad del niño; los antecedentes de enfermedades exantemáticas pasadas, que dejan inmunidad de por vida; el país de procedencia, si se trata de niños inmigrantes, teniendo en cuenta las enfermedades exantemáticas de la zona; la existencia de un ambiente epidémico escolar o familiar o las prácticas de riesgo en adolescentes; y la toma de medicación previa, recordar la relación de mononucleosis infecciosa con ciertos

antibióticos betalactámicos. Es preciso conocer la existencia de manifestaciones clínicas durante el periodo prodrómico previo a la aparición del exantema, ya que puede diferenciar la sospecha de la enfermedad. No es lo mismo fiebre alta y tos con fotofobia durante varios días antes y después de la presentación del exantema, que nos orientaría hacia un sarampión o que apenas tuviera síntomas antes del exantema, que nos orientaría hacia un eritema infeccioso o rubéola; o por el contrario, fiebre alta

de 3 días y una vez afebril aparece el exantema, que nos orientaría hacia un exantema súbito.

Definir las características del exantema es un aspecto fundamental: el tipo morfológico de las lesiones cutáneas, su coloración y distribución, la tendencia a la confluencia, si es morbiliforme, escarlatiniforme o reticular, la forma de inicio, la progresión y regresión con o sin descamación, si hay afectación de mucosas, si respeta palmas o plantas, pueden ser, junto con la anamnesis y

Tabla III. Exantemas. Diagnóstico diferencial clínico

<b>Enfermedad</b>	<b>Causa</b>	<b>Pródromos</b>	<b>Signos asociados</b>	<b>Exantema</b>
<b>Sarampión</b>	Paramixovirus	Fiebre, tos, fotofobia y cara catarral	Manchas de Koplik	Morbiliforme y maculopapuloso confluyente
<b>Rubéola</b>	Togavirus	Febrícula	Adenopatías	Maculopapuloso no confluyente
<b>Exantema súbito</b>	Virus herpes tipo 6-7	Fiebre alta de tres días	¿Convulsiones? Fontanela tensa	Morbiliforme
<b>Eritema infeccioso</b>	Parvovirus B19	Afebril	Prurito leve	Cara en bofetón y reticular
<b>Escarlatina</b>	Estreptococo	Fiebre y amigdalitis	Lengua aframbuesada y signo de Pastia	Escarlatiniforme, confluyente y cara en bofetón
<b>Mononucleosis infecciosa</b>	Virus Epstein-Barr	Fiebre y amigdalitis	Poliadenopatías, esplenomegalia y astenia	Asociado a antibióticos, aunque puede producirse sin $\beta$ -lactámicos
<b>Enfermedad de Kawasaki</b>	Desconocida	Fiebre >5 días y adenopatías	Labios rojos, edema distal y conjuntivitis	Muy variado, polimorfo y descamación distal
<b>Varicela</b>	Herpes virus. Varicela zóster	Malestar	Prurito	Mácula, pápula, vesícula, costra. Distintos estadios y centrífuga
<b>Herpes zóster</b>	Herpes virus. Varicela zóster	En niños no suele haber dolor ni molestias	El exantema sigue una metámera	Vesículas arracimadas sobre fondo eritematoso
<b>Enfermedad de mano-pie-boca</b>	Coxsackie A16	Asintomático, febrícula y signos catarrales	Boca y alrededores, manos, pies y nalgas	Maculopápulas que evolucionan a vesículas y fondo eritematoso
<b>Viruela del mono</b>	Virus de la viruela símica y familia <i>Poxviridae</i>	Fiebre, astenia y cefalea	Mialgias	Máculas, pápulas, vesículas umbilicadas y costras. En el mismo estado evolutivo. Diseminación centrípeta
<b>Enfermedad de Gianotti Crosti</b>	Paraviral	No	Adenopatías	En cara y extremidades
<b>Exantema pleriflexural asimétrico</b>	Paraviral	Adenopatía regional	Levemente pruriginosas	Pápulas en axila y parte lateral del tronco
<b>Eritema multiforme</b>	Infecciones y fármacos	No	Ocasionalmente, prurito o leve quemazón	Lesión en diana. Anillo interior pálido con centro más oscuro o necrótico
<b>Pitiriasis rosada</b>	Paraviral	Mancha heráldica, lesión redonda u ovalada solitaria anular	Levemente pruriginosas	Posteriormente, aparecen pápulas eritematosas, descamativas de color rosado y marrón

exploración, el punto de partida para establecer el diagnóstico diferencial<sup>(2,3)</sup>. En la tabla III se expresan datos sobre el diagnóstico diferencial de exantemas.

En ocasiones, la utilización de test rápido de estreptococo, de panel de virus o estudio serológico será importante para el diagnóstico, aunque en la mayoría de los casos no es necesario realizar exploraciones complementarias. Las enfermedades de origen vírico que cursan con exantemas, en individuos inmunocompetentes, suelen tener una evolución autolimitada y para las que no se dispone de tratamiento etiológico, pero realizar un diagnóstico correcto puede tener importancia epidemiológica.

## Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito. Declaración de intereses: ninguno.

## Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de los autores.

- Pellegrini Belinchón J, García Ron G. Los exantemas en la consulta de Pediatría. *Pediatr Integral*. 2022; XXVI (Nº Especial 21): 71-3. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/12/36-Congreso-SEPEAP-2022.pdf>.
- \*\*\* Silva Rico JC, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII: 22-36. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiguos/publicacion-2014-01/diagnostico-diferencial-de-los-exantemas/>.
- Ruiz Contreras J, González Granado I. Exantemas en la infancia. *Form Act Pediatr Aten Pri*. 2009; 2: 183-90.
- Pellegrini Belinchón FJ. Exantemas en la infancia. En: Garavís González JL ed. Curso de actualización en Atención Primaria. *Dermatología básica en Atención Primaria*. Madrid. IMC; 2007. p. 293-301.
- Martínez Roig A, Drobnic L. Enfermedades exantemáticas que cursan con fiebre. *Ergon*. Madrid. 2006.
- Toledo Pastrana T, Navarro Gastón MT. Lesiones elementales en dermatología. *Fisterra: Guías Clínicas*. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/lesiones-elementales-en-dermatologia/#29173>.
- \*\*\* Codina Puig X. Exantemas. En: De la Flor i Brú J, Bras i Marquillas J, Ridao Redondo i Redondo M, Roger i Azemar M. *Pediatría en Atención Primaria*. Madrid. Ergon; 2018. p. 473-80.
- Amodeo Arahall MC, Núñez Jaldón AM, Cruz Vela MC. Lesiones elementales en dermatología. *Manuales clínicos*. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvroci.es/urgencias/dermatologia/lesiones-elementales-en-dermatologia/>.
- Madrigal Díez V, Madrigal Díez C. Enfermedades Exantemáticas. En: Del Pozo Machuca J, Redondo Romero A, Gancedo García MC, Bolívar Galiano V, eds. *Tratado de pediatría extrahospitalaria*. 2ª ed. Madrid. Ergon; 2010. p. 955-72.
- Stephenson J. Measles a Growing Global Threat as COVID-19 Disrupts Childhood Vaccinations. *JAMA*. 2021; 2: e214680. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2786771>.
- \*\*\* Mason WH. Sarampión. En: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, eds. *Nelson Tratado de Pediatría*. 20ª ed. Barcelona. Elsevier España. 2016; 1: 1615-21.
- González Hachero S, González Soria MD, Sarampión y Rubéola. En: Moro M, Málaga S, Madero L. *Tratado de Pediatría*. 11ª ed. Madrid. Panamericana. 2014; I: 879-85.
- Winter AK, Moss WJ. Rubella. *Lancet*. 2022; 399: 1336-46. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02691-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02691-X).
- \*\*\* Kock WC. Parvovirus. En: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, eds. *Nelson Tratado de Pediatría*. 20ª ed. Barcelona. Elsevier España; 2016. p.1643-7.
- Martín Ruano J, Martín Ruano A, Martín García MA. Mononucleosis infecciosa. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT, eds. *Medicina de la Adolescencia, Atención integral*. 3ª ed. Madrid. Ergon; 2021. p. 811-8.
- Moraga-Llop FA, Martínez-Roig A. Exantemas de origen infeccioso. En: García JJ, Cruz O, Mintegi S, Moreno JM, eds. *Manual de Pediatría*. Madrid. Ergon. 2020.
- Pardo S, Perera TB. Scarlet Fever. *StatPearls Publishing LLC*. 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507889/#article-28741.s4nible>.
- Abzug MJ. Enterovirus no polio. En: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, eds. *Nelson Tratado de Pediatría*. 20ª ed. Barcelona. Elsevier España; 2016. p. 1655-62.
- Kuo CY, Ku CL, Lim HK, Hsia SH, Lin JJ, Lo CC. Life-Threatening Enterovirus 71 Encephalitis in Unrelated Children with Autosomal Dominant TLR3 Deficiency. *J Clin Immunol*. 2022; 42: 606-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10875-021-01170-9>.
- Wun-Ju Shieh. Human adenovirus infections in pediatric population - An update on clinico-pathologic correlation. *Biomed J*. 2022; 45: 38-49.
- \*\*\* LaRussa PS, Marín M. Infecciones por virus varicela zóster. En: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, eds. *Nelson Tratado de Pediatría*. 20ª ed. Barcelona. Elsevier España; 2016. p. 1655-62.
- \*\*\* Albuu Andrade Y. Exantemas. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J. *Pediatría extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para atención primaria*. 4ª ed. Madrid. Ergon; 2008. p. 435-42.
- Basat Orellana E, Calvo Rey C. Coords. Documento de consenso sobre manejo de la viruela del mono en niños. 2022. Disponible en: <https://sepeap.org/documento-de-consenso-sobre-el-manejo-de-la-viruela-del-mono-en-ninos/>.

## Bibliografía recomendada

- Silva Rico JC, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII: 22-36. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiguos/publicacion-2014-01/diagnostico-diferencial-de-los-exantemas/>. Imprescindible revisión sobre diagnóstico diferencial de exantemas en la infancia. Los autores desarrollan una sistemática diagnóstica basada en las características del exantema, pero que se apoya en una historia clínica detallada con una anamnesis precisa, y la clínica acompañante, que hace que este artículo sea una herramienta básica para el pediatra.
- Codina Puig X. Exantemas. En: De la Flor i Brú J, Bras i Marquillas J, Ridao Redondo i Redondo M, Roger i Azemar M. *Pediatría en Atención Primaria*. Madrid. Ergon; 2018. p. 473-80. Capítulo de libro enfocado a Atención Primaria, en el que realiza una revisión pormenorizada y actualizada de los distintos exantemas en la infancia y que aporta figuras para enfocar el diagnóstico diferencial basadas en la clínica y en las características de los exantemas.
- Albuu Andrade Y. Exantemas. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J. *Pediatría extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para atención primaria*. 4ª ed. Madrid. Ergon; 2008. p. 435-42. Revisión detallada de los exantemas en la infancia, con una visión desde Atención Primaria y una caracterización profunda de las distintas enfermedades que cursan con exantemas en la edad pediátrica.
- Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, Schor NF. *Nelson Tratado de Pediatría*. 20ª ed. Barcelona. Elsevier España. 2016. Tratado de Pediatría clásico que no tiene un capítulo específico que aborde el diagnóstico diferencial de los exantemas en la infancia, pero realiza una revisión exhaustiva de cada una de las enfermedades exantemáticas que afectan a la infancia.



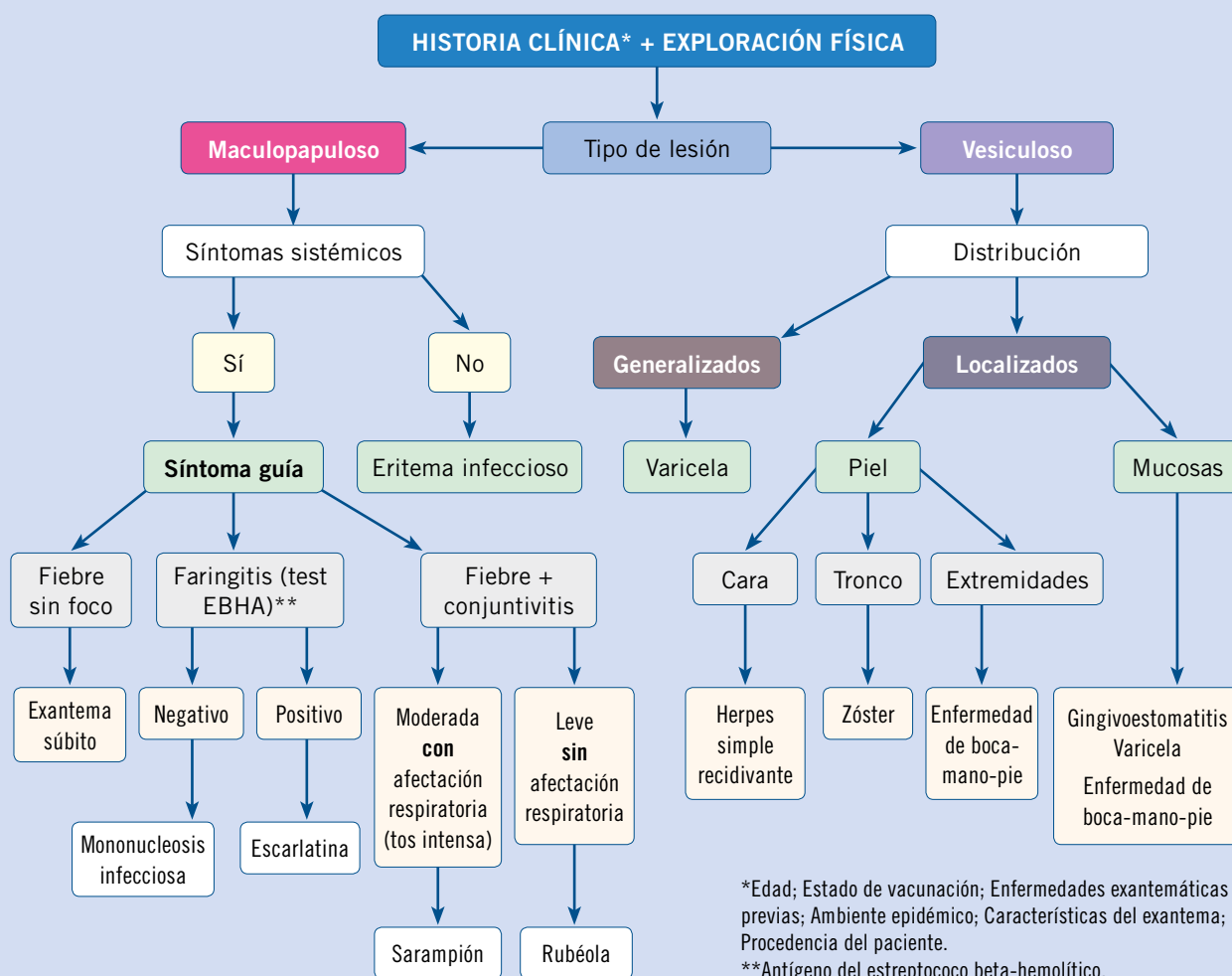
## Caso clínico

Niño de 17 meses que acude a consulta por un cuadro de fiebre de hasta 39°C, de 3 días de evolución, que se acompaña de mucosidad, tos intensa e importante eritema conjuntival bilateral con fotofobia. Ha iniciado un exantema en la cara que se ha ido extendiendo hacia el resto del cuerpo en sentido craneocaudal.

Como antecedentes personales, cabe destacar que acude a guardería desde los 8 meses y que, como consecuencia de los múltiples procesos infecciosos que ha ido padeciendo desde el inicio en la escuela infantil, los padres interrumpieron el calendario vacunal desde los 11 meses en que se puso su última vacuna.

A la exploración, el niño presenta regular estado general con fiebre alta. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Otoscopia bilateral normal con faringe hiperémica sin exudados, enantema bucal. Intenso eritema conjuntival sin secreción ocular. Meníngeos negativos. Exantema generalizado maculopapuloso morbiliforme con confluencia en algunas zonas.

## Algoritmo de exantemas víricos



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es). Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".



# Questionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Exantemas virales

33. La erupción variceliforme de Kaposi SE DEBE A:

- Infección por herpes virus varicela zóster en un niño con eczema.
- Infección por virus Coxsackie B en un niño con eczema.
- Infección por virus del herpes simple en un niño con eczema.
- Infección por virus del sarampión en un niño con eczema.
- Infección por adenovirus en un niño con eczema.

34. Niña de 2 años y 5 meses. Ha presentado fiebre alta de hasta 40°C durante 3 días y medio. No ha presentado tos, mucosidad, ni otros signos respiratorios ni de ningún otro tipo, tampoco fotofobia. La exploración es normal, salvo una faringe ligeramente roja con microadenias laterocervicales sin otra localización. A las pocas horas de estar afebril, los padres observan manchas en el cuerpo, por lo que acuden asustados a la consulta. En la exploración, se aprecia un exantema maculoso, sin tendencia a la confluencia, eritematoso de características morbiliformes y de distribución craneocaudal. El diagnóstico clínico MÁS PROBABLE es:

- Sarampión.
- Exantema súbito o roséola infantil.
- Rubéola.
- Mononucleosis infecciosa.
- Enfermedad de mano-pie-boca

35. Un exantema descrito como vesiculoso sobre un fondo eritematoso, con las vesículas con distribución

arracimada y que sigue una metámera, estamos HABLANDO DE:

- Herpes zóster.
- Varicela.
- Enfermedad de mano-pie-boca.
- Escarlatina.
- Picaduras de pulga.

36. Aunque la pueden producir otros virus, la enfermedad de mano-pie-boca, en la MAYORÍA de las ocasiones está producida por:

- Virus Coxsackie A16.
- Parvovirus B19.
- Virus del herpes simple en caso de que afecte a lactantes.
- Herpes virus varicela-zóster en caso de que afecte a lactantes.
- Virus de Epstein-Barr en inmunodeprimidos.

37. La primoinfección, por el virus del herpes simple en el lactante o niño pequeño, es asintomática o con apenas sintomatología en la mayoría de los casos, pero cuando hay clínica, la forma MÁS HABITUAL de presentación es:

- Encefalitis.
- Afectación ungueal.
- Inflamación del pulpejo de los dedos con pérdida de las uñas de los pies y, a veces, de las manos.
- Afectación oftálmica.
- Gingivostomatitis.

## Caso clínico

38. ¿Cuál sería el diagnóstico clínico MÁS PROBABLE de este niño?

- Exantema súbito.
- Eritema infeccioso.
- Rubéola.
- Sarampión.
- Escarlatina.

39. ¿Cómo se realizaría su diagnóstico?, señale la respuesta CORRECTA:

- Solo se podrá realizar cuando se objetiven unos puntos blancos sobre el exantema bucal a nivel de los premolares.
- El diagnóstico se debe basar en la clínica del niño y en las características del exantema. Aunque si hubiera duda, se puede determinar una elevación de Ac IgM específicos entre 4 y 11 días después de la aparición del exantema, o bien con la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR).
- Solo se puede diagnosticar con el aislamiento del virus.
- Siempre hay que sospechar el diagnóstico ante una leucocitosis con linfocitos atípicos.
- Todas son correctas.

40. En cuanto a la prevención y tratamiento, señale la respuesta CORRECTA:

- Se recomienda inmunizar con 2 dosis de vacunas a partir de los 2 meses de edad.
- Se recomienda inmunizar con 1 dosis de vacuna a partir de los 15 meses de edad.
- La gravedad de la patología hace que sea necesario pautar tratamiento antiviral incluso en inmunocompetentes.
- Habitualmente, se trata con antivirales para evitar complicaciones.
- El tratamiento en inmunocompetentes es sintomático y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda tratamiento con vitamina A en todos los pacientes con esta enfermedad.