

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

**SEMESTRE CURSANTE:
5TO SEMESTRE UNIDAD 4.**

**MATERIA:
MEDICINA INTERNA.**

**TEMA DEL TRABAJO:
RESUMEN DE ENFERMEDADES EXANTEMATICAS.**

**FECHA DE ENTREGA:
06/12/2021**

**NOMBRE DEL DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN.**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:
JALIXA RUIZ DE LS CRUZ.**

SARAMPIÓN

El sarampión es una enfermedad muy contagiosa y grave causada por un virus. Antes de que la vacuna se introdujera en 1963 y se generalizara su uso, cada 2-3 años se registraban importantes epidemias de sarampión que llegaban a causar cerca de dos millones de muertes al año. Se calcula que en 2017 murieron 110 000 personas por esta causa, la mayoría de ellas menores de 5 años y a pesar de existir vacunas seguras y eficaces. El sarampión es causado por un virus de la familia de los paramixovirus y normalmente se suele transmitir a través del contacto directo y del aire. El virus infecta el tracto respiratorio y se extiende al resto del organismo. Se trata de una enfermedad humana que no afecta a los animales. La intensificación de las actividades de vacunación ha influido de forma decisiva en la reducción de las muertes por sarampión. Se estima que entre 2000 y 2017 la vacuna contra el sarampión evitó 21,1 millones de muertes. A nivel mundial, las defunciones por sarampión han descendido un 80%, pasando de 545 000 en el año 2000 a 110 000 en 2017.

El primer signo del sarampión suele ser la fiebre alta, que comienza unos 10 a 12 días después de la exposición al virus y dura entre 4 y 7 días. En la fase inicial, el paciente puede presentar rinorrea, tos, ojos llorosos y rojos, y pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas. Al cabo de unos tres días aparece un exantema, generalmente en el rostro y la parte superior del cuello, que va extendiendo, acabando por afectar a las manos y pies. El exantema dura 5 a 6 días, y luego se desvanece. El intervalo entre la exposición al virus y la aparición del exantema oscila entre 7 y 18 días (media de 14 días).

Los niños pequeños no vacunados son quienes corren mayor riesgo de sufrir el sarampión y sus complicaciones, entre ellas la muerte. Las mujeres embarazadas sin vacunar también constituyen un importante grupo de riesgo. Sin embargo, puede infectarse cualquier persona que no esté inmunizada (es decir, que no haya sido vacunada y no haya sufrido la enfermedad).

El virus del sarampión es muy contagioso y se propaga por la tos y los estornudos, el contacto personal íntimo o el contacto directo con secreciones nasales o faríngeas infectadas. El virus presente en el aire o sobre superficies infectadas sigue siendo activo y contagioso durante periodos de hasta 2 horas, y puede ser transmitido por un individuo infectado desde 4 días antes hasta 4 días después de la aparición del exantema. El sarampión puede producir epidemias que causan muchas muertes, especialmente entre los niños pequeños malnutridos. En países donde el sarampión ha sido prácticamente eliminado, los casos importados de otros países siguen siendo una importante fuente de infección.

El diagnóstico del sarampión se realiza fundamentalmente y casi siempre por la clínica.

La observación de las "manchas de Koplik", pequeños puntos blanquecinos que aparecen en el interior de las mejillas en las etapas iniciales de esta enfermedad, es también un diagnóstico de sarampión. En ocasiones, cuando el diagnóstico no está muy claro, se puede realizar una analítica sanguínea para detectar anticuerpos antisarampionosos en suero. El diagnóstico diferencial se deberá realizar con otras enfermedades exantemáticas como rubeola, exantema súbito o escarlatina.

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión. Las complicaciones graves del sarampión pueden reducirse con un tratamiento de apoyo que garantice una buena nutrición, una ingesta suficiente de líquidos y el tratamiento de la deshidratación con las soluciones de rehidratación oral recomendadas por la OMS (para reponer los líquidos y otros elementos esenciales que se pierdan con la diarrea o los vómitos). Se deben prescribir antibióticos para tratar la neumonía y las infecciones de los oídos y los ojos.

Pueden contribuir con la muerte del paciente. Los CDC estiman que en todo el mundo alrededor de 110.000 personas mueren cada año por sarampión, generalmente por neumonía o encefalitis.

RUBEOLA

La rubéola es una infección por un virus RNA que se disemina a través de gotas respiratorias entre contactos cercanos o del aire. Los pacientes pueden transmitir la infección durante la fase asintomática o desde 7 días antes hasta 15 días después de la aparición del exantema; el período de máximo riesgo es desde algunos días antes de la aparición del exantema hasta 7 días después de su inicio. Los niños con infección congénita pueden transmitir la rubéola durante muchos meses después del nacimiento.

Muchas infecciones son leves. Después de un período de incubación de entre 14 y 21 días, aparece una fase prodrómica de entre 1 y 5 días de duración, que suele manifestarse con fiebre, malestar general, conjuntivitis y adenopatías en los adultos, pero que puede ser mínima o estar ausente en los niños. La hinchazón dolorosa de los ganglios linfáticos suboccipitales, retroauriculares y cervicales posteriores es característica. Al principio del cuadro, se observa un enrojecimiento de la faringe.

El exantema es similar al del sarampión, pero menos extenso y más evanescente; a menudo es el primer signo en los niños. El exantema comienza en la cara y el cuello y se disemina rápidamente al tronco y los miembros. En un principio, puede aparecer un eritema maculoso que palidece a la compresión, en particular en la cara. Durante el segundo día, el exantema suele tornarse más escarlatiniforme

(puntiforme) y se asocia con eritema. A continuación, se forman petequias en el paladar blando (manchas de Forschheimer), que más adelante coalescen en una mácula rojiza. El exantema dura entre 3 y 5 días.

Los factores de riesgo abarcan:

- No estar vacunado contra la rubéola
- Exposición a un virus de la rubéola activo+

Diagnostico

- Evaluación clínica
- Pruebas serológicas

La rubéola se sospecha en pacientes con adenopatías características y exantema. Deben pedirse pruebas de laboratorio para el diagnóstico en mujeres embarazadas, pacientes con encefalitis y recién nacidos. Asimismo, se aconseja la evaluación con pruebas de laboratorio en todos los casos en los que se sospeche rubéola con fines estadísticos. Un aumento ≥ 4 veces en los títulos de anticuerpos entre la fase aguda y la de convalecencia (4 a 8 semanas) confirma el diagnóstico, de la misma manera que el hallazgo de anticuerpos IgM contra rubéola. La detección de RNA viral por PCR (polymerase chain reaction) de transcripción inversa de muestras de la garganta, nasales o de orina también se puede hacer para confirmar el diagnóstico; el análisis del genotipo es útil en las investigaciones epidemiológicas.

En los niños no se identifican síntomas generales o son leves, con malestar general y ocasionales artralgias. Los adultos suelen presentar pocos o ningún síntoma constitucional, aunque en ocasiones desarrollan fiebre, malestar general, rigidez articular, artritis transitoria y rinitis leve. La fiebre característica desaparece al segundo día tras la aparición del exantema.

En brotes epidémicos grandes en cuarteles militares, se informaron casos inusuales de encefalitis. La resolución completa es típica, pero la encefalitis puede ser mortal. En raras ocasiones, aparece púrpura trombocitopénica y otitis media.

Diagnóstico

- Evaluación clínica
- Pruebas serológicas

La rubéola se sospecha en pacientes con adenopatías características y exantema. Deben pedirse pruebas de laboratorio para el diagnóstico en mujeres embarazadas, pacientes con encefalitis y recién nacidos. Asimismo, se aconseja la evaluación con pruebas de laboratorio en todos los casos en los que se

sospeche rubéola con fines estadísticos. Un aumento ≥ 4 veces en los títulos de anticuerpos entre la fase aguda y la de convalecencia (4 a 8 semanas) confirma el diagnóstico, de la misma manera que el hallazgo de anticuerpos IgM contra rubéola. La detección de RNA viral por PCR (polymerase chain reaction) de transcripción inversa de muestras de la garganta, nasales o de orina también se puede hacer para confirmar el diagnóstico; el análisis del genotipo es útil en las investigaciones epidemiológicas.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con sarampión, escarlatina, sífilis secundaria, exantemas farmacológicos, eritema infeccioso y mononucleosis infecciosa, además de con las infecciones por echovirus y coxsackievirus (ver Algunos virus respiratorios). Las infecciones por enterovirus y parvovirus B19 (eritema infeccioso) pueden ser indistinguibles en la evaluación clínica.

- Tratamiento de sostén

El tratamiento de la rubéola es sintomático. No existe un tratamiento específico para la encefalitis.

La rubéola tiene buen pronóstico. En la mayoría de los casos, una vez contraída la enfermedad, dejará inmunidad de por vida. La rubéola congénita es de mal pronóstico (mortalidad de $>15\%$, retraso del desarrollo psicomotor, defectos y otras secuelas permanentes).

VARICELA

La varicela es una infección sistémica aguda que suele aparecer en la infancia y es causada por el virus varicela-zóster (virus herpes humano tipo 3). En general, se manifiesta con síntomas generales leves seguidos poco tiempo después por lesiones cutáneas que aparecen en brotes e incluyen máculas, pápulas, vesículas y costras. Los adultos, los recién nacidos y los pacientes inmunodeficientes o con ciertas enfermedades subyacentes presentan mayor riesgo de presentar complicaciones neurológicas u otros trastornos sistémicos (p. ej., neumonía).

También pueden aparecer lesiones ulceradas en las mucosas, como la bucofaringe y las vías respiratorias superiores, la conjuntiva palpebral y las mucosas rectal y vaginal. En la boca, las vesículas se rompen de inmediato, son indistinguibles de la gingivostomatitis herpética y a menudo causan odinofagia. Las lesiones en el cuero cabelludo pueden promover la formación de adenomegalias dolorosas en las áreas suboccipital y cervical posterior.

La varicela es una infección de distribución mundial. En climas templados más del 90% de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años de edad, por lo que la incidencia anual de la varicela debe estar próxima a la tasa de natalidad anual. Las epidemias anuales que ocurren durante el invierno y principios de la primavera son típicas de climas templados; sin embargo, en climas tropicales, el patrón estacional no es tan evidente. El HZ no presenta variación estacional, siendo una enfermedad de aparición esporádica. El único reservorio del VVZ es el hombre y la forma más frecuente de transmisión es persona a persona por contacto estrecho de un individuo susceptible con las secreciones respiratorias de un infectado o también, por contacto directo o inhalación de aerosoles del fluido de las vesículas de la piel debidas tanto a varicela como al zoster. La varicela es altamente contagiosa, se estima que la tasa de ataque secundaria en un ambiente familiar puede llegar a ser del 86%. Aunque el virus se pueda transmitir desde pacientes con HZ, la tasa de ataque secundaria en un ambiente familiar es menor que por varicela

Las personas con mayor riesgo de sufrir complicaciones de la varicela incluyen:

- Recién nacidos o bebés cuyas madres nunca tuvieron varicela o nunca recibieron la vacuna
- Adolescentes y adultos
- Mujeres embarazadas que no han tenido varicela
- Personas que fuman
- Personas cuyo sistema inmunitario está debilitado por medicamentos, como la quimioterapia, o por una enfermedad, como cáncer o VIH

Para establecer el diagnóstico clínico de varicela son suficientes el antecedente de exposición reciente, la típica erupción cutánea con lesiones en diferentes fases evolutivas y su distribución y no se precisa confirmación microbiológica rutinaria. Antes de la erradicación de la viruela, éste era el primer diagnóstico diferencial que había que descartar. Actualmente, el diagnóstico diferencial de las lesiones vesiculosas de la varicela puede plantearse con el impétigo, la erupción variceliforme por el virus herpes simple (VHS) y las infecciones enterovirales diseminadas originadas principalmente por virus Coxsackie del grupo A. El diagnóstico de laboratorio puede establecerse por métodos virológicos y serológicos. Los procedimientos virológicos se basan en la detección directa de antígeno viral (inmunofluorescencia directa), partículas infectivas (cultivo celular) o ADN (PCR) en muestras clínicas. En el caso de varicela, el virus puede detectarse en las lesiones vesiculares en los 2-3 primeros días. En cuadros de herpes zoster la identificación del virus a partir de las lesiones cutáneas puede prolongarse durante una semana o más.

- Tratamiento sintomático

- Valaciclovir o famciclovir para los pacientes ≥ 12 años
- Aciclovir por vía intravenosa a los pacientes inmunodeficientes y a otros individuos con riesgo elevado de presentar una enfermedad grave

La enfermedad varicelosa leve en niños sólo requiere tratamiento sintomático. El alivio del prurito y la prevención del rascado, que predispone a la sobreinfección bacteriana, pueden ser tareas difíciles. Las compresas húmedas o, en caso de prurito intenso, la administración de antihistamínicos sistémicos y los baños con avena coloidal pueden ser de utilidad.

Con el fin de prevenir la infección bacteriana, los pacientes deben bañarse regularmente y mantener su ropa interior y sus manos limpias, con las uñas recortadas. No deben aplicarse antisépticos salvo que las lesiones se infecten. La sobreinfección bacteriana se trata con antibióticos.

En los niños, la varicela rara vez es grave. La enfermedad grave o letal es más probable en las siguientes situaciones:

- Adultos
- Los pacientes con inmunodeficiencia de células T (p. ej., cáncer linfoproliferativo)
- Los que reciben corticosteroides o quimioterapia o que tienen algún otro tipo de inmunocompromiso
- Pacientes tratados con antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF)

ERITEMA INFECCIOSO

El eritema infeccioso, a menudo denominado quinta enfermedad, es causado por el parvovirus humano B19. Es más frecuente durante la primavera y suele provocar brotes localizados con intervalos de pocos años entre los niños (en particular, en aquellos de 5 a 7 años de edad). La transmisión parece tener lugar por gotitas respiratorias y por la exposición percutánea a sangre y hemoderivados, con altas tasas de infección secundaria en los contactos familiares; la infección puede cursar sin signos ni síntomas.

El eritema infeccioso puede transmitirse por vía transplacentaria y, a veces, causa muerte fetal o anemia fetal grave con edema generalizado (hidropesía fetal). Sin embargo, alrededor de la mitad de las embarazadas son inmunes, debido a infección previa. El riesgo de muerte fetal es del 2 al 6% después de la infección materna, con riesgo máximo durante la primera mitad del embarazo.

Esta afección se disemina a través del contacto con secreciones respiratorias y generalmente retorna por 5 días. Sin embargo, la erupción asociada con esta enfermedad puede reaparecer durante algunas semanas, probablemente por la luz solar, el calor, el ejercicio, la fiebre o el estrés emocional.

- Evaluación clínica

El aspecto y el patrón de propagación del exantema son las únicas características diagnósticas; sin embargo, algunos enterovirus pueden causar exantemas similares. Puede descartarse la rubéola por pruebas serológicas; también son útiles los antecedentes de exposición. Las pruebas serológicas no son necesarias en los niños por lo demás sanos; sin embargo, los niños con una hemoglobinopatía o un estado inmunocomprometido conocido deben tener hemograma completo y recuento de reticulocitos para detectar la supresión hematopoyética, así como pruebas virales.

- Tratamiento de sostén

Solo se requiere tratamiento sintomático del eritema infeccioso. Se ha usado la inmunoglobulina IV para limitar la viremia y aumentar la eritropoyesis en pacientes inmunosuprimidos con aplasia eritrocítica pura.

La mayoría de los niños con eritema infeccioso se recuperan sin complicaciones. Cuando aparece la erupción y mientras esta está presente, suelen encontrarse bien y generalmente ya han retomado sus actividades habituales.

ROSEOLA

Es una infección viral que comúnmente afecta a bebés y niños pequeños. Implica fiebre alta y una erupción cutánea entre rosácea y roja.

La enfermedad es común en niños de 3 meses hasta los 4 años de edad y se da con mayor frecuencia entre los 6 meses y 1 año. Es provocada por un virus denominado herpesvirus humano 6 (HHV-6), aunque se pueden presentar síndromes similares con otros virus.

El tiempo entre el momento de la infección y el comienzo de los síntomas (período de incubación) es de 5 a 15 días.

Los primeros síntomas incluyen:

- Enrojecimiento de los ojos

- Irritabilidad
- Rinorrea
- Dolor de garganta
- Fiebre alta que aparece rápidamente y puede alcanzar los 105°F (40.5°C) y durar de 3 a 7 días.

Aproximadamente de 2 a 4 días después de resultar enfermo, la fiebre del niño disminuye y aparece una erupción. En la mayoría de los casos, esta erupción:

- Comienza en el tronco y se extiende a los brazos, las piernas, el cuello y la cara
- Es de color rosa o rosado
- Tiene llagas pequeñas que están ligeramente elevadas

La erupción dura desde unas pocas horas hasta 2 a 3 días. Por lo general no pica.

La roseola probablemente es causada por más de un virus. La causa más común es el virus de herpes humano 6 (HHV-6). El noventa por ciento de los casos ocurren en niños menores de dos años. Esta enfermedad se presenta durante todo el año.

- Evaluación médica

El médico sospecha roséola infantil cuando los síntomas típicos (en particular el desarrollo de una erupción después de desaparecer la fiebre) aparecen en un niño de 6 meses a 3 años de edad. No se suelen realizar pruebas, pero el diagnóstico de la rubéola infantil puede confirmarse con análisis de sangre.

- Paracetamol (acetaminofeno) o ibuprofeno para la fiebre (para proporcionar bienestar)

La fiebre suele tratarse con paracetamol (acetaminofeno) o ibuprofeno. Las convulsiones y la erupción no necesitan ningún tratamiento específico pero, dado que causan preocupación, la mayoría de los padres llevan al niño al médico para que lo examine.

En niños con un sistema inmunitario debilitado, si la enfermedad es grave, se intenta un tratamiento con los fármacos antivíricos foscarnet o ganciclovir.

El **pronóstico** es excelente en la inmensa mayoría de los casos. El exantema puede volver a repetirse, aunque no es muy frecuente. El exantema súbito es una enfermedad causada por virus que afecta fundamentalmente a niños con edades comprendidas entre los 4 meses y los 2 años.

ESCARLATINA

La escarlatina es una enfermedad caracterizada por fiebre, faringitis aguda y un exantema característico (micropapuloso y más acentuado en los pliegues). Está causada por cepas de *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta hemolítico del grupo A -EBHGA-) productoras de exotoxina pirogénica.

La transmisión es directa, de persona a persona por vía aérea. Es más frecuente entre los 2 y los 8 años de edad (máxima incidencia alrededor de los 4 años); en menores de 3 años es menos frecuente, pero debe considerarse en ambiente epidémico familiar, lactantes que acuden a escuela infantil y en épocas de mayor incidencia, final del invierno y primavera. No hay preferencia de sexos. Es una enfermedad benigna y autolimitada.

Es una enfermedad transmitida por contagio, generalmente por vía respiratoria, que se presenta con mayor frecuencia en niños en edad escolar de 2 a 10 años de edad (incluso hasta 12), pero raramente en adultos.

El diagnóstico es clínico y debe confirmarse con un test rápido de estreptococo o un cultivo de faringe. El tratamiento de elección es la penicilina V oral, como en la faringitis estreptocócica.

El pronóstico es bueno con el tratamiento adecuado. En algunos casos puede ser grave: formas tóxicas y formas sépticas.

ENFERMEDAD DE MANO PIE BOCA

La enfermedad de mano, pie y boca (EMPB) es una enfermedad infecciosa viral contagiosa que afecta principalmente a niños menores de 10 años, también se puede presentar en personas mayores. Su nombre es descriptivo, se caracteriza por fiebre, úlceras bucales y vesículas exantematosas en manos, pies y pliegues glúteos. Suele ser una enfermedad benigna, no exenta de complicaciones que pueden afectar al sistema nervioso central y causar falla cardiopulmonar, incrementando la morbimortalidad. Afortunadamente estas complicaciones son poco frecuentes. La EMPB es causada por un grupo de enterovirus, de los cuales destacan el coxsackie A16 y el enterovirus-71 aunque recientemente se han agregado el coxsackie A6 y el coxsackie A10. La enfermedad es poco frecuente en países del norte de América, sin embargo, ha causado interés porque ha llegado a tener un comportamiento endémico en el sur de Asia y en la costa oeste del Pacífico.

El número de casos de EMPB está incrementando globalmente a un punto en el que se ha llegado a considerar como un riesgo para la salud pública.

La EMPB es una enfermedad causada por un virus ARN de la familia Picornaviridae de pequeño tamaño, con una estructura de cápside desnuda. El género Enterovirus es el responsable de la patología, son estables y su cápside es resistente a condiciones ambientales adversas. El serotipo aislado más frecuentemente es el Coxsackie A16, seguido de enterovirus-71 y recientemente se ha encontrado con mayor frecuencia el Coxsackie A6 y el Coxsackie A10.

La enfermedad inicia con hipertermia, malestar general y anorexia. Como su nombre lo indica, la EMPB se caracteriza por un exantema vesicular en palmas de las manos, plantas de los pies, pliegues glúteos y úlceras dolorosas en garganta, boca y lengua (estas lesiones disminuyen la ingesta tanto de alimentos como de líquidos). Las lesiones en boca suelen preceder a las cutáneas y puede resultar en deshidratación. Otros sitios afectados suelen ser las rodillas, codos y dorso de las manos y pies.

Los niños que se encuentran en centros de cuidado infantil son particularmente propensos a los brotes de la **enfermedad de manos, pies y boca** debido a la propagación de infecciones en el contacto de persona a persona, y los niños pequeños son los más vulnerables.

El diagnóstico es usualmente clínico. Se basa en un buen interrogatorio y en la observación de las lesiones maculopapulares o vesículas exantematosas en mano, pie y boca. Las lesiones en piel también se pueden observar en piernas, cara y tronco, y en el área del pañal. Los estudios de gabinete incluyen cultivo (Gold Standard), PCR (cuando se sospecha infección del sistema nervioso central), y prueba de ELISA para IgM. Dichos estudios solo se recomiendan con fines epidemiológicos y de salud pública durante brotes y en casos severos. La biopsia de tejido ayuda a diferenciar el enterovirus de los virus de la varicela-zoster y del herpes simple. No obstante, sus características clínicas son tan distintas que difícilmente se pueden llegar a confundir.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con herpangina o estomatitis herpética para las lesiones en boca. Para las lesiones del cuerpo se debe descartar varicela o herpes zoster.

Actualmente no existe algún tratamiento antiviral que sea efectivo. El tratamiento es sintomático. Los corticosteroides se deben evitar, ya que su uso se ha asociado con un incremento del riesgo de desarrollar un cuadro severo. El aciclovir no ha demostrado ningún beneficio, por lo que no es un tratamiento aprobado para la enfermedad. Para el alivio del dolor y el control de la fiebre, se recomienda acetaminofen u ibuprofeno y, en casos necesarios, sprays faríngeos que contengan analgésicos o anestésicos. Se recomienda el aseo bucal sin cepillos dentales para evitar complicar las lesiones. No debe forzarse al paciente a comer, en cambio, se

deben ofrecer líquidos a tolerancia, alimentos suaves como yogurt, caramelos blandos; dieta blanda en general, hasta que puedan ingerir alimentos sólidos.

El pronóstico de la mayoría de los pacientes es excelente, la mayoría se recupera entre 10 y 14 días sin aparición de secuelas. No obstante, la presencia de temperatura mayor a 37.5 °C por más de tres días, letargia, vómito e infección por enterovirus-71 se asocian con cuadros severos. También existe una relación entre el exantema en caderas, temblor, disnea, reflejos patológicos y convulsiones, y la probabilidad de un cuadro severo. La afección del sistema nervioso central frecuentemente condiciona secuelas cognitivas y neurológicas. Por su parte, el choque cardiogénico y el edema pulmonar secundario incrementan la probabilidad de muerte.