



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

QUINTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Enfermedades exantemáticas".

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Medicina interna

UNIDAD IV

CATEDRÁTICO: Dr. Eduardo Zebadúa Guillén

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 01 DE DICIEMBRE DEL 2021

SARAMPIÓN



DEFINICIÓN: Enfermedad febril eruptiva, aguda extremadamente contagiosa, caracterizada por exantema maculo papular eritematoso confluyente.

ETIOLOGÍA: Pertenece al género Morbillivirus dentro de la familia de Paramyxoviridae.

FACTORES DE RIESGO

- Hacinamiento
- Contacto con enfermo
- Edad: más frecuente en lactantes
- Falta de inmunización

FISIOPATOLOGÍA: El virus del sarampión entra en el organismo generalmente por la nasofaringe, se une e invade el epitelio respiratorio y se extiende a los ganglios linfáticos regionales. Entre el segundo y el tercer días tras la exposición se produce la primera viremia, mediada por los monocitos. El proceso de replicación vírica prosigue en el sistema mononuclear fagocítico, y se produce una segunda viremia entre los días 5 y 7 postinfección. A partir del día 7 y hasta el 14, la replicación vírica tiene lugar en el tracto respiratorio, piel y otros órganos. Resultado de este último proceso son las manifestaciones clínicas características: cuadro catarral, fiebre y exantema. A partir del día 15-17 la respuesta inmunitaria humoral y celular, que ha desencadenado el virus en el paciente inmunocompetente, es capaz de controlar la replicación vírica y empieza la recuperación del paciente. Los cambios histopatológicos inducidos por la infección incluyen la hiperplasia del tejido linfoide de amígdalas, adenoides, ganglios, bazo e intestino. Es posible encontrar células multinucleadas en la primera fase de la infección en el aparato respiratorio, en especial nasofaringe y mucosa bronquial, y en el epitelio (células epiteliales gigantes), así como en el sistema mononuclear fagocítico (células gigantes de Warthin-Finkeldey), además de infiltración por células mononucleadas e inflamación peribronquial. El sarampión es responsable de una inmunodepresión transitoria que afecta a la respuesta de las células T; se han descrito casos de reactivación de tuberculosis en pacientes después de presentar el sarampión.

CUADRO CLÍNICO

- **Incubación:** 8-14 días
- **Contagio:** 1-2 d antes de pródromos hasta 3-5 d del rash
- **Fase catarral:** 2-4 días tos, fiebre alta, coriza, conjuntivitis, fotofobia, aparición de manchas de Koplik (pápulas puntiformes de color blanco-grisáceo y eritematosas distribuidas en la mucosa yugal)

- **Fase Eruptiva:** (en el día 14 de exposición y 2-4 días después de pródomos): Erupción maculo papular eritematosa confluyente, se inicia en márgenes del cuero cabelludo, cara y se extiende al tronco y extremidades, incluyendo manos y palmas. Desaparecen manchas de Koplik. Cae la fiebre.
- **Fase Descamativa:** (4 días); Desaparece la erupción y se produce una descamación fina con oscurecimiento de la piel (descamación furfurácea) No incluye palmas y plantas.

DIAGNÓSTICO → Notificar en la jurisdicción epidemiológica.

TRATAMIENTO

- Reposo
- Nutrición adecuada y abundantes líquidos
- Bajar la fiebre con paracetamol 10 – 15 mg/kg/dosis VO c/6hrs
- Suplementos de Vitamina A x 2 días: o 1 año: 200 000 UI c/24h

PREVENCIÓN: Vacuna triple viral (SPR) a los 12 meses y refuerzo a los 6 años.

COMPLICACIONES

- Neumonía bacteriana
- Encefalitis

RUBÉOLA



DEFINICIÓN

- **Congénito:** Tiene asociadas malformaciones graves que incluyen el bajo peso o restricción del crecimiento intrauterino, la microcefalia, la sordera neurosensorial, las cataratas, el retraso mental y la cardiopatía congénita
- **Adquirido:** También conocida como sarampión alemán, es una infección vírica benigna y autolimitada, caracterizada por un exantema maculopapular discreto y la presencia de adenopatías; frecuentemente es asintomática en lactantes y niños pequeños.

ETIOLOGÍA: El virus de la rubéola es el único agente conocido del género Rubivirus, dentro de la familia Togaviridae.

FACTORES DE RIESGO

- Exposición a enfermos o niños con rubéola congénita

- Hacinamiento
- Falta de vacunación
- Gestante con rubéola adquirida (puede pasar desapercibida)

FISIOPATOLOGÍA: Tras su inoculación el virus invade el epitelio respiratorio, inicia su replicación en la nasofaringe y, por vía hematógica, llega a los ganglios linfáticos regionales. El virus prosigue su replicación en el sistema reticuloendotelial; entre los días 6 y 20 de la infección se produce una segunda viremia. A los 8-14 días, la infección se ha extendido, el virus se replica en todo el organismo y puede aislarse en tracto respiratorio, piel, orina, ganglios, líquido sinovial, LCR y leche materna. Las manifestaciones clínicas aparecen en esta fase, en la que el individuo es más contagioso, y tras la cual se desencadena la respuesta inmunitaria que abortará la enfermedad. El exantema se considera una manifestación mediada inmunológicamente, pues la aparición del mismo coincide con el desarrollo de anticuerpos neutralizantes y de los que inhiben la hemaglutinina viral, por parte del paciente. Posteriormente se detectan los anticuerpos frente a otros antígenos víricos. La respuesta humoral es más importante tras la infección que después de la vacuna. La respuesta inmunitaria celular se inicia 1 semana después y se ha descrito, al igual que en el sarampión, una inmunodepresión celular transitoria tras la infección o vacunación.

CUADRO CLÍNICO

- Incubación → 14 – 21 días
- Pródromos → 1 – 5 días, febrícula, malestar general, poco apetito, conjuntivitis, rinorrea, faringitis, tos y enantema de Forchheimer (máculas eritematosas y petequias en el paladar blando). Pueden persistir semanas.
- Erupción: dura 1-5 días, es maculopapular, eritematosa y rosada no confluyente. Comienza en cara y se extiende al tronco y extremidades. Respeta palmas y plantas. No hay descamación y desaparecen los síntomas. Linfadenopatía generalizada en región suboccipital, posauricular y cervical. Artralgias frecuentes.

Alteraciones congénitas

- Cataratas
- Microcefalia
- Retardo en crecimiento intrauterino y postnatal
- Cardiopatía congénita
- Sordera neurosensorial

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIALES Y DE GABINETE: Sólo en caso de rubéola congénita. Dosaje de IgM en sangre del cordón o en el RN. Detección de Ac x ELISA o hemoaglutinación indirecta. Elevación en 4 veces los títulos de anticuerpos.

TRATAMIENTO

- **Adquirida**
 - Reposo
 - Aislamiento del paciente y sus contactos

- Bajar la fiebre con paracetamol 10 15 mg/kg/dosis c/6h.vía oral Vigilar posible aparición de complicaciones
- Limpieza de secreciones nasofaríngeas y objetos contaminados

→ **Congénita**

- Aislamiento: los recién nacidos con rubéola congénita son contagiantes
- Manejo multidisciplinario según hallazgos clínicos y grado de compromiso en nivel III

PREVENCIÓN → Vacuna triple viral (SPR) a los 12 meses y refuerzo a los 6 años.

COMPLICACIONES

- **Adquirida:** Artritis, encefalitis, púrpura trombocitopénica
- **Congénita:** Sordera, insuficiencia respiratoria, retardo psicomotor

VARICELA



DEFINICIÓN: Enfermedad viral, benigna, muy contagiosa con erupción papulovesicular pruriginosa de evolución rápida. Suele contagiar más entre pródromos y los primeros días de infección cutánea.

ETIOLOGÍA: Virus varicela zoster. Contagio por contacto directo con lesiones infectadas, vía respiratoria por gotitas expulsadas al hablar o toser. Más frecuente en invierno y primavera.

FACTORES DE RIESGO

- Edad: 5-9 años
- Hacinamiento
- Falta de higiene

CUADRO CLÍNICO

- Incubación: 14 – 21 días
- Contagio: 1 – 2 días antes del brote hasta 6 – 7 días después
- Pródromos: Fiebre, malestar, cefalea, duración 1 – 2 días
- Erupción: Rápida transformación del brote de ser máculopapular a vesículas que revientan y forman costras que se inician en el centro dando aspecto umbilicado. **Distribución centripeta.** Prurito intenso, polimorfismo regional, compromiso de mucosa oral o genital, duración aproximada: 1 semana. Dejan cicatrices deprimidas, hiper o hipopigmentadas. Deja de contagiar hasta 1 semana después de terminada la clínica

TRATAMIENTO

a) MEDIDAS GENERALES

- Higiene adecuada (uñas cortas), baño diario, uñas bien cortadas
- Aislamiento del paciente hasta que deje de ser contagiante
- Prurito: clorfeniramina 0.35mg/kg/d en 3 -4 dosis
- Fiebre: paracetamol 10 – 15 mg/kg/dosis 4 – 6 v/día

b) MEDIDAS ESPECÍFICAS

- Tratamiento de la infección sobreagregada.
- Dicloxacilina o cloxacilina 50mg/kg/d VO en 4 dosis
- Aciclovir 20mg/kg dosis c/6h x 5 días (si px tiene factores de riesgo, dar hasta las 72h d inicio).
- Gammaglobulina IM 48h antes de la exposición hasta 96h después de exposición.
Tratamiento para: niño inmunodeprimido, mujer embarazada sensible, RN con madre con varicela, prematuro hospitalizado

PREVENCIÓN: Vacunación → 1 año. Confiere inmunidad duradera.

COMPLICACIONES

- Sobreinfección
- Hepatitis
- Varicela grave, hemorrágica, necrótica varioloide
- Glomerulonefritis
- Neumonitis
- Encefalitis

ERITEMA INFECCIOSO



DEFINICIÓN: Quinta enfermedad producida por el parvovirus, caracterizada por síntomas prodrómicos leves seguidos de erupción macular característica, que comienza en cara y se extiende al resto del cuerpo.

ETIOLOGÍA: Parvovirus humano (PVH) B19 Virus DNA, se transmite exclusivamente al hombre, por secreciones respiratorias, por contacto, hemoderivados y de forma vertical de la madre al feto.

CUADRO CLÍNICO

- Incubación: 4-14 días
- Contagio: Vía respiratoria

- Pródromos: 2-3 días de malestar general inespecífico que pasa desapercibido, cefalea, fiebre.
- Fase eruptiva: Aparece a los 2-3 días el eritema difuso de las mejillas, **signo de la bofetada**. Respetando el triángulo naso labial, en la segunda fase aparece exantema maculopapular eritematoso del tercio superior del tronco y extremidades. En la tercera fase hay aclaramiento de lesiones. Aspecto de encaje o reticulado. Puede haber prurito, astenia febrícula. El exantema desaparece y puede volver a aparecer frente estímulos como la luz solar. Dura hasta 3 semanas.

COMPLICACIONES: Vasculitis, Púrpura trombocitopénica, exacerbación de enfermedades preexistentes.

TRATAMIENTO: Sintomático. No procede el aislamiento; cuando aparece el brote, ya no es contagioso

ROSÉOLA INFANTUM/ EXANTÉMA SÚBITO/ 6ta ENFERMEDAD



DEFINICIÓN: Es un cuadro clínico caracterizado por fiebre elevada que se mantiene durante 3-5 días y que cede de forma súbita con inicio de un exantema al desaparecer la fiebre. Tiene un pico de prevalencia en pacientes de edad comprendida entre 1 y 13 meses.

ETIOLOGÍA

- Virus del herpes humano de tipo 6
- Virus del herpes humano de tipo 7
- Enterovirus (virus de Coxsackie A y B, y echovirus)
- Adenovirus y el virus parainfluenza de tipo 1.

CUADRO CLÍNICO

- Incubación: 5-15 días.
- **Período febril:** 3-5 días .Fiebre alta (38.1 – 41°C), continua u oscilante, con niño en buen estado general. activo, alerta. Puede haber catarro, cefalea o dolor abdominal. Edema palpebral, con aspecto de ojos caídos.
- **Período eruptivo:** Cae la fiebre y aparece una erupción máculo papular rosado no confluyente eritematoso generalizado que dura 1-3 días, palidece con la presión. No descama ni hay enantema. No es pruriginoso. Inicia en el tronco y luego se extienden a extremidades, cuello y

cara. Se puede encontrar manchas de Nagayama (manchas eritematosas en la mucosa del paladar blanco y úvula).

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIALES Y DE GABINETE

- Cuadro Clínico
- Exámenes Auxiliares: Leucocitosis con neutrofilia al inicio y a partir del tercer día de fiebre hay leucopenia con linfocitosis.

TRATAMIENTO: Sintomático

COMPLICACIONES: Convulsión febril, rara vez hepatitis, encefalitis

ESCARLATINA



DEFINICIÓN: Enfermedad infecciosa causada por la toxina del estreptococo beta hemolítico grupo A.

ETIOLOGÍA

- Estreptococo pyogenes, productos de exotoxina A B C F
- Grupo étnico: Más frecuente en escolares (1 a 10 años). Máxima incidencia entre 4-8 años
- Contagio: Vía respiratoria
- Incubación: 2-4 días

CUADRO CLÍNICO

- Fiebre alta 38 – 40°C, cefalea, malestar general, vómitos
- Faringitis con eritema de la faringe posterior, exudado amigdalino, petequias en paladar blando.
- Linfadenopatía cervical dolorosa
- Exantema maculopápular eritematoso separadas puntiformes en tórax y cuello y se generaliza a todo el cuerpo, semeja papel lija o piel de gallina, Fascie de Filatov: respeta surco nasogeniano. Dura dura 4- 5 días.
- Erupción es más pronunciada en pliegues (Lineas de Pastia).
- Lengua con capa blanca saburral (lengua en fresa blanca) y al 4to día muestra hiperemia con hipertrofia de las papilas (lengua en fresa roja). Enrojecimiento de frente y mejillas.
- Descamación periférica que afecta manos y pies.

DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIALES Y DE GABINETE: Cuadro clínico + Pruebas rápidas de detección de estreptococo + Cultivo faríngeo.

TRATAMIENTO

Penicilina G benzatinica 25 000 a 50 000 UI/k o Amoxicilina 50mg/kg 3 dosis/d 10 días

- Si alergia a penicilina: Eritromicina 40mg/kg en 3 tomas al día x 20 días o Azitromicina 10mg/kg/día x 5 días

COMPLICACIONES: Absceso faríngeo, hepatitis, otitis, glomerulonefritis, endocarditis, Fiebre reumática.

ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA



DEFINICIÓN: Enfermedad eruptiva muy contagiosa caracterizada por lesiones vesiculares que aparecen en manos, boca y pies. La boca es la más frecuentemente afectada.

ETIOLOGÍA

- Virus Coxackie o Enterovirus. Ocurre en brotes epidémicos en verano e inicio de otoño.
- Incubación 4-7 días, contagio fecal oral, por fómites, vía respiratoria.

CUADRO CLÍNICO

- **PRÓDROMOS:** a las 12 – 24h fiebre, diarrea, anorexia, malestar general, vómitos.
- **LESIONES:** son vesículas ovaladas de punta grisácea con bordes eritematosos que varían entre 3-7 mm hasta 2 cm. Localización en manos, palmas, dedos de los pies, superficie dorsal y palmar, mucosa oral, lengua, paladar duro encías y labios. Puede haber petequias, maculas y pápulas no vesiculares en glúteos muslos proximales y rodillas.

TRATAMIENTO: Hidratación, antipiréticos (ibuprofeno), antihistamínicos (loratadina). No usar anestésicos tópicos. No medicamentos con corticoides porque produce más lesiones.

DURACIÓN: Se auto limita en 2 7 días sin dejar cicatrices.