



Jhoana Guadalupe Arreola Mayorga

Exantemas cutáneos (cuadro comparativo)

1er parcial

Clínicas de pediatría

Ricardo de Jesús Aguilar Felipe

Medicina Humana

7mo semestre

	Definición	Etiología	Epidemiología	Periodo de incubación
Staphylococce mia	Es una complicación del paciente con infección por Sthaphylococcus	Diseminación de Staphylococcus aureus Su desarrollo se relaciona con la resistencia de huésped y virulencia del patógeno.	4,6 a 8,4 casos por 100,000 niños Más frecuente en niños de 2 a 5 años	Según la infección principal. Varía de 30 min - 8 horas a 1-8 días.
Eritema infeccioso	Infección exantémica viral común en la niñez.	Parvovirus humano (B19).	Más frecuente en niños y adolescentes de 4 a 15 años. Más común a finales de invierno y en primavera.	7 a 10 días
Enfermedad de Kawasaki	Vasculitis de vasos de pequeño y mediano calibre, sistémica aguda autolimitada que afecta a niños de entre 1 a 5 años.	No se ha comprendido en su totalidad y su causa aún se desconoce. Algunos consideran que puede ser infeccioso.	El 82% de los casos se describen en menores de 5 años con predominio masculino. Prevalencia de 0.42% Incidencia de 17.1 casos en EUA.	Se desconoce
Sarampión	Enfermedad exantémica febril grave, generalmente autolimitada.	Virus de sarampión, un virus RNA del género Morbillivirus de la familia Paramyxoviridae,	En el 2020 se notificaron 1364 casos probables en Mexico, de los cuales, 124 se confirmaron por laboratorio.	7 a 13 días
Rubeola	Enfermedad infecto contagiosa de origen viral por un tongavirus.	Virus de la rubéola, tongavirus del género Rubivirus.	En 2017 se reportaron 8 casos importados, y 1 caso en México.	12 a 23 días
Varicela	Enfermedad contagiosa caracterizada por la erupción de vesículas.	Virus de la Varicela-zoster (VVZ)	Mayor incidencia en menores de 1 año y de 1 a 4 años de edad. Predomina en primavera e invierno.	10 a 21 días
Sx de pie mano boca	Enfermedad infecciosa caracterizada por las erupciones en pies y manos	Más común: virus de Coxsackie A16	Se presenta en niños de 6 meses a 13 años. Con mayor frecuencia en los meses de verano y otoño, predominio tropical.	2 a 14 días
Sx Steven Johnson	Enfermedad dérmica exfoliativa que pone en peligro la vida.	Reacción de hipersensibilidad (afecta <10% de la superficie corporal)	Ocurren en el 2% de los pacientes con tratamiento farmacológico. Más frecuente en mujeres, ancianos y pacientes con VIH	1 a 3 días

	Transmisión	Cuadro clínico	Adenopatías/exantema
Staphylococce mia	Por contacto (más común), diseminación de partículas (1.8m). Las infecciones menores pueden ser la cuenta más común.	Varían según la localización: Sistémico: Fiebre, dolor, conjuntivitis, Piel: impétigo, foliculitis, furunculosis, hiraadenitis, sx de la piel escarlada. Generalmente, eritema pero bucal que se extiende a todo el cuerpo, ampollas, vesículas. Tracto respiratorio: otitis, sinusitis (px con fibrosis quística), neumonía, empiema, pnoneumotórax. Disnea, taquipnea, bronconeumonía. Cardiovascular: endocarditis. Musculoesquelético: piomiositis, osteoartritis supurativa. Mialgias. SNC: meningitis. GI: vómitos, diarrea, náuseas, dolor abdominal (principal causa de shock tóxico).	Según la infección principal, se presenciarán los exantemas. Principalmente en cara, axilas e íngues; aunque puede afectar toda la superficie corporal.
Eritema infeccioso	Mediante gotículas respiratorias y secreciones orales	Puede ser asintomática. Fiebre, faringodinia, escalofríos, malestar general, mialgias, descenso de hemoglobina (detención de la eritropoyesis), exantema. Adultos: poli artritis, de semanas a meses. Complicaciones. Crisis aplásica (afecta a px con anemia hemolítica) por una reducción en la eritropoyesis, por lo que pasan por un periodo de reticulocitopenia, de 7 a 10 días.	Exantema característico en mejillas (por ello también de denomina: enfermedad de la mejilla abofeteada), que suele extenderse posteriormente a brazos y piernas. Persiste 1 a 2 semanas.
Enfermedad de Kawasaki	Se desconoce	Fiebre elevada (39-40°), eritema palmar/plantar, descamación de la región periungueal, líneas de Beau, exantema maculopapular difuso (urticaria, exantema escalatiforme, eritrodermia, hiperemia conjuntiva, bilateral, cambios en labios y mucosa oral (eritema, xerostomía, quelitis fisurada, descamación, grietas y sangrado de los labios), linfadenopatía cervical, afección cardiovascular (miocarditis, derrame pericárdico, enfermedad valvular, arritmias auriculares o ventriculares)	Exantema en tronco y extramidade, asentuándose en la región perineal donde puede aparecer descamación temprana. Linfadenopatía cervical.
Sarampión	Secreciones respiratorias	Fiebre elevada, tos, rinitis, conjuntivitis, fotofobia, lesiones en membranas mucosas (manchas de Koplik, generalmente en boca pero pueden presentarse en conjuntivas y la mucosa vaginal), exantema maculopapuloso Complicaciones: neumonía, encefalitis, panencefalitis esclerosante su aguda (PEES)	Exantema generalizado que comienza debajo de las ojeras.

	Transmisión	Cuadro clínico	Adenopatías/exantema
Rubeola	Vía respiratoria	Fiebre leve, cefalea, malestar general, coriza, conjuntivitis, adenopatía retroauricular, exantema maculopapuloso En adultos: dolor óseo y articular, trombocitopenia, encefalopatía postinfecciosa. Enfermedad congénita: (cuadro más grave) cataratas, retraso mental, alteraciones cardíacas y sordera. La mortalidad in útero y durante el primer años de vida es elevada.	Adenopatía retroauricular y en la parte posterior del cuello, exantema que empieza en la cara y se extiende por el resto del cuerpo
Varicela	Contacto directo	Exantema de aparición cefalocaudal maculopapular pruriginoso de 3-5mm de diámetro rodeado por un halo eritematoso que evoluciona a una vesícula, luego pústulas y por último formas costras	Exantema con aparición cefalocaudal
Sx de pie mano boca	Vía fecal-oral, oral-oral (gotas respiratorias) Contacto directo	Fiebre de bajo grado, anorexia, odinofagia, dolor abdominal, exantema con vesículas ovaladas rodeados por un halo eritematoso, prurito*, úlceras dolorosas en mucosas (paladar, lengua, carrillos). Complicaciones: vómitos, leucocitosis. Meningitis, neumonías (fiebre, dolor lumbar, disnea, estertores pulmonares bilaterales, leucocitosis, proteína C reactiva.	Exantema con localización dorsal y lateral de los dedos, así como en la superficie palmar y plantar que a menudo se disponen a los dermatomas. También puede estar presente en muslos
Sx Steven Johnson	No se transmite, es desencadenada por un medicamento principalmente.	Fiebre, cuadro gripal 1 a 3 semanas tras la administración del fármaco, máculas generalizadas que progresan a vesículas con desprendimiento de la epidermis sin involucrar folículos pilosos. Posteriormente la separación de la epidermis progresa y provoca grandes regiones desnudas dolorosas con pérdida del agua y proteína excesiva, a grado, pérdida de calor por evaporación con hipotermia subsecuente e infección.	Exantema generalizado que inicia en región periorbital, boca, nariz y genitales

	Diagnóstico	Tratamiento
Staphylococce mia	Cultivo: agar sangre Microscopía: cocos gram positivos, en forma de racimos, coagulasa positivos Aislamiento del microorganismo Clínico	Se recomienda hacer un antibiograma previo a la administración de terapia farmacológica debido que la resistencia a antibióticos es común. 1ª elección: Vancomicina IV Alternativas: TMP/SMX (VO), Tetraciclina (doxiciclina, minociclina, VO), daptomicina, tigeciclina, linezolid.
Eritema infeccioso	Clínico Detección de inmunoglobulina (Ig) M específica o ADN vírico PCR	Sintomático
Enfermedad de Kawasaki	No hay ningún estudio de laboratorio que se considere criterio diagnóstico, sin embargo lo siguiente puede ayudar: Proteína C reactiva, es común la leucocitosis con neutrofilia, elevación d plaquetas de 1,000,000/mm ³ , EKG.	Ácido acetilsalicílico IGIV Esteroides (Tx para px con Enf. de Kawasaki refractaria)
Sarampión	Técnicas de inmunofluorescencia, PCR, detección de IgM.	No existe tratamiento específico, el tratamiento es sintomático y de apoyo. Prevención: vacunación.
Rubeola	Aislamiento del virus Anticuerpos específicos	Medidas generales: control de fiebre, aislamiento. Generalmente no requiere tratamiento.
Varicela	Clínico	Lociones secantes Si se presenta en población de riesgo (embarazadas, lactantes, adolescentes, Inmuno comprometidos, y desnutridos) se recomienda el aciclovir
Sx de pie mano boca	Clínico Determinación del virus Serología	No existe tratamiento médico específico. Se recomienda aliviar el dolor.
Sx Steven Johnson	Clínica Antecedentes clínicos	Suspensión del fármaco relacionado Tratamiento sintomático

Referencias

1. Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Kawasaki en el primero, segundo y tercer nivel de atención (Síndrome mucocutáneo linfonodular). Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2015.
2. Prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente pediátrico con Sarampión. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2009.
3. Prevención, diagnóstico y tratamiento de Rubéola en el primer nivel de atención. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2015.
4. Diagnóstico diferencial de los Exantemas Infecciosos de la infancia. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2011.
5. Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Stevens-Johnson/Necrosis Epidérmica Tóxica. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2011.