



**Arguello Tovar Avilene Del Rocío**

**Dr. Aguilar Felipe Ricardo de Jesús**

**Cuadro comparativo-Enfermedades  
exantemáticas**

**Clínicas Pediátricas**

**7° B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de septiembre del 2023

# Enfermedades exantemáticas agudas

Patologías	Staphylococcemia / Escarlatina	Eritema infeccioso	Sarampión	Rubeola	Enfermedad de Kawasaki
Definición	Enfermedad exantemática e infectocontagiosa producida por Exotoxinas del Estreptococo Beta Hemolítico del grupo A	Enfermedad exantemática a un grupo de infecciones sistémicas.	Enfermedad provocada por un virus RNA de la familia Paramixovirus, del género Morbillivirus	Provocado por un Virus RNA de la familia Togaviridae, género Rubivirus. Es una enfermedad de evolución benigna	Es una vasculitis multisistémica de etiología desconocida que afecta, principalmente, a las arterias coronarias, y constituye la causa principal de cardiopatía adquirida en los países desarrollados.
Etiología	Estreptococo B grupo A	Parvovirus B19	Paramixovirus	Togavirus	Vasculitis de etiología no aclarada
Incubación	De 1-7 días	De 4-28 días, en promedio 9 días	De 7 a 18 días, en promedio 10 días	De 12-23 días	1-4 semanas después del comienzo
Epidemiología	Incidencia en niños de 6-12 años, en México en invierno y climas templados	Afecta a niños en edad escolar, máxima incidencia a finales del invierno y en primavera.	Mayor riesgo en niños <2 años con inmunodeficiencia adquirida o desnutrición grave o de bajos recursos	Afectación en etapa infantil entre 5 a 9 años	Frecuencia en primavera o invierno. Afecta a niños de 1 a 8 años- típico en lactantes menores de 6 meses el eritema intenso en la zona del pañal
Cuadro clínico	Fiebre elevada, Malestar general, Odinofagia, Adenomegalias cervicales, Amígdalas y faringe inflamadas y enrojecidas con puntos blancos, pueden estar cubiertas de una capa blanquecina y Artralgias	Rinorrea Hialina Dolor faríngeo Fiebre de baja intensidad. Exantema facial, eritema en las extremidades, tronco o glúteos y erupción cutánea en forma de red	Fiebre, tos, coriza, conjuntivitis y exantema maculopapular eritematoso confluyente y enantema patognomónico, manchas de Koplik	Adenopatía Retroauricular Hiperemia Conjuntival Malestar general Fiebre poco intensa que inicia 3-4 días de iniciada la adenopatía.	Fiebre de inicio brusco entre 39-40 °C Inflamación de conjuntiva sin secreción ni edema de párpados. Alteraciones en boca, labios rojos y fisurados, lengua aframbuesada y enrojecimiento faríngeo. Palmas y plantas edematosas, enrojecidas y descamadas.
Vía de contagio	De persona a persona al estornudar o toser (vía respiratoria)	Contagio directo con secreciones desde 5 días antes y hasta la aparición del exantema. Transfusión sanguínea, inhalación de aerosoles y Vía placentaria que se asocia con muerte fetal intrauterina.	Tos y estornudos Desde un 1 día antes de la fiebre hasta 5 días después de la erupción	Contagio directo desde 7 días antes y hasta 5-7 días después de la desaparición del exantema, inhalación de aerosoles y vertical	Causa desconocida
Tipo y localización de adenopatías y/o exantemas	Exantema maculopapular de distribución cefalocaudal de aspecto puntiforme y algo sobreelevados marcados en frente y mejillas, así como en pliegues cutáneos inguinal, axilar y antecubital, al tacto de la impresión de tocar piel de gallina o papel	Exantema maculopapular en ambas mejillas de color rojo intenso (enfermedad de la cachetada) y luego continua con una distribución cefalocaudal.	Exantema que inicia atrás de la oreja con máxima intensidad en el 3er día y desaparición en el 6to; nunca en manos y pies. Descamación leve y manchas residuales.	Exantema maculopapular con distribución cefalocaudal con duración de 4 a 7 días	Exantema maculopapular intenso de distribución irregular de preferencia en tronco que se acentúan con la fiebre.
Diagnóstico	Cultivo de exudado faríngeo Pruebas de Estreptococo anticuerpos (solo cuando existe sospecha de complicaciones de fiebre reumática)	Serología IgM (6-8 semanas activa) IgG y PCR	Anticuerpos Ig M específicos del virus de sarampión Toma de muestra: o Suero (5° a 35° Día) o Exudado Faríngeo (1° a 5° Día) o Orina (1° a 5° Día)	ELISA, fijación de complemento o hemaglutinación. Ig M anti-rubéola permite el diagnóstico seguro y se puede realizar a partir de las 72 horas de iniciado el proceso.	Criterios clínicos establecidos y debe sospecharse ante un niño menor de 5 años con fiebre persistente
Tratamiento	Penicilina G benzatínica (Dosis única), Amoxicilina o Penicilina V Alérgicos a la penicilina: Cefalexina o Clindamicina Azitromicina o Claritromicina	Inmunoglobulina estándar IV 400mg/kg/día (5-10 días)	Vitamina A 200,000 UI diarias por dos días	Sin tratamiento	Gammaglobulina intravenosa y ácido acetilsalicílico