

XXIII
Congreso Nacional
de medicina general
y de familia

GRA
NA
DA 2016
26-28 MAYO



Taller de dermatología. Enfermedades exantemáticas

Ponentes:

Dra Carmen Sánchez Peinador

Dra María Sanz Almazán



¿¿¿¿EXANTEMAS???

¿¿¿ERUPCIÓN???





1. INTRODUCCIÓN

- Enfermedad exantemática → edad pediátrica
- Erupción cutánea aguda que aparece constituyendo un signo de una enfermedad general.
- Causa:
 - Infecciosa (Vírica 75%)
 - Enfermedades sistémicas
 - Fármacos

SISTEMÁTICA DIAGNÓSTICA

- **Características del exantema**
 - Tipo de lesión
 - Color
 - Distribución
 - Patrón morfológico
- **Antecedentes epidemiológicos**
- **Manifestaciones clínicas**
- **Hallazgos exploratorios**



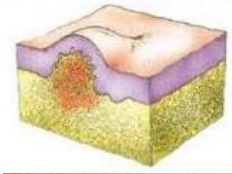

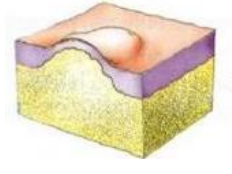

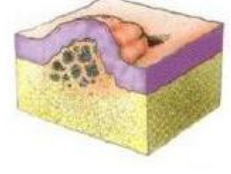

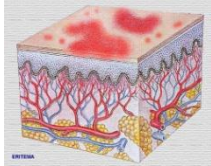



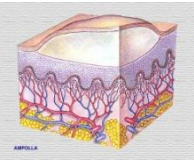

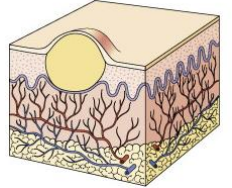

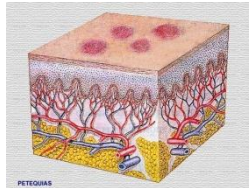

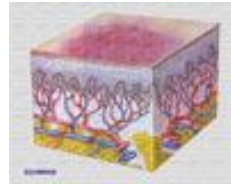



Características del exantema



TIPO DE LESIÓN	COLOR	PATRÓN MORFOLÓGICO	DISTRIBUCIÓN
- Mácula	- Rosado	- Morbiliforme	- Localizado
- Pápulas	- Rojo	- Escarlatiniforme	- Generalizado
- Eritema	- Violáceo	- Reticular	- Asimétrico
- Habones	- Pardo	- Urticarial	- Centrípeto
- Vesículas	- Púrpura	- Vesiculoso	- Centrífugo
- Pústulas		- Ampollosa	- Cefalocaudal
- Ampollas		- Purpúrico	- Pliegues
- Petequias		- Polimorfo	- Palmas y plantas
- Equimosis			

LESIONES ELEMENTALES

MÁCULA  	PÁPULA  	PLACA/HABÓN  	NÓDULO/GOMA  	ERITEMA  
VESÍCULA  	AMPOLLA  	PÚSTULA  	PETEQUIA  	EQUÍMOSIS  

**ERITRODERMICO
ESCARLATINIFORME**



**MACULOPAPULOSO
MORBILIFORME**



RETICULAR FESTONEADO



URTICARIAL HABONOSO



VESICULO AMPOLLOSO



PURPÚRICO PETEQUIAL

Antecedentes, signos y síntomas

Antecedentes

- Edad
- Vacunaciones previas
- Enfermedades exantemáticas pasadas
- Ambiente epidémico escolar o familiar
- Contactos con enfermos/ portadores
- Exposición ambiental y con animales
- Viajes a zonas de riesgo
- Tratamientos farmacológicos
- Enfermedades sistémicas

Síntomas y signos acompañantes

- Periodo prodrómico: clínica y duración
- Fiebre
- Síntomas respiratorios/digestivo / gripales
- Prurito
- Afectación ocular
- Afectación de mucosas
- Faringoamigdalitis
- Adenopatías
- Hepatoesplenomegalia
- Artralgias/artritis
- Edemas
- Signos meníngeos
- Signos de shock
- Signos patognomónicos

SIGNOS DE ALARMA

1. Fiebre
2. Mal estado general
3. Tiempo de evolución (>evolución <gravedad)
4. Irritabilidad
5. LESIONES PETEQUIALES
6. LESIONES AMPOLLOSAS
7. Afectación de varias mucosas



CASO CLINICO 1

- Clara, **11 meses**
- Acuden los padres a consulta porque la niña no quiere comer, parece que le duele la boca o la garganta.
- Presenta **febrícula**



¿EN QUÉ PENSARÍAS?

ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE

- Enterovirus y Coxsackie A16.
- Contagio: respiratorio y fecal-oral.
- Verano y otoño. Incubación de 3-6 días.
- Es una enfermedad casi siempre **leve**, con o sin febrícula, anorexia y síntomas catarrales o digestivos.
- Aparecen **vesículas en cavidad bucal** que pueden ulcerarse. Vesículas en **manos y pies, no pruriginosas**
- Se resuelve en aproximadamente una semana y tiene buen pronóstico.
- **Tratamiento sintomático.** Ulceras bucales
- Desaparece en 5-10 días.







CASO CLÍNICO 2



- Pablo
- 4 años
- No fiebre
- Hace 24h
pápulas
eritematosas
- Casos de
varicela en el
colegio
- Pruriginoso

VARICELA

TRONCO, CUELLO, DETRÁS DE LAS OREJAS

Tratamiento y profilaxis

Tratamiento		
Bajo riesgo	Paracetamol (grado de recomendación A)	Dosis adulto: 0,5-1g/4-6 h vo Dosis pediatría: 10-15 mg/kg/6-8 h vo
	Dexclorfeniramina (grado de recomendación C)	Dosis adulto: 2-6 mg/6-12 h vo Dosis pediatría: 0,15-0,30 mg/kg/día (en 3-4 tomas) vo
Riesgo elevado ^a	Aciclovir oral (grado de recomendación A)	Útil en las primeras 24-48 h iniciado el exantema Dosis adulto: 800 mg/5 veces/día/7 días vo Dosis pediatría (> 2 años): 20 mg/kg/6 h, máx. 800 mg/5 días
Alto riesgo ^b	Aciclovir ev	Tratamiento hospitalario
Profilaxis postexposición ^c		
Hasta 72 h	Pacientes que no han pasado la enfermedad y no están vacunados	Vacunación (grado de recomendación A)
Hasta 96 h	Pacientes susceptibles y de riesgo, y en los que no se puede usar la vacuna	Gammaglobulina (grado de recomendación A)

Riesgo de padecer enfermedad más grave.

Riesgo de diseminación (inmunodeprimidos, varicela neonatal).

Si existe contacto significativo en personas susceptibles y con riesgo.

- La madre está embarazada
- No ha pasado la varicela

**GAMMAGLOBULINA
INTRAMUSCULAR**



¿QUÉ HACEMOS?

Riesgo de varicela en el embarazo: 15 días

¿Hacemos?

¿Vacunamos?

**VACUNAS VIRUS VIVOS → NO
EMBARAZADAS**

¿Y EL ACICLOVIR?

- Fases tempranas → disminuye el número y duración
- **NO SE RECOMIENDA DE FORMA SISTEMÁTICA**
- Personas con **riesgo de padecer enfermedad más grave:**
 - Transtornos cutáneos o pulmonares crónicos.
 - Administración de corticoides sistémicos en los últimos 3 meses, en dosis equivalente a 2 mg/kg/día de prednisona durante al menos 1 semana o 1 mg/kg/día durante 1 mes.
 - Ingesta crónica de salicilatos.
 - Los mayores de 13 años
 - *Según algunos autores, también sería un factor de riesgo el segundo caso intrafamiliar.*
- Personas de alto riesgo: huéspedes **inmunodeprimidos** → aciclovir endovenoso

Pablo tiene fiebre el 5º día...

- FIEBRE ALTA PERSISTENTE

COMPLICACIÓN:

- **Infección bacteriana secundaria**
 - Cutánea
 - OMA
 - Neumonía
 - Osteomielitis y sepsis



Neumonitis (adultos). Trombocitopenia. Ataxia cerebelosa. Encefalitis



CASO CLÍNICO 3

- Berta, 12 meses
- Fiebre 39°C
- A los 3 días continua con fiebre
- BEG
- No otros síntomas
- En urgencias → eritema timpánico OD → amoxicilina
- A las 24 horas desaparece la fiebre y aparece....





EXANTEMA SÚBITO (ROSÉOLA INFANTIL)

CLAVE DIAGNÓSTICA

- Aparición **SÚBITA** de la erupción cutánea al **REMITIR LA FIEBRE** en **LACTANTE** con **CUADRO FEBRIL** de 3-4 días de evolución
- **NO CONFUNDIR CON REACCIÓN ALÉRGICA**

EXANTEMA “TRANQUILIZADOR”



CASO CLÍNICO 4

- Cristina, 7 años
- Lesiones diagnosticadas de urticaria.
- Ha estado en tratamiento con antihistamínicos sin mejoría.
- No ha tenido fiebre.
- No tiene lesiones de rascado.



ERITEMA INFECCIOSO

MEGALOERITEMA

- Parvovirus B19
- Tras la aparición del exantema, ya no es contagioso
- Pródromos asintomático
- 3 fases:
 1. Doble bofetada
 2. Exantema en brazos, muslos y nalgas, respeta palmas y plantas, **EN ENCAJE**
 3. Exantema aparece y desaparece
- Puede haber prurito





CLAVE DIAGNÓSTICA

- ✓ Aspecto ERITEMATOSO
RETICULAR del exantema
- ✓ Edad escolar
- ✓ Distribución típica
- ✓ No repercusión general

ERITEMA INFECCIOSO (5ª enfermedad)	EXANTEMA SÚBITO (6ª enfermedad)
Parvovirus B19	Virus herpes 6.
No pródromos. No fiebre.	Pródromos: Fiebre alta con buen estado general.
Exantema: Primero en cara, luego desciende.	Exantema: No afecta a cara. Sólo tronco y extremidades. Aparece bruscamente, al ceder la fiebre.
Complicaciones: Artralgias, artritis, hydrops fetal (si afecta a la gestante), crisis aplásicas en enfermos con anemias hemolíticas.	Complicaciones: Convulsiones febriles (fiebre muy alta).

CASO CLÍNICO 6

Odinofagia
+
Fiebre



Amoxicilina

48 h



Exantema tenue
en tronco
Fiebre elevada
Odinofagia
Adenopatías
submaxilares

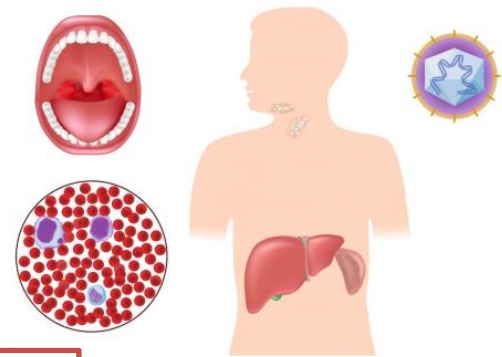


**¿Cambiamos el
antibiótico?
¿Lo suspendemos
por posible reacción
alérgica?**



MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

- Infección por virus: Epstein Barr (90%)
- Periodo de incubación: 2 a 6 semanas
- Se trasmite por la saliva
- **CLÍNICA**
 - ✓ Inicio inespecífico: astenia, anorexia y fiebre alta
 - ✓ Faringoamigdalitis
 - ✓ Adenopatías laterocervicales
 - ✓ Hepatoesplenomegalia
 - ✓ **Exantema maculopapuloso (5-15%)**



80% en pacientes tratados con β -lactámicos

DIAGNÓSTICO

- Hemograma: linfocitosis mononuclear con linfocitos atípicos en el frotis sanguíneo. Heterogeneidad linfocítica.
- Prueba de Paul Bunnell



**Faringoamigdalitis
+
Exantema
maculopapuloso tras
administrar β -
lactámicos**

CASO CLÍNICO 7

- Álex, 8 años
- Fiebre y odinofagia



ESCARLATINA

ESCARLATINA



DIAGNÓSTICO

- Streptococcus pyogenes
- También producen exantema escarlatiniforme:
 - Infección cutánea S.pyogenes
 - Staphylococcus aureus

- **¿Cómo podemos confirmar el diagnóstico?**
Detección de Ag estreptocócicos con faringotest



TRATAMIENTO

Eficacia dudosa para prevenir complicaciones no supurativas

- **ANTIBIÓTICO**

- Penicilina V: 500-250 mg/12h/10 días vo
- Amoxicilina 40-50 mg/Kg/día cada 12-24h/10 días vo

- **COMPLICACIONES**

- Supurativas: OMA, sinusitis, linfadenitis, absceso periamigdalino
- No supurativas: hepatitis, artritis, glomerulonefritis, fiebre reumática

PERIODO DE EXCLUSIÓN:

**5 DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DEL ANTIBIÓTICO Y HASTA QUE
DESAPAREZCA LA FIEBRE**

CASO CLÍNICO 8

- Juan, 3 años
- Fiebre
- Hiperemia conjuntival + exantema máculopapuloso en tronco

¿Viriasis?



- ✓ Fiebre alta
- ✓ **Hiperemia conjuntival intensa**
- ✓ Labios fisurados
- ✓ Adenopatía cervical



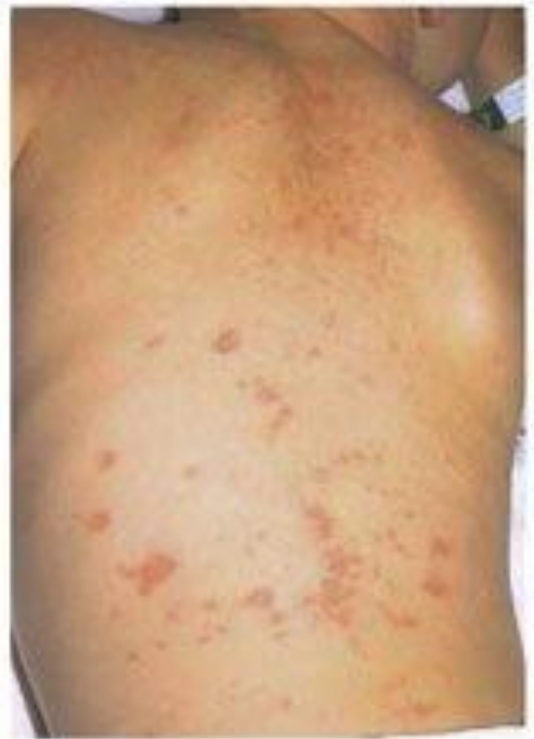
ENFERMEDAD DE KAWASAKI



A



C



E



B



D



F

¿QUÉ HACEMOS?



DERIVACIÓN AL HOSPITAL

TRATAMIENTO → gammaglobulina intravenosa

Complicaciones → aneurismas en las arterias coronarias

CASO CLÍNICO 9

- Laura, 16 meses
- Fiebre alta (40 °C)
- Postrada, MEG
- Exantema
maculopapuloso tenue
en tronco + *alguna
lesión petequial*

¿DERIVAR?

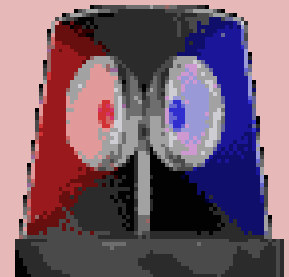
¿ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA?



MENINGOCOCOCEMIA

- Neisseria meningitidis (B o C).
- Dos picos de máxima incidencia: menores de 2 años y al final de la adolescencia.

NIÑO MENOR DE 2 AÑOS
FIEBRE ALTA
MAL ESTADO GENERAL
PETEQUIAS O PÚRPURA



LESIONES PETEQUIALES:

- Exantema petequial o purpúrico → Urgente
- Si buen estado general y no signos de alarma:

1º) Descartar la posibilidad de causa mecánica :

- ✓ Tos o vómitos en niño afebril → petequias puntiformes por encima de la línea intermamilar
- ✓ Presión física local
- ✓ Fricción de la piel

2º) En caso de no identificación de causa mecánica, observación y evaluación analítica

SARAMPIÓN

- Jimena, 13 meses
- Fiebre, tos, conjuntivitis, malestar
- A los 3 días...



Pápulas blanco-grisáceas puntiformes con halo eritematoso.

Manchas de Köplik



Confluyente

Cráneo-caudal afectando a
palmas y plantas

Descamación furfurácea

SARAMPIÓN



- Muy contagioso
- Periodo de incubación: 8-12 días
- Lactantes menores de 12-15 meses (no vacunados) o niños menores de 4 años (fallo vacunal en la 1ª dosis) o a cualquier edad en personas no vacunadas o que no hayan pasado la enfermedad (adolescentes o adultos).
- Excepcional en nuestro medio.

**PERIODO DE EXCLUSIÓN:
1-2 DÍAS ANTES DE LOS SÍNTOMAS HASTA 5 DÍAS DESPUÉS
DE BROTAR EL EXANTEMA**

En el caso de que se diera un brote de sarampión, ¿sería conveniente poner una dosis extra de vacuna?

- La vacuna del sarampión se administra de manera combinada con las de la rubeola y la parotiditis.
- Es una vacuna de virus vivos atenuados y da una inmunidad de larga duración.
- En caso de brote **NO es necesario poner una dosis adicional a los vacunados.**
- **Si se recomienda poner una dosis a los niños de 6-9 meses** (esta dosis adelantada como consecuencia del brote no se contabilizara)



KEEP

SIN MORIR EN EL INTENTO

LOVE

EXANTEMÁTICAS



COSTRA LÁCTEA



COSTRA LÁCTEA

- Dermatitis seborreica, pápulo-escamosa
- **TRATAMIENTO**
 - Aplicar antes del baño **aceite** con un suave masaje → cepillar con cepillo suave para eliminar las escamas
 - Vaselina salicílica 2%
 - Gel de ketoconazol al 2%
 - Lesiones muy inflamatorias: corticoide suave como la **hidrocortisona 1%**
 - NO RETIRAR LAS COSTRAS DE MANERA TRAUMÁTICA





Placa rojo brillante en la vulva de una niña y pequeños puntos rojos (lesiones satélites) que se extienden hacia los pliegues y se mezclan entre ellas.

DERMATITIS DEL PAÑAL

DERMATITIS DEL PAÑAL

TRATAMIENTO

- PREVENCIÓN:

- ✓ Mantener la zona bien seca
- ✓ Evitar pañal ajustado
- ✓ Lavar con agua tibia, sin frotar
- ✓ No usar toallitas que contengan alcohol o perfumes
- ✓ No usar polvos de talco



- Cremas barrera con óxido de zinc o dióxido de titanio.
- Crema de hidrocortisona 0,1% dos veces al día, pocos días
- Si Candidiasis combinar antifúngicos tópicos



Pápulas pequeñas, color de la piel, aspecto perlado y en ocasiones centro umbilicado. Se suelen presentar lesiones agrupadas

MOLUSCO CONTAGIOSO

MOLUSCO CONTAGIOSO

- Infección de origen vírico (poxvirus)
- Transmisión: contacto directo o por fómites (autoinoculación)



Dermatitis por molusco (eczema perilesional)



Fenómeno de Köebner

MOLUSCO CONTAGIOSO

TRATAMIENTO

- Suele remitir espontáneamente
- Técnicas quirúrgicas: crioterapia o **curetaje**
- Agentes tópicos que producen respuesta inflamatoria local: cantaridina 0,7-0,9%, ácido salicílico 5-20%, hidróxido potásico al 10%.
- Agentes tópicos modificadores de la respuesta inmunitaria: imiquimod 5% o el cidofovir 0,3-3%.

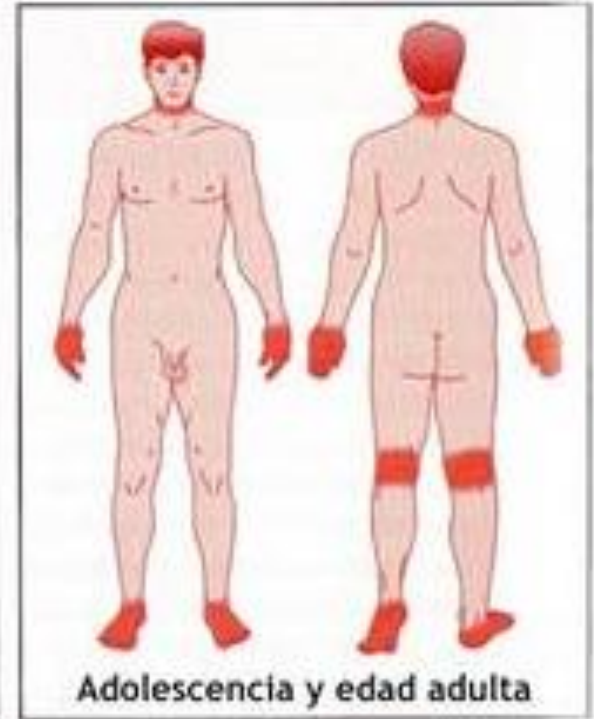
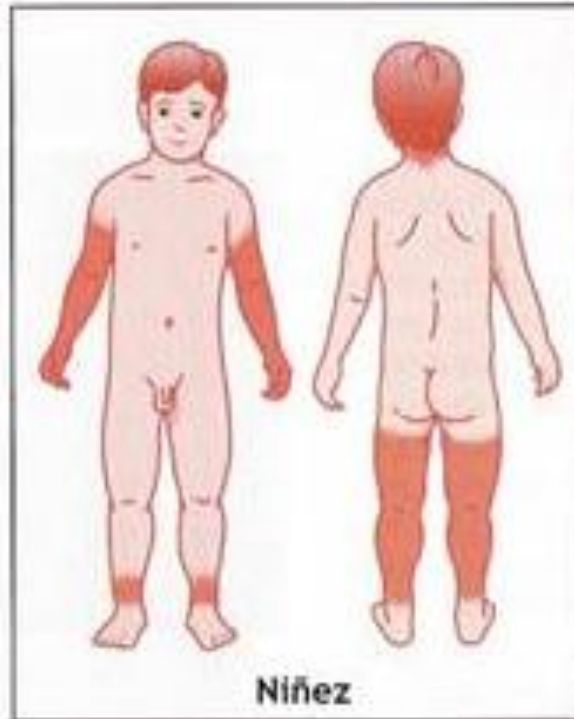
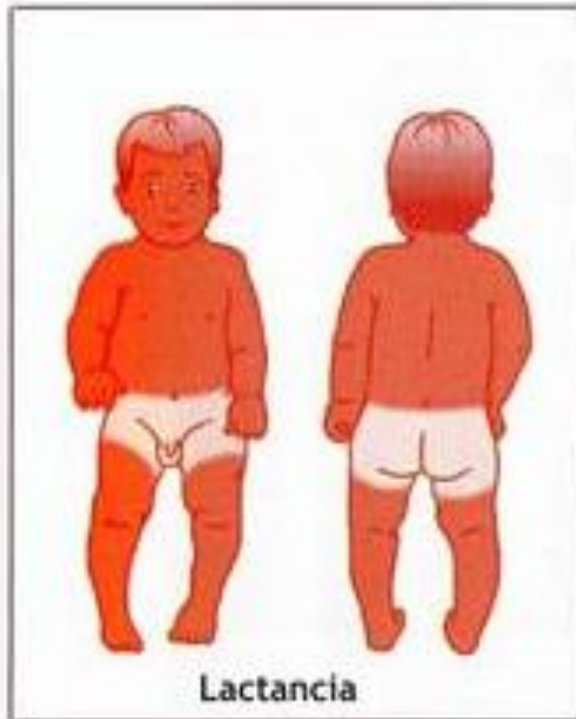
No compartir toallas ni otros objetos
No acudir a la piscina mientras existan lesiones





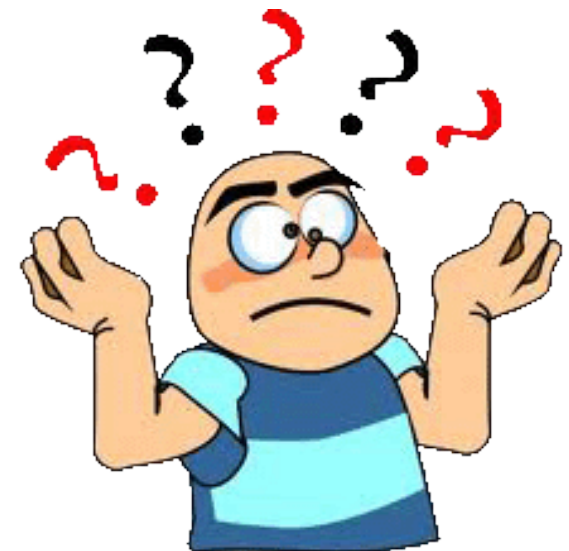
DERMATITIS ATÓPICA

DERMATITIS ATÓPICA



- Pápulas o placas eritematosas y edematosas, a veces erosiones, exudación y costras.
- **PRURITO**

- **¿Es necesario hacer dietas restrictivas?**
- **¿Se puede vacunar al niño con normalidad si es atópico?**
- **Dicen que el sol es bueno para la dermatitis ¿debo de exponer al niño al sol?**
- **¿Qué pasa con la ropa?**
- **¿Humidificador o no?**
- **¿Puedo bañar al niño?**
- **¿Hidratar o no hidratar?**



DERMATITIS ATÓPICA

CORTICOIDES TÓPICOS

- Indicación: fase inflamatoria activa y prevención del brote
- Efectos: reduce la carga de *Staphylococcus aureus* y mejora la evolución en lesiones fisuradas y excoriadas.
- Frecuencia: 2 veces/día (1 vez/día los más potentes)
- Cantidad: FTU (fingertip unit) → 0.5gr
- Efectos secundarios:
 - Púrpura
 - Telangiectasias
 - Estrías
 - Hip

No a la CORTICOFOBIA





ANNE GEDDES[®]

www.annegeddes.com