

EXANTEMAS MAS FRECUENTES EN PEDIATRÍA



DRA. DAYSSY CRESPO

- LOS EXANTEMAS SE DEFINEN COMO ERUPCIONES CUTÁNEAS AGUDAS QUE APARECEN CONSTITUYENDO UN SIGNO DE UNA ENFERMEDAD GENERAL, QUE LA MAYORÍA DE LAS VECES TIENE UN ORIGEN INFECCIOSO.
- PUEDEN APARECER EXANTEMAS EN EL CURSO DE OTRAS INFECCIONES, EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS O ESTAR RELACIONADOS CON FÁRMACOS. LOS MECANISMOS PATOGENICOS IMPLICADOS SON: LA DISEMINACIÓN HEMATÓGENA Y POSTERIOR SIEMBRA EN LA EPIDERMIS, DERMIS O ENDOTELIO VASCULAR DE LOS VASOS SANGUÍNEOS DE LA PIEL; LA ACCIÓN DE LAS TOXINAS; O LOS MECANISMOS INMUNOLÓGICOS.

- ENTRE LOS AGENTES INFECCIOSOS, LOS MÁS FRECUENTES SON LOS VIRUS.
- LA MAYORÍA DE LOS EXANTEMAS TIENEN UNA EVOLUCIÓN BENIGNA Y AUTOLIMITADA
- DESCARTAR LOS QUE SEAN GRAVES, LOS QUE TIENEN TRATAMIENTO O LOS QUE TIENEN UNA IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA (CONTAGIO A POBLACIÓN DE RIESGO: INMUNODEPRIMIDOS O MUJERES EMBARAZADAS).
- EL DIAGNÓSTICO DEBE BASARSE EN EL TIPO DE LESIÓN Y SU DISTRIBUCIÓN, EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES, COMO LA FIEBRE, Y EN EL CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO.

- LA PRIMERA Y SEGUNDA SE REFIEREN A LA ESCARLATINA Y EL SARAMPIÓN.
- LA RUBÉOLA ES LA TERCERA.
- EL EXANTEMA CAUSADO POR LA TOXINA EPIDERMOLÍTICA ESTAFILOCÓCICA ES LA CUARTA.
- EL ERITEMA INFECCIOSO ES LA QUINTA
- EL EXANTEMA SÚBITO ES LA SEXTA ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA.

- EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA SE REALIZA MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE DIFERENTES DATOS CLÍNICOS.
- LAS CARACTERÍSTICAS DEL EXANTEMA ES LA PIEZA FUNDAMENTAL
- ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS
- MANIFESTACIONES CLÍNICAS ACOMPAÑANTES Y LOS HALLAZGOS EXPLORATORIOS.
- EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, NO ES NECESARIO REALIZAR EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Tipo de lesión

- Máculas
- Pápulas
- Eritema
- Habones
- Vesículas
- Pústulas
- Ampollas
- Petequias
- Equimosis

Color

- Rosado
- Rojo
- Violáceo
- Pardo
- Púrpura

Distribución

- Localizado
- Generalizado
- Asimétrico
- Centrípeto
- Centrifugo
- Cefalocaudal
- Pliegues
- Palmas y plantas

Patrón morfológico

- Morbiliforme
- Rubeoliforme
- Escarlatiniforme
- Reticular
- Urticarial
- Vesiculoso
- Ampollosa
- Purpúrico
- Polimorfo

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

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DURANTE EL PERIODO PRODRÓMICO PREVIO A LA APARICIÓN DEL EXANTEMA

- SUBCLÍNICO O ASINTOMÁTICO: RUBÉOLA O ERITEMA INFECCIOSO.
- DÍAS U HORAS ANTES MANIFESTACIONES CLÍNICAS COMO: FIEBRE, CATARRO DE VÍAS ALTAS, SÍNTOMAS GRIPALES, DIGESTIVOS : SARAPIÓN, EXANTEMA SÚBITO O LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI
- EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA, INCLUYENDO SIGNOS MENÍNGEOS, EN ESPECIAL CUANDO EL EXANTEMA ES PURPÚRICO/PETEQUIAL.
- EN OCASIONES, APARECEN SIGNOS PATOGNOMÓNICOS, COMO EL ENANTEMA DE KÖPLICK DEL SARAPIÓN

TIPO DE EXANTEMAS



Maculopapuloso morbiliforme



Eritrodérmico escarlatiniforme.



Reticular festoneado



Urticarial habonoso.



Vesículo ampoloso



Purpúrico petequia

Tabla I. Clasificación etiológica de los exantemas maculopapulosos

<i>Infecciones</i>		<i>Etiología diversa</i>
Víricos	Bacterianos	Alérgica
– Sarampión	– Escarlatina	– Medicamentos
– Rubéola	– Síndrome de la piel escaldada	– Alimentos
– Eritema infeccioso	– Síndrome de shock tóxico	Enfermedades sistémicas
– Exantema súbito	– Fiebre tifoidea	– Enfermedad de Kawasaki
– Enterovirus no polio	– Meningococemia (fase inicial)	– Eritema multiforme
– Adenovirus	– Erisipela	– Artritis reumatoide juvenil
– Mononucleosis infecciosa	Otros gérmenes	– Enfermedad injerto contra huésped
– Fiebre Dengue	– <i>Mycoplasma</i> <i>pneumoniae</i>	– Fiebre reumática
– Molluscum contagioso	– Fiebre exantemática mediterránea	– Eritema nudoso
Paraviral*	– Enfermedad de Lyme	
– Acrodermatitis papulosa infantil	– Sífilis secundaria	
– Exantema periflexural asimétrico		
– Pitiriasis rosada		
– Pseudoangiomatosis eruptiva		

Tabla II. Clasificación etiológica de los exantemas vesiculosos y purpúricos

Vesículo/ampollosa

Infecciones

- Herpes simple
- Varicela-Zóster
- Enfermedad mano-pie-boca

Etiología diversa

- Síndrome Stevens-Johnson
- Enfermedad de Lyell

Purpúrico/petequial

Infecciones

- Meningococemia
- Enterovirus
- Síndrome papulopurpúrico en guante y calcetín
- Dengue hemorrágico
- Rickettsiosis
- Endocarditis

Etiología diversa

- Vasculitis
 - Púrpura de Schönlein-Henoch
 - Edema agudo hemorrágico del lactante
- Hemopatías
 - Coagulopatías
 - Trombocitopenias

SARAMPIÓN

- Paramixovirus.
- Transmite por contagio directo, desde 4 días antes y hasta 5 días después de la desaparición del exantema
- Incubación de 10 días
- Inmunidad de por vida.



- Pródromo: 4 días.
- Con fiebre alta y cuadro catarral intenso, rinorrea, conjuntivitis, fotofobia y tos seca.
- Eritema orofaríngeo y enantema en forma de punteado blanquecino sobre la mucosa yugal hiperémica, (manchas de Koplik), persiste hasta dos días después de la aparición del exantema

- Erupción exantemática máculo-papulosa morbiliforme rojo vinoso y confluyente en algunas zonas.
- Con una progresión cráneo-caudal.
- Cambia hacia un color pardo
- Desaparecer en 4-7 días

- Complicaciones de la propia infección vírica o por sobreinfección bacteriana, como otitis media, laringotraqueobronquitis o neumonías.
- Encefalitis y puede dejar secuelas neurológicas.

RUBÉOLA

- Togavirus del genero rubivirus.
- Contagio directo
- Contagiosa desde 7 días antes y hasta 5-7 días después de la desaparición del exantema.
- Incubación 12-23 días.
- Transmisión placentaria congénita.
- Deja inmunidad de por vida..

- Prodrómos: asintomático o síntomas catarrales leves, sin fiebre.
- Erupción máculo-papulosa
- inicia con lesiones redondeadas de color rojo en la cara, se generaliza con un color rosado y no confluyente.



- Desaparece sin descamación pasados dos o tres días.
- Signo acompañante: adenopatías generalizadas, sobre todo occipitales, retroauriculares y cervicales.

- Cuando aparecen complicaciones, la más frecuente es la artritis.
- Más raras son la trombopenia, la anemia hemolítica o la hepatitis.
- El síndrome de la rubéola congénita es excepcional en nuestro país.

VARICELA

- Es la manifestación clínica de la primoinfección por el virus de la varicela-zóster, que conduce a una infección latente de por vida en las neuronas de los ganglios sensitivos.



- Transmite por contagio directo, desde 2 días antes de la aparición del exantema hasta que alcanzan la fase de costra las últimas lesiones.
- Incubación: 14 y 21 días.
- Prodrómico: 1-2 días, y suele ser asintomático o cursar con fiebre, conjuntivitis o síntomas catarrales leves.



- El periodo exantemático cursa con 2-3 brotes de lesiones que pasan sucesivamente por las fases de mácula, pápula, vesícula y costra. Son características del exantema, su carácter pruriginoso, comienza en cara y cuero cabelludo, y se extiende a tronco y extremidades y la coexistencia de elementos en distinto estadio evolutivo

- Enantema en la mucosa bucal y, más rara vez, afectación de la córnea. En 5-7 días, todos los elementos suelen estar en fase de costra y al caer dejan una zona pigmentada que después desaparece,

EXANTEMA SÚBITO (ROSÉOLA INFANTIL).

- Herpes virus humanos (VHS) 6 y 7. El 6 es el principal.
- Transmisión esporádica y sin estacionalidad
- Contagio directo durante el periodo febril de la enfermedad.
- Incubación entre 7-15 días. Afecta a lactantes entre 6 meses y 2 años de edad.
- Infección congénita en un 1% de los recién nacidos.

- Prodrómicos: Fiebre elevada, superior a 38,5°C. que precede en 2-4 días la aparición del exantema máculo-papuloso, rosadas de pequeño tamaño y no confluentes en tronco y, ocasionalmente, a la cara y los hombros.



- Exantema con úlceras en el paladar blando y la úvula, conocido como manchas de Nagayama.
- Evolución benigna y desaparece en 1-2 días sin descamación. No se han descrito complicaciones salvo convulsiones febriles.

- Aparición súbita de la erupción cutánea al remitir la fiebre, en un lactante con un cuadro febril de 3-4 días de evolución, es la clave del diagnóstico clínico. Es importante reconocer la enfermedad, ya que lactantes que están siendo tratados con antibióticos por el cuadro febril previo pueden ser mal diagnosticados de reacción de tipo alérgico,

ERITEMA INFECCIOSO (MEGALOERITEMA O QUINTA ENFERMEDAD)

- EN MUCHAS OCASIONES NO HAY FIEBRE, EL ANTECEDENTE DE MEJILLAS ROJAS PUEDE INFRavalORARSE Y LA EXISTENCIA, EN OCASIONES, DE PRURITO (AUNQUE NO INTENSO), PUEDE HACER QUE SE CONFUNDA CON UNA URTICARIA.
- EL ASPECTO ERITEMATOSO RETICULAR DEL EXANTEMA EN UN NIÑO DE EDAD ESCOLAR, SU DISTRIBUCIÓN PECULIAR, LA VARIABILIDAD Y SU DURACIÓN, JUNTO CON LA **NULA REPERCUSIÓN GENERAL**, SON LAS CLAVES DEL DIAGNÓSTICO.
- PUEDE CONFUNDIRSE CON EXANTEMA URTICARIAL, Y TAMBIÉN LOS ECHOVIRUS 12 PUEDEN ORIGINAR UN EXANTEMA SIMILAR AL DEL ERITEMA INFECCIOSO PERO ACOMPAÑADO DE FIEBRE. LA EVOLUCIÓN ES BENIGNA Y LA REPERCUSIÓN CLÍNICA ES MÍNIMA. LAS RARAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN APARECER SON **ARTRITIS O ARTRALGIAS, Y APLASIA EN INMUNODEPRIMIDOS**.

ERITEMA INFECCIOSO (MEGALOERITEMA O QUINTA ENFERMEDAD)

- Parvovirus B19.
- Afecta a niños en edad escolar
- Contagioso desde 5 días antes y hasta la aparición del exantema. Incubación entre 4-28 días.
- Puede transmitirse por vía placentaria y se asocia con muerte fetal intrauterina.



- Prodrómos: asintomático
- Exantema eritematoso es la primera manifestación.
- Tres fases. La inicial, que dura 2-3 días, se caracteriza por rubefacción facial, que afecta a ambas mejillas, respetando la zona perioral, dando un aspecto de “doble bofetada”.



2da fase: Exantema aparece en las zonas de extensión de brazos, muslos y nalgas, respetando palmas y plantas. Es característico el aspecto reticular y festoneado del exantema. Niños mayores y adultos pueden referir prurito.

- En la tercera fase, que puede durar hasta 1 mes, el exantema se resuelve de forma espontánea y sin descamación, pero aparece y desaparece, variando de intensidad con los cambios de temperatura, el estrés y el ejercicio físico.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

- Virus de Epstein-Barr
- El exantema no es constante
- Afecta más a la cara y al tronco, de tipo máculo-papuloso, pero también puede ser eritrodérmico, habonoso o petequiral



- Se inicia o exacerba tras la administración de β -lactámicos, en un 80% de los pacientes tratados.

- Fiebre, astenia, anorexia, faringoamigdalitis membranosa, adenopatías, hepatoesplenomegalia y edema periorbitario.



El hemograma es una ayuda muy valiosa, siendo característica la linfocitosis mononuclear con linfocitos atípicos en el frotis sanguíneo. y una prueba de Paul Bunnell.

• Enterovirus

- Exantema máculo-papuloso, de color rosado y descendente, aparece concomitante con la fiebre.

- Se acompaña de sintomatología variada dependiendo del tipo de virus, pudiendo aparecer manifestaciones digestivas, respiratorias, herpangina o neurológicas, desde meningitis a encefalitis, que pueden orientar el diagnóstico.

- Exantema de Boston producido por el echovirus 16, que se presenta en verano y se manifiesta por fiebre, faringitis y exantema rosado no confluyente, en cara, tronco y extremidades, con posibilidad de afectación de palmas de las manos y plantas de los pies.

- Curso autolimitado con una duración de 3-4 días.

SÍNDROME BOCA-MANO-PIE

- Enterovirus y, en especial, con el Coxsackie A16.
- Contagio es respiratorio y fecal-oral.
- Incubación de 3-6 días.
- Casi siempre leve, con o sin febrícula, anorexia y síntomas catarrales o digestivos. Aparecen vesículas en cavidad bucal que pueden ulcerarse

- Enterovirus y, en especial, con el Coxsackie A16.
- Contagio es respiratorio y fecal-oral.
- Incubación de 3-6 días.
- Casi siempre leve, con o sin febrícula, anorexia y síntomas catarrales o digestivos. Aparecen vesículas en cavidad bucal que pueden ulcerarse

- Se acompaña de lesiones vesículo-pustulosas grisáceas de 3-7 mm, no pruriginosas, en las manos y los pies.
- La erupción se resuelve en una semana y tiene buen pronóstico. Excepcionalmente, se han descrito casos de meningoencefalitis.
- Se han publicado casos de afectación ungueal, que van desde la presencia de surcos transversales “líneas de Beau”, hasta su desprendimiento completo



ESCARLATINA

- Exotoxinas eritrogénicas A, B o C del estreptococo β hemolítico del grupo A en los sujetos inmunitariamente susceptibles.
- Se transmite por contagio directo hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

- Niños de entre 4 y 10 años, durante el invierno y la primavera. La infección estreptocócica suele situarse en la faringe y, más raramente, en la piel o heridas quirúrgicas.
- Prodrómo: síntomas de faringomigdalitis aguda febril. Pasadas 24-48 horas, se manifiesta el exantema escarlatiniforme eritrodérmico



- Inicia en la cara y el tronco con progresión descendente. Es micropapuloso confluyente y de tacto rugoso y aspecto eritrodérmico de color rojo escarlata que se blanquea a la presión, más acentuado en pliegues y flexuras (signo de Pastia), respetando el triángulo nasolabial (cara de Filatow).

- Desaparece en 7-10 días, mediante descamación furfurácea en tronco y en grandes láminas en las palmas de las manos y las plantas de los pies. Con efectividad de los tratamientos antibióticos, se atenúa y su incidencia ha disminuido

ESCARLATINA.

- EL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO ES REDUCIR LA INTENSIDAD Y LA DURACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA, DISMINUIR LA TRANSMISIBILIDAD DE LA INFECCIÓN Y EVITAR LAS COMPLICACIONES SUPURATIVAS (ABSCESO PERIAMIGDALINO, OTITIS MEDIA AGUDA, SINUSITIS, FASCITIS NECROTIZANTE, BACTERIEMIA) Y NO SUPURATIVAS, COMO LA FIEBRE REUMÁTICA, GLOMERULONEFRITIS AGUDA.
- DX DIFERENCIAL: *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* PUEDE TAMBIÉN OCASIONAR EXANTEMA ESCARLATINIFORME.
- *ARACNOBACTERIUM HAEMOLYTICUM* QUE CURSA CON UN EXANTEMA QUE SE DIFERENCIA DE LA ESCARLATINA PORQUE AFECTA SOBRE TODO A NIÑOS ADOLESCENTES, ES PRURIGINOSO Y SE INICIA EN LAS PARTES DISTALES, A DIFERENCIA DE LA ESCARLATINA.

OTROS EXANTEMAS

- **SÍNDROME DE LA PIEL ESCALDADA**

- ESTÁ ORIGINADO POR LA TOXINA EXFOLIATIVA DE ALGUNAS CEPAS DEL ESTAFILOCOCO AUREUS.
- AFECTA A MENORES DE 5 AÑOS.
- CURSA CON FIEBRE, IRRITABILIDAD Y EXANTEMA ERITRODÉRMICO, DOLOROSO, QUE SE INICIA EN LA CARA, AXILAS E INGLES Y SE GENERALIZA. POSTERIORMENTE, PUEDEN APARECER LESIONES AMPOLLOSAS Y SIGNO DE NIKOLSKI. SE ACOMPAÑA DE EDEMA FACIAL Y COSTRAS PERORALES, RESPETANDO LAS MUCOSAS.
- DEBE DERIVARSE PARA TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO Y DE COMPLICACIONES, COMO ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS, CELULITIS O SEPSIS.
- DX DIFERENCIAL: IMPÉTIGO BULLOSO, ERITEMA MULTIFORME, SÍNDROME DEL SHOCK TÓXICO Y LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI.

OTROS EXANTEMAS

- **SÍNDROME DEL SHOCK TÓXICO**

- ESTÁ RELACIONADO CON LA LIBERACIÓN DE TOXINAS ESTREPTOCÓCICAS O ESTAFILOCÓCICAS. SE CARACTERIZA POR UNA ERITRODERMIA DIFUSA MÁS INTENSA EN LOS PLIEGUES, QUE APARECE EN UN NIÑO CON FIEBRE, HIPOTENSIÓN Y AFECTACIÓN GRAVE DEL ESTADO GENERAL CON FALLO MULTIORGÁNICO.
- DESCAMACIÓN PERIFÉRICA EN MANOS Y PIES A LOS 5-7 DÍAS.
- TRATAMIENTO ES URGENTE, POR LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DEL SHOCK Y DEL FALLO MULTISISTÉMICO.

OTROS EXANTEMAS

- **MYCOPLASMA PNEUMONIAE** (INFECCIONES RESPIRATORIAS EN LOS NIÑOS, NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD) EN UN 10% APARECEN MANIFESTACIONES CUTÁNEAS CON DIFERENTES TIPOS DE EXANTEMAS.
- LAS LESIONES MÁCULO-PAPULOSAS SON LA FORMA MÁS COMÚN, PERO TAMBIÉN PUEDE MANIFESTARSE COMO UN ERITEMA MULTIFORME.
- ES EL AGENTE INFECCIOSO IDENTIFICADO CON MAYOR FRECUENCIA EN EL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON.
- POSITIVIDAD DE ANTICUERPOS IGM ESPECÍFICOS Y LA PCR EN MUESTRAS NASOFARÍNGEAS

SCHÖNLEIN-HENOCH

- ES LA VASCULITIS MÁS FRECUENTE EN LA INFANCIA.
- SU PATOGENIA ES DESCONOCIDA.
- SE SOSPECHA UN DESENCADENANTE INFECCIOSO, MEDIADO POR INMUNOCOMPLEJOS IGA QUE SE DEPOSITAN EN LA PIEL, ARTICULACIONES, TUBO DIGESTIVO Y RIÑÓN. EL EXANTEMA EMPIEZA CON MÁCULAS ROSADAS O HABONES QUE EVOLUCIONAN A LESIONES PAPULOSAS PURPÚRICAS PALPABLES EXTENSAS Y SIMÉTRICAS, LOCALIZADAS EN ZONAS DECLIVES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES Y EN LAS ZONAS DE PRESIÓN DE LOS GLÚTEOS.
- PUEDE ACOMPAÑARSE DE: ARTRALGIAS Y/O ARTRITIS (70%); DOLOR ABDOMINAL, ABDOMEN AGUDO (80%); HEMATURIA, PROTEINURIA, HIPERTENSIÓN Y NEFROPATÍA (50%). EN AUSENCIA DE COAGULOPATÍA O TROMBOCITOPENIA, DEBE SER LA PRIMERA SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN LA INFANCIA ANTE LA PRESENCIA DE UNA PÚRPURA.

EXANTEMAS VÍRICOS MACULOPAPULOSOS

	Edad	Etiología	Clínica	Exantema	Transmisión	Incubación	Días de exclusión	Tratamiento
Exantema súbito (roséola infantil o exantema infeccioso)	6-24 meses	Herpes virus humano 6 y 7 (DNA)	Fiebre alta previa al exantema Puede presentar edema palpebral y periorbitario (signo de Berliner)	Maculopapuloso, sonrosado, no confluyente, que afecta principalmente al tronco	No al aparecer el exantema No predominio estacional No epidemias	5-15 días	No al aparecer el exantema (B)	Sintomático
Eritema infeccioso (megaloeritema o quinta enfermedad)	4-10 años	Parvovirus humano B19	Febrícula, cefalea Puede haber prurito (15 %) y también artralgias y artritis	Inicialmente eritema macular brillante en mejillas. A los pocos días, exantema maculopapular eritematoso confluyente en enrejado o encaje. Afecta a tronco, extremidades y nalgas Puede rebrotar a las semanas	No al aparecer el exantema. Predominio en primavera-verano. Pequeñas epidemias escolares	4-14 días	Innecesario (B)	Sintomático
Sarampión	< 15 meses, < 4 años (fallo vacunal primera dosis). Y en personas no vacunadas y que no hayan pasado la enfermedad	Paramixovirus	Coriza, fiebre, tos, conjuntivitis y malestar Manchas Koplik mucosa bucal	Maculopapuloso pardo-rojizo. Aparece a los 2-4 días en la línea de implantación capilar y región retroauricular, de extensión céfalo-caudal y afecta a palmas y plantas Tiende tendencia a confluir. Máculas marronosas residuales que se desvanecen con descamación	Muy alta en no inmunizados Desde 2 días antes hasta 4-6 días posteriores a la aparición del exantema	10 días	5 días desde el inicio del rash (B)	Sintomático
Rubéola	Similar al sarampión	Togavirus	Infección inaparente (50%). Cuadro prodrómico con tos, malestar, faringitis, dolor ocular, cefalea y náuseas. Posteriormente puede asociarse con fiebre, cefalea, mialgias y poliartritis	Erupción maculopapulosa de color sonrosado, suele iniciarse en la cara y tiene una progresión céfalo-caudal, no confluyente. Es más apagado que el del sarampión y breve (1-3 días). La presencia del exantema coincide con la detección de linfadenopatías (retroauriculares o suboccipitales)	Moderada en no inmunizados	15-20 días	5 días desde el inicio del rash (B)	Sintomático

Mononucleosis infecciosa	< 5 años y adolescentes	Virus Epstein-Barr	Fiebre alta, odinofagia y adenopatías (occipitales, axilares, epitrocleares e inguinales). Edema del párpado superior (50%), hepatoesplenomegalia frecuente	10-15% casos presentan exantema maculopapular en tronco, hombros, cara, antebrazos y con menor frecuencia en extremidades inferiores	Baja transmisión. Eliminación del virus hasta 2 meses	30-50 días	Innecesario (C)	Sintomático La administración de antibiótico (ampicilina, amoxicilina o penicilina) aumenta la incidencia del exantema hasta en un 80%
Exantemas inespecíficos	6 meses-5 años	Enterovirus, Coxackie, ECHO, y virus respiratorios (adenovirus, VRS, etc.)	Síntomas respiratorios o digestivos dependiendo del virus causante	Macular o papular afectando al tronco y extremidades (generalmente céfalocaudal)	La mayoría de exantemas del verano se deben a enterovirus y los de invierno, a los respiratorios	Depende del causante	Depende del causante. Como norma general, en el caso de gastroenteritis se aconseja hasta 24 horas después de la última diarrea (C)	Sintomático
Dermatitis papular-purpúrica en guantes y calcetín	Niños y adultos jóvenes	Parvovirus humano B19 y otros (VEB, CMV, virus del herpes humano tipo 6)	Fiebre acompañada de anorexia, mialgias, artralgias y linfadenopatías	Eritema y edema simétrico en manos y pies, lesiones que desaparecen bruscamente a nivel de muñecas y tobillos y evolucionan a máculas purpúricas y petequiales, con descamación fina de 15 días de duración	Depende del agente. Predominio en primavera-verano	10 días	Innecesario (C)	Sintomático

EXANTEMAS VÍRICOS VESICULOSOS

	Edad	Etiología	Clínica	Exantema	Transmisión	Incubación	Días de exclusión	Tratamiento
Varicela	1-14 años (8%)	Virus varicela-zoster (herpes)	Fiebre, cefalea y mal estar previo a la erupción Prurito	Mácula-pápula-vesícula-costra en diferentes fases Inicialmente en cuero cabelludo y de extensión hacia el tronco y las extremidades	Muy alta. Desde 2 días antes de la erupción hasta que todas las lesiones están en fase de costra (5-6 días) Brotos al final del invierno y principio de la primavera	10-21 días	5 días desde el inicio de la erupción (A)	Sintomático. Véase tabla 2
Enfermedad boca-mano-pie	< 5 años	Virus Coxsackie (A16), enterovirus 71 y otros	Fiebre (50%). Lesiones dolorosas en boca	Elementos vesiculares en partes distales: palmas, plantas, dedos y en ocasiones nalgas; acompañado de exantema con pequeñas úlceras superficiales (lengua, paladar, pilares)	Muy alta. Puede haber pequeñas epidemias en las guarderías. Predominio en verano y otoño	3-5 días	Innecesario (C)	Sintomático. Analgésico

EXANTEMAS BACTERIANOS

	Edad	Etiología	Clínica	Exantema	Transmisión	Incubación	Días de exclusión	Tratamiento
Escarlatina	3 a 14 años	Estreptococo del grupo A	Fiebre alta, faringoamigdalitis	Exantema micropapuloso, rojo áspero, confluyente. Lengua aframbuesada. Posterior descamación	Leve-moderada en convivientes	2-4 días	5 días desde el inicio del antibiótico (B)	Sintomático. Antibiótico* (A)
Meningococcemia	Dos picos: - < 2 años - Final adolescencia	Neisseria meningitidis	Fiebre alta, vómitos e irritabilidad, que posteriormente evoluciona a afectación del estado general, shock séptico o meningitis	Inicialmente puede ser maculopapuloso inespecífico (aunque con un color «feo»), pero el más característico es el petequial o purpúrico, que se presenta al avanzar el proceso y desarrollarse el shock séptico	Baja	Desconocido	48 h desde el inicio del antibiótico (B)	Derivación hospitalaria urgente

EXANTEMAS DE ETIOLOGÍA DUDOSA								
	Edad	Etiología	Clinica	Exantema	Transmisión	Incubación	Días de exclusión	Tratamiento
Exantema laterotorácico unilateral	1-4 años. Más en el sexo femenino	Posible origen vírico	Cuadro catarral previo	Máculas o pápulas eritematosas de morfología morbiliforme, escarlatiniforme o ecematosa, afectación periflexural y unilateral. Inicio en axila o ingle y se extiende centrifugamente de forma unilateral en 1-2 semanas	Desconocida. Predominio en primavera e invierno	Desconocido	Innecesario	Sintomático
Kawasaki	< 5 años	Desconocida	Fiebre alta (más de 5 días), inyección conjuntival sin secreción, cambios bucofaringeos (labios fisurados), alteración parte distal extremidades (edema, eritema induración de manos o pies), adenopatías (cervicales)	Exantema polimorfo, más frecuente máculas y placas eritematosas de distribución difusa, con una acentuación en el periné	No	No	Innecesario	Derivación hospitalaria urgente