

# Exantemas virales

C. Fleuret, P. Plantin

*Las infecciones virales son las principales causas de exantemas en el niño. De todos los exantemas febriles, los exantemas maculopapulosos son los más frecuentes. Sin embargo, se deben descartar las hipótesis bacterianas, tóxicas o medicamentosas (toxicodermia). Debido a la frecuente pluralidad de los factores etiológicos, a menudo resulta difícil establecer con certeza el diagnóstico de exantema viral. Es necesario considerar las enfermedades eruptivas y, sobre todo, confirmarlas debido a la gravedad potencial de algunas de ellas (importancia de la vacunación). Conviene así mismo saber identificar la enfermedad de Kawasaki, que representa una urgencia diagnóstica y terapéutica: hay que sospecharla ante cualquier exantema febril persistente en un niño, sin signos infecciosos pero asociado a un síndrome inflamatorio biológico.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Exantema viral; Toxicodermia; Virus Kawasaki; Erupción paraviral

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Elementos de orientación diagnóstica</b>	1
Manejo diagnóstico ante un exantema	1
Diagnósticos diferenciales de los exantemas virales	2
■ <b>Principales exantemas virales</b>	2
Exantemas vesiculosos de origen viral	2
Exantemas maculopapulosos de origen viral	3
■ <b>Erupciones denominadas «paravirales»</b>	6
Acrodermatitis papulosa de Gianotti y Crosti	7
Síndrome en «guante y calcetín»	7
Seudoangiomatosis eruptiva	7
Exantema unilateral laterotorácico o APEC	7
Pitiriasis rosada de Gibert	7
Papilitis lingual eruptiva familiar	7
■ <b>Conclusión</b>	7

## ■ Introducción

Se define el exantema como una erupción cutánea eritematosa y difusa de aparición brusca y transitoria (aparece en algunas horas y remite en unos días), que revela una afección subyacente. Con frecuencia, incluye máculas eritematosas que pueden asociarse a otras lesiones elementales (pápulas, placas, vesículas, púrpura, incluso necrosis). Los exantemas febriles son un motivo frecuente de consulta y/o de hospitalización. Se observan en el transcurso de numerosas enfermedades infecciosas, principalmente de origen viral, pero también bacteriano (erupciones tóxicas, septicemia por meningococo, infección por micoplasmas, etc.). Sin embargo, ante cualquier exantema febril, no hay que olvidar la posibilidad de una etiología medicamentosa (toxicodermia), de un síndrome de Kawasaki o, más raro, de una enfermedad autoinmunitaria o hematológica.

En algunos casos, el exantema adopta un aspecto clínico estándar que permite sugerir el agente etiológico responsable, generalmente viral, y definir el modo evolutivo de los síntomas. Considerados erróneamente como exclusivamente infantiles, la mayoría de estos exantemas infecciosos se observa también, con menor frecuencia, en el adulto, motivo por el cual en ocasiones están infradiagnosticados.

A pesar de todo, la lista de las etiologías infecciosas virales es amplia y cada agente infeccioso no se asocia a un cuadro clínico específico, sobre todo dermatológico.

El manejo diagnóstico debe incluir el conjunto de los elementos disponibles: epidemiológicos, clínicos (signos dermatológicos y no dermatológicos) y biológicos.

## ■ Elementos de orientación diagnóstica

### Manejo diagnóstico ante un exantema

El exantema puede definirse como una erupción eritematosa difusa aguda generalizada. Esta definición no presupone el tipo de lesión elemental ni su causa.

El manejo diagnóstico debe por lo tanto basarse en una cuidadosa descripción de la erupción cutánea y en una exploración física completa. También es fundamental la epidemiología en este manejo diagnóstico (Cuadro 1).

También sirven de ayuda sencillas pruebas de laboratorio: hemograma completo, plaquetas, proteína C reactiva (CRP), transaminasas. Una linfopenia y un síndrome mononucleósico están más a favor de un origen viral, mientras que la eosinofilia orienta principalmente hacia una etiología medicamentosa<sup>[1]</sup>. Salvo en una reacción por fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS, *drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*), la existencia de una citólisis es un argumento a favor de una erupción viral (sarampión, virus de Epstein-Barr [VEB], citomegalovirus [CMV], virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], etc.).

**Cuadro 1.**

Diagnóstico clínico ante un cuadro de exantema.

<b>Elementos epidemiológicos</b>
Edad, vacunación, epidemia en curso, estación, contagio potencial, viaje reciente al extranjero, riesgo de transmisión (variable según las zonas geográficas), factores de riesgo de infección de transmisión sexual, antecedente de enfermedad eruptiva, toma de medicamentos (anamnesis «policial»)
<b>Signos dermatológicos</b>
Aspecto y color de la lesión elemental (mácula, pápula, vesícula, ampolla, pústula, púrpura)
Evolución de la lesión elemental
Modos de extensión de la erupción
Afectación palmoplantar y del cuero cabelludo
Afectación mucosa
Prurito
Descamación posteruptiva
<b>Signos extracutáneos</b>
Organomegalia (adenopatía, esplenomegalia, hepatomegalia)
Artralgias/mialgias
Afectación pulmonar o neurológica
Fiebre
Signos de gravedad (hipotensión, taquicardia, taquipnea, trastornos neurológicos)

La interpretación de las serologías virales es delicada. A partir de ahora se puede aislar el virus implicado a partir de muestras cutáneas (virus de la varicela-zóster [VVZ]) o mucosas (sarampión); se dispone de inmunoglobulinas M (IgM) para algunas enfermedades virales que hacen inútil la espera de una seroconversión IgG para establecer el diagnóstico; además, existen pruebas de diagnóstico rápido para algunas enfermedades (por ejemplo, dengue).

La biopsia cutánea no es útil en la mayoría de los casos, ya que no es específica. Los resultados histológicos son casi similares en las erupciones de origen viral o medicamentoso.

## Diagnósticos diferenciales de los exantemas virales

Las principales etiologías de los exantemas son las infecciones virales y las toxicodermias. Pero también son causa de exantema otras infecciones (bacterianas, en menor frecuencia parasitarias, como la toxoplasmosis) y algunas enfermedades sistémicas. En el niño, las causas virales son más frecuentes<sup>[2,3]</sup>.

Los mejores argumentos a favor de una toxicodermia son:

- la existencia de prurito;
- el polimorfismo lesional;
- la ausencia de exantema;
- la fiebre leve o ausencia de fiebre;
- la existencia de eosinofilia<sup>[4]</sup>.

Los mejores argumentos a favor de un origen viral son:

- epidemiológicos (corta edad, noción de contagio, período epidémico, ausencia de vacunación);
- clínicos (exantema asociado, conjuntivitis, ausencia de prurito, artralgias, mialgias, fiebre, poliadenopatías, síntomas respiratorios o digestivos);
- biológicos (linfopenia, síndrome mononucleósico, trombocitopenia).

En las etiologías de los exantemas maculopapulosis y vesicoampollosos predominan las infecciones virales.

La presencia de una púrpura debe hacer pensar ante todo en algunos diagnósticos de urgencia como una meningococcemia o una fiebre hemorrágica viral. Sin embargo, una púrpura puede ser banal en una erupción maculopapulosa, sobre todo en los miembros inferiores. Un estudio italiano publicado en 2012 se centró en el diagnóstico etiológico, en ocasiones difícil, de los exantemas atípicos<sup>[5]</sup>. Incluyó 260 pacientes con este tipo de manifestaciones cutáneas (de ellos, 108 niños). El objetivo de este estudio fue establecer una correlación entre el cuadro clínico y un origen infeccioso o medicamentoso. Se detectó, entre otras cosas, que la gran mayoría de las erupciones de carácter purpúrico era de origen

infeccioso (fundamentalmente de origen viral). La existencia de un exantema también constituyó un elemento a favor de un origen infeccioso; en este caso, su carácter purpúrico estaba también, en el 80% de los casos, asociado a una etiología infecciosa. De este trabajo se puede concluir que el carácter purpúrico del exantema y/o del exantema probablemente constituya un elemento a favor de la etiología infecciosa.

## ■ Principales exantemas virales

### Exantemas vesiculosos de origen viral

#### Varicela

La varicela es la primoinfección por el VVZ. La incidencia de la enfermedad es mayor en primavera. Un 90% de los niños habrá padecido varicela a los 10 años de edad. La varicela es muy contagiosa y se transmite de persona a persona, sobre todo por vía aérea. La contagiosidad se extiende desde 1-2 días antes del inicio de la erupción hasta la desaparición de las vesículas.

El período de incubación es de 14 días de promedio. Los prodromos (fiebre, cefalea) generalmente son poco importantes. Un exantema eritematomaculoso pruriginoso, que afecta principalmente al tronco, precede la aparición de las vesículas. Las pápulas, y a continuación las vesículas, aparecen inicialmente en la parte superior del cuerpo y afectan sobre todo al cuero cabelludo. El resto del cuerpo se afecta con una progresión cefalocaudal de las lesiones. Existe un exantema asociado con erosiones posvesiculosas que se detectan también en la cavidad bucal (vesículas que, por su fragilidad, casi siempre se rompen en el examen de la cavidad bucal). Las mucosas genitales también pueden afectarse. Las vesículas umbilicadas degeneran para convertirse en costras.

Varios episodios se suceden durante 3-6 días, precedidos y acompañados de forma inconstante de fiebre, lo que provoca la coexistencia de signos con distintas evoluciones (antiguamente se trataba de un elemento de diagnóstico diferencial de la viruela, en la cual sólo existía un acceso).

En las formas típicas no complicadas no es necesaria la confirmación diagnóstica. Se basa en la serología (detección de IgM, seroconversión IgG) y/o en la demostración mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del VVZ en el líquido de una vesícula (también posible mediante cultivo de la punción de una vesícula).

#### Complicaciones de la varicela

La varicela es más extensa y puede presentar mayor complicación en el adolescente y el adulto; la aparición de una varicela en el inmunodeprimido expone a complicaciones (neurológicas, hepáticas, pulmonares) más frecuentes y graves.

La varicela neonatal, secundaria a la aparición de una varicela materna entre 5 días antes y 2 días después del parto, se asocia a una elevada mortalidad, del 20-30%, debida a la ausencia de transmisión de anticuerpos maternos.

No debe confundirse con la varicela congénita, que es secundaria a la aparición de una varicela materna antes de la cuarta semana de gestación: la infección fetal por el VVZ provoca cicatrices cutáneas deprimidas, acrómicas o pigmentadas, microftalmia, catarata, coriorretinitis, microcefalia, retraso mental, hipoplasia de un miembro y muerte precoz.

A partir de la 25.<sup>a</sup> semana de embarazo, el riesgo es el de un herpes zóster en la infancia<sup>[6]</sup>.

Las complicaciones intrínsecas son bastante raras en el niño (neumonía, meningitis, ataxia secundaria a una cerebelitis), pero destacan las complicaciones cutáneas bacterianas, sobre todo en el niño menor de 4 años. Un niño que presenta una hipertermia persistente durante una varicela debe ser minuciosamente examinado a la búsqueda de una sobreinfección cutánea bacteriana, por estafilococo dorado (cuadro de impétigos ampollosos o de lesiones necróticas múltiples) o por estreptococo beta hemolítico (cuadro de dermohipodermatitis bacteriana que puede evolucionar hacia la abscedación o, en el peor de los casos, hacia una fascitis necrosante)<sup>[7]</sup>. Se ha demostrado el papel desempeñado

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4131797>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4131797>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)