

EXANTEMAS MACULOPAPULOSOS (actualización marzo 2026)

M.ª Eulalia Muñoz Hiraldo

CS Dr. Castroviejo. Madrid. Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de la AEPap.

Correo electrónico: alimh2@gmail.com

Josefa Plaza Almeida

CS Zona 8. Albacete. Exmiembro del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de la AEPap

Josefa Ares Álvarez

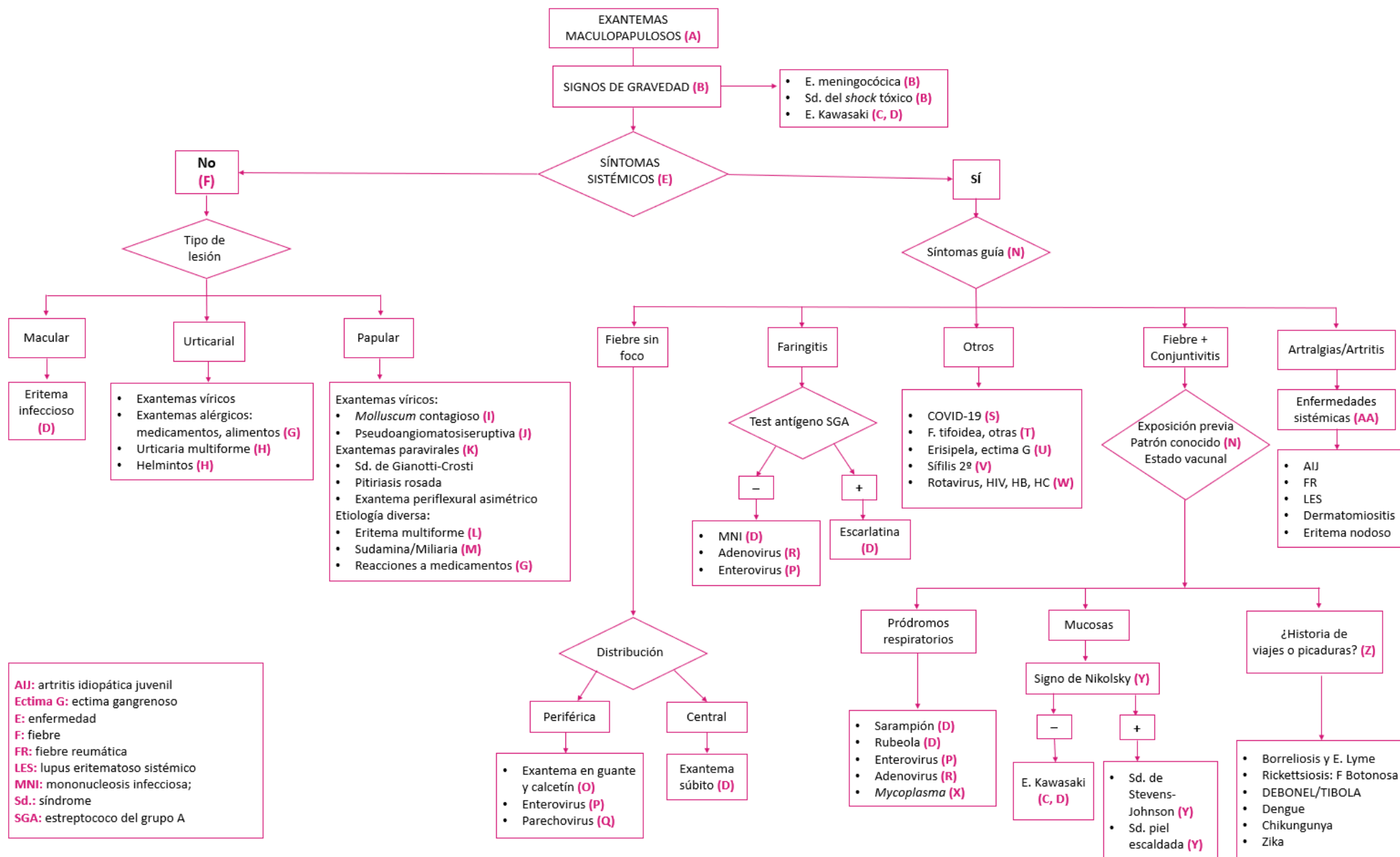
CS Virxe Peregrina. Pontevedra. Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de la AEPap.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Diagnóstico diferencial. Exantema. Enfermedades exantemáticas. Niño.

Key words: Primary Health Care. Differential diagnosis. Exanthem. Exanthematous diseases. Child.

Secciones: Dermatología. Infectología.

Cómo citar este algoritmo: Muñoz Hiraldo ME, Plaza Almeida J, Ares Álvarez J. Exantemas maculopapulosos. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/123>



AIJ: artritis idiopática juvenil
Ectima G: ectima gangrenoso
E: enfermedad
F: fiebre
FR: fiebre reumática
LES: lupus eritematoso sistémico
MNI: mononucleosis infecciosa;
Sd.: síndrome
SGA: estreptococo del grupo A

A. EXANTEMAS MACULOPAPULOSOS

Los exantemas maculopapulosos se caracterizan por un *rash* cutáneo, cuya lesión elemental predominante puede ser: mácula (lesión plana caracterizada por un cambio de coloración), pápula (elevación circunscrita de la piel con un diámetro inferior a 10 mm; si es mayor de 1 cm se denomina placa), eritema o eritrodermia (enrojecimiento inflamatorio de grandes zonas o la totalidad de la piel), habón (pápulas o placas rosa pálido edematosas que en ocasiones se unen formando lesiones anulares o serpiginosas con evolución cambiante, duran <24 horas en una localización). En general, son manifestaciones cutáneas de aparición brusca. Constituyen el grupo más amplio de las enfermedades exantemáticas. Acompañan a muchas enfermedades, la mayoría infecciosas de origen viral y autolimitadas. Es crucial el diagnóstico diferencial con otras causas: bacterias, *Rickettsias*, fármacos, paravirales y enfermedades sistémicas¹. Son frecuentes las coinfecciones virales. Algunas entidades coexisten con lesiones vesiculosas y/o petequiales, por lo que se describen también en los algoritmos respectivos.

B. SIGNOS DE GRAVEDAD

Lo primero es descartar signos de alerta o gravedad: el estado general del niño, valorado a través del triángulo de evaluación pediátrica (apariencia, respiración y circulación), es el mejor indicador de gravedad, especialmente ante signos meníngeos o petequias⁴. La enfermedad meningocócica invasiva puede comenzar con un exantema maculopapuloso, pero rápidamente evoluciona a exantema petequial (ver [algoritmo sobre exantemas purpúrico-petequiales](#)). El síndrome del *shock* tóxico es causado por exotoxinas de *Staphylococcus aureus* (riesgo en mujeres que usan tampones u otros dispositivos vaginales, infecciones locales) y *Streptococcus pyogenes* (tras infección de piel o tejidos blandos, varicela, AINE). Presentan fiebre, eritrodermia difusa, mucositis (*S. aureus*), mal estado general, hipotensión, evolución a fallo renal y multiorgánico. Tratamiento: soporte intensivo, desbridamiento de tejidos, antibióticos e inmunoglobulinas iv^{5,6}.

C. ENFERMEDAD DE KAWASAKI

Enfermedad de Kawasaki^{6,7}. Su diagnóstico requiere fiebre de al menos 5 días y 4 de los 5 criterios siguientes:

- Inyección conjuntival bilateral sin secreción.
- Alteración de la boca: grietas en labios, enantema, lengua aframbuesada.
- Alteraciones de pies y manos: eritema palmoplantar, edema duro de dorso de manos y pies.
- Exantema maculopapular polimorfo y cambiante (intenso en periné en lactantes).
- Adenopatía cervical >1,5 cm.

Si hay lesión coronaria, se aceptan menos de 4 criterios. Es característica la irritabilidad.

Enfermedad de Kawasaki incompleta (hasta en el 10-15% de los niños, sobre todo lactantes pequeños): fiebre de al menos 5 días y 2-3 criterios clínicos más:

- PCR ≥ 30 mg/l y VSG ≥ 40 mm/h más
- Al menos 3 criterios de laboratorio: anemia, plaquetas $>450\,000$, leucocitos $\geq 15\,000/\text{mm}$, aumento GPT, albumina ≤ 3 g/dl, piuria estéril; o ecocardiograma patológico.

D. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la **Tabla 1** puede consultar el diagnóstico diferencial de los exantemas maculopapulosos clásicos y otros^{2-6,8}.

E. SÍNTOMAS SISTÉMICOS

La mayoría de los exantemas maculopapulosos cursan con fiebre y otros síntomas generales. Pueden asociar lesiones de mucosas (enantema)². En general, la historia, la edad y la exploración física exhaustivas nos aproximarán al diagnóstico. Hay que interrogar sobre la relación con fiebre, exposición a animales, viajes, toma de medicamentos, estado vacunal, actividad sexual y sospecha de inmunodeficiencia³. Algunos tienen un patrón estacional característico; en general, las infecciones víricas son más prevalentes durante primavera/verano, mientras que las bacterianas lo son durante el otoño/invierno². Además, las enfermedades exantemáticas tienen importancia epidemiológica para la Salud Pública, siendo muchas de ellas enfermedades de declaración obligatoria⁴.

F. AUSENCIA DE SÍNTOMAS SISTÉMICOS

En los casos en los que no haya fiebre ni otros síntomas sistémicos, las características morfológicas del exantema nos orientarán hacia diferentes entidades, aunque no siempre es patognomónico. La realización de exploraciones complementarias casi nunca es necesaria^{1,4,6}. La anamnesis debe abarcar aparición del exantema, distribución, progresión, evolución y prurito o dolor^{1,4,6}.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de exantemas maculopapulosos clásicos y otros

Enfermedad	Etiología	Edad	Pródromos	Fiebre	Signos característicos	Exantema	Palmas/plantas	Descamación
Sarampión*	Paramixovirus	Cualquiera	Catarro	Alta (aumenta al aparecer exantema)	Koplik (90%) previo a exantema Conjuntivitis Tos	Confluyente, generalizado, descendente	Sí	Furfurácea
Rubeola	Togavirus	Cualquiera	No/Leve catarro	Febrícula	Adenopatías retroauriculares y suboccipitales	No confluyente, rosado, generalizado, descendente	No	Mínima/No
Eritema infeccioso Megaloeritema o 5ª enfermedad	Parvovirus B19 (o Erythrovirus B19)	Escolares	No/Leve catarro	No/Febrícula	1ª fase: eritema mejillas "Mejillas abofeteadas"	2ª fase: reticulado, en tronco y extremidades Recidiva 1-4 semanas	No	—
Exantema súbito o 6ª enfermedad	Herpes virus 6 y 7	6 meses-2 años	No	Alta, 3 días (2-4 días)	Fiebre cesa al aparecer exantema	No confluyente, afecta tronco y proximal extremidades	No	—
Síndrome mononucleosis Infecciosa	Virus Epstein-Barr, CMV	Cualquiera	Amigdalitis	Alta/variable	Adenopatías Esplenomegalia Edema palpebral	3-15%: variable (morbiliforme) 80% si β-lactámicos	No	—
Escarlatina	Estreptococo del grupo A** (exotoxina)	4 años (2-8 años)	Amigdalitis Dolor abdominal	Alta 1-2 días	Lengua "fresa" Palidez circumoral (cara de Filatow) Enantema paladar petequiral	Eritrodérmico, palpable, rugoso, descendente. Confluyente en pliegues (signo de Pastia)	Sí	Tardía. Furfurácea en tronco, más intensa en pliegues y dedos manos y pies
Kawasaki ^(C)	Vasculitis de etiología no aclarada	Menores de 5 años (máx. 18-24 meses)	No	Alta, más de 5 días	Afectación de mucosa bucal Conjuntivitis Adenopatía cervical >1,5 cm	Polimorfo generalizado. Eritema palmo plantar Edema dorso manos y pies	Sí	Tardía. Periungueal en dedos de manos y pies

*Sarampión atípico: síntomas leves en adolescentes/adultos inmunizados previamente. Actualmente hay una situación mundial de brote de sarampión.

**Confirmar diagnóstico: test rápido antigénico.

G. REACCIONES A MEDICAMENTOS

El patrón más frecuente (80-95%) es un exantema maculopapuloso eritematoso, polimorfo y confluyente, de comienzo en tronco y extensión simétrica a extremidades, que suele respetar cara, palmas y plantas. Puede haber febrícula y prurito. Otros patrones: eritema fijo medicamentoso, urticaria. Suelen ser reacciones tipo IV y aparecen a los 7-14 (entre 4-21) días de iniciar el fármaco. Con menor frecuencia, son reacciones inmediatas mediadas por IgE. Los medicamentos más frecuentemente implicados son antibióticos (betalactámicos, sulfamidas, macrólidos), AINE y antiepilépticos (carbamazepina, fenitoína, lamotrigina). Las reacciones adversas cutáneas medicamentosas graves son muy poco frecuentes en la infancia; entre ellas, la reacción a fármaco con síntomas sistémicos y eosinofilia (DRESS) cursa con fiebre alta, afectación visceral y eosinofilia^{4,6,9}. Otras reacciones graves, el síndrome de Stevens-Johnson o la necrólisis epidérmica tóxica asociada a fármacos, se describen en algoritmo vesículo-ampollosos. Por otro lado, sobre todo en los <12 meses se debe considerar la urticaria por alergia a alimentos.

H. URTICARIA MULTIFORME / HELMINTOS

Urticaria multiforme o urticaria anular aguda: variante de la urticaria aguda en niños de 4 meses a 4 años, con buen estado general, lesiones habonosas similares a la urticaria, pero con el centro violáceo, morfología anular y carácter evanescente. Puede asociar edema acral. Es un proceso autolimitado, no deja lesiones residuales. La etiología es desconocida, se ha asociado a infecciones, fármacos y antecedente de vacunación. Diagnóstico diferencial con eritema multiforme, pero este último tiene lesiones fijas y puede presentar necrosis cutánea y afectación de mucosas. Tratamiento sintomático¹⁰.

Helmintos: se han descrito exantemas infrecuentes tipo urticarial con *Ascaris lumbricoides*, eritematoso o maculopapular/vesicular con *Toxocara canis* y *Toxocara cati*, dermatitis pruriginosa con *Strongyloides stercoralis* ("síndrome de larva currens")².

I. MOLLUSCUM

El *molluscum* contagioso está producido por poxvirus. Afecta sobre todo a niños de entre 2 y 6 años. Se transmite por contacto directo y se extiende por autoinoculación. Las lesiones son pápulas cupuliformes con un tamaño de entre 1-5 mm distribuidas de forma variable en cara, tronco y extremidades. Cursa de forma asintomática y es autolimitado, desapareciendo espontáneamente¹.

J. PSEUDOANGIOMATOSIS ERUPTIVA

Raro, probable etiología vírica (enterovirus 25 y 32). Pápulas, de 1-4 mm, con un punto central vascular rodeado por un halo claro, que palidecen con la presión y recuerdan a los angiomas. Se localizan en cara, tronco y extremidades y en escaso número (10-20 lesiones). A menudo, precedida por fiebre, cefalea, síntomas respiratorios o digestivos^{1,2}.

K. EXANTEMAS PARAVIRALES

En la **Tabla 2** aparecen descritos los exantemas paravirales, que se caracterizan por su asociación con infecciones víricas, sin que exista una relación etiológica específica universalmente aceptada entre un virus determinado y el exantema. Habitualmente, no se acompañan de fiebre ni otros síntomas sistémicos, y comparten una evolución prolongada, con brotes recurrentes durante varias semanas, resolviéndose de forma espontánea sin dejar lesiones residuales^{1,2,6,11}.

Tabla 2. Exantemas paravirales			
Enfermedad	Acrodermatitis papulosa infantil o síndrome de Gianotti-Crosti	Pitiriasis rosada o enfermedad de Gibert	Exantema periflexural asimétrico o torácico unilateral
Etiología	Relacionada con diferentes virus (VEB, CMV, herpes 6/7, enterovirus, parvovirus B19, gripe, VHB), vacunas	Se han implicado los virus herpes 6 y 7	Se ha relacionado con diversos virus (herpes 6/7, parvovirus B19, VEB, adenovirus, otros)
Incidencia	Entre 1-6 años	Estacional: primavera Niños mayores y adolescentes	Estacional: primavera Menores de 3 años. Raro
Tipo de lesiones cutáneas	Pápulas eritematosas o papulovesículas pequeñas	Pápulas ovaladas, rosado/marrón, escamosas, menores de 1 cm. Precedidas, una o dos semanas, por la “placa heráldica” de 1-10 cm	Máculas y pápulas eritemato-eczematosas
Distribución de la erupción	Simétrica en mejillas, glúteos y cara extensora extremidades	En tronco, el eje central de las lesiones es paralelo a las líneas cutáneas, simulando las ramas de un “árbol de navidad”	Se inicia en una axila, cuello o ingle, se extiende de forma centrífuga unilateral y en la 2ª semana puede llegar a ser bilateral
Afectación palmo-plantar	Sí	No	No
Resolución	Espontánea en 2-8 semanas. En algunos casos, puede quedar hipo o hiperpigmentación transitoria	Desaparece sin dejar lesiones residuales en 2-12 semanas	Desaparece en 3-6 semanas sin dejar lesiones

L. ERITEMA MULTIFORME

Brotes de lesiones simétricas de diversa morfología, persistentes (a diferencia de la urticaria), no pruriginosas, a veces con la típica lesión “en diana”. Se localizan en superficies extensoras de extremidades y cara; afecta a palmas y plantas, pero respeta relativamente las mucosas y el tronco. En su etiología aparecen infecciones por virus (como el herpes simple 1 y 2), *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, tuberculosis, y también se asocia a fármacos^{1,5,6}.

M. MILIARIA

En zonas cubiertas por retención de secreciones de las glándulas sudoríparas. Se desencadena por calor y humedad. Dos formas: miliaria cristalina o sudamina (microvesículas) y miliaria rubra (papulovesículas eritematosas)^{1,8}.

N. SÍNTOMAS GUÍA

Los síntomas guía son los signos que acompañan al exantema y que nos sirven para identificar la enfermedad exantemática. Pueden ser tan característicos que permiten realizar el diagnóstico; pero otras veces son inespecíficos. El diagnóstico se realizará por la conjunción de datos de la anamnesis, la exploración y la erupción, así como de su evolución. Se buscarán patrones clínicos conocidos, es decir, enfermedades exantemáticas que cursen con los síntomas guía, así como antecedentes de exposición a enfermos y el estado vacunal.

O. EXANTEMA EN GUADE Y CALCETÍN

Exantema en guante y calcetín o síndrome papulopurpúrico: edema simétrico, doloroso y eritematoso, que se localiza en manos y pies. Producido por el parvovirus B19⁶. Evoluciona hacia pápulas purpúricas y petequiales (ver [algoritmo sobre exantemas purpúrico-petequiales](#)).

P. ENTEROVIRUS

Enterovirus (*Coxsackie*, *Echovirus*): exantemas macular o maculopapular que pueden afectar a palmas y plantas, y son concomitante con la fiebre. La incidencia de exantema está inversamente relacionada con la edad y su expresión es muy variable. Son la causa más frecuente de fiebre sin foco en niños menores de 2 años. Pueden asociar herpangina, manifestaciones digestivas, meningismo, neumonía, mialgias, miopericarditis, conjuntivitis, aunque la forma más habitual es la enfermedad febril inespecífica^{2,4,6}. A veces, presentan petequias puntiformes monomorfas, no progresivas (ver [algoritmo exantemas purpúrico-petequiales](#)).

Q. PARECHOVIRUS

La especie que infecta a humanos, *parechovirus A* (PeV-A), tiene 19 genotipos. Afectan principalmente a menores de 3 años. El PeV-A1 es el más prevalente y causa con mayor frecuencia enfermedades gastrointestinales y respiratorias leves. El PeV-A3 es el genotipo que causa enfermedades graves en lactantes <3 meses, con sepsis clínica y meningoencefalitis con riesgo de secuelas a largo plazo. En lactantes pequeños, la presentación clínica típica incluye fiebre, irritabilidad intensa y, en un porcentaje elevado, exantema maculopapular.

R. ADENOVIRUS

Provocan exantemas maculopapulosis de extensión centrífuga 1-2 días después del inicio de fiebre y síntomas respiratorios como faringitis que puede ser exudativa (los adenovirus son la causa más frecuente de faringitis exudativa en niños menores de 4 años). También asocian conjuntivitis por lo que puede confundirse con sarampión^{2,4,6}.

S. COVID-19

La afectación de piel y mucosas es poco frecuente, aunque se han reportado muchas y variadas manifestaciones cutáneas. Los patrones descritos son: pseudoperniosis (lesiones isquémicas acrales similares a los sabañones, más comunes en adolescentes y adultos jóvenes), urticarial, maculopapular, eritema multiforme-like, vesicular o papulovesicular, erupciones purpúricas, *livedo reticularis*, erupciones similares a la pitiriasis rosada y hallazgos orales. Se ha podido demostrar una asociación entre la COVID-19 y algunos exantemas; pero no está claro si su papel es causal, coincidente o facilitador de infecciones por otros virus o toxicodermias^{12,13}. También se ha descrito el síndrome inflamatorio multisistémico en niños vinculado a la infección por COVID-19 (SIMS-PedS), una forma rara pero muy grave, que presenta entre sus síntomas lesiones cutáneas que imitan la enfermedad de Kawasaki: erupción “polimórfica”, descamación perineal o facial, anomalías en las manos y los pies (eritema, induración)⁵.

T. FIEBRE TIFOIDEA

Fiebre tifoidea (*Salmonella typhi* y *paratyphi*): fiebre alta y persistente; y en 50% aparece en 1ª-2ª semana exantema maculopapuloso rosado en tronco, en brotes durante 3-5 días. Otras manifestaciones: MEG, síntomas digestivos, respiratorios, alteración de conciencia. Antecedente epidemiológico. Otras enterobacterias (*E. Coli*, *Klebsiella*, *Shigella*, *Yersinia*) también pueden asociar exantema maculopapuloso^{2,8}.

U. ERISPELA / ECTIMA

Erisipela: placa eritematosa, caliente y dolorosa, de bordes elevados, localizada en el lugar de la puerta de entrada de la infección (herida). Suele haber fiebre alta. Etología: *S. pyogenes* (más frecuente), *S. Aureus*. Tratamiento: amoxicilina en el primer caso, cefalosporina de 1ª o 2ª o amoxiclavulánico en el segundo^{1,14}.

Ectima gangrenoso: infección cutánea primaria o secundaria a bacteriemia por *Pseudomona aeruginosa*, en inmunodeprimidos. También *S. pyogenes*, *S. Aureus* (raro). Comienza con una mácula eritemato-purpúrica que evoluciona a nódulo y úlcera necrótica de bordes elevados cubierta por escara negro-grisácea. Puede haber una o varias lesiones³. Suele requerir tratamiento sistémico^{14,15}.

V. SÍFILIS

Sífilis adquirida (espiroqueta *Treponema pallidum*): el síntoma guía es el antecedente de chancro en adolescente con actividad sexual. El estadio primario se manifiesta por el chancro (pápula que se transforma en úlcera indurada e indolora) en el sitio del contacto sexual (la mayoría de las veces en genitales) a las 3 semanas de Este. El estadio secundario comienza 1-2 meses más tarde de cicatrizar el chancro, con exantema maculopapuloso polimorfo (80-95%) generalizado, que afecta palmas y plantas (roséola sifilítica), pápulas perivulvares o perianales (condilomas planos) y adenopatías. Puede haber un cuadro gripal (fiebre, malestar, faringitis, esplenomegalia, cefalea y artralgias) y lesiones en mucosa oral. Se resuelve sin tratamiento en 3-12 semanas (sífilis latente) y a veces hay recurrencias durante el primer año. Años después se puede manifestar la sífilis terciaria.

Según los datos de vigilancia epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III, la incidencia es creciente, notificándose 22,62 casos por 100 000 habitantes y 7 casos de sífilis congénita precoz en 2023^{1,2,16} (ver [algoritmo infecciones de transmisión sexual](#)).

En la sífilis congénita a las 4-8 semanas de vida puede haber exantema mucocutáneo maculopapular o bulloso seguido de descamación que afecta manos y pies. Otros signos: hepatoesplenomegalia, rinitis, adenopatías osteocondritis y pseudoparálisis, anemia hemolítica y trombopenia.

W. OTROS VIRUS

Ocasionalmente, rotavirus produce un leve exantema maculopapular, virus de hepatitis B y C un *rash* macular reticular y el VIH *rash* maculopapular generalizado².

X. MYCOPLASMA PNEUMONIAE

En 10% cursa con un exantema variable que no afecta palmas, plantas ni cara. Asocia síntomas respiratorios de vías altas y/o bajas, cefalea y mialgias^{1,2,6,8}. Lesiones orales con frecuencia acompañan al exantema². Ocasionalmente, el *Mycoplasma pneumoniae* induce rash y mucositis (MIRM)⁵.

Y. MANIOBRA DE NIKOLSKY

Consiste en frotar con moderada energía, mediante la yema del dedo pulgar, la piel clínicamente indemne cercana o a distancia de las lesiones cutáneas. Al cabo de pocas horas se desarrollan despegamientos (ampollas) en la zona explorada. Resulta positivo en el síndrome de Stevens-Johnson (máculas eritematosas con centro oscuro que evoluciona a ampollas y erosiones y compromiso de mucosas; la mayoría se asocia a fármacos) y en el síndrome de piel escaldada (aparición aguda de eritema doloroso, ampollas flácidas de contenido claro, descamación superficial, ausencia de afectación mucosa y antecedentes de infección estafilocócica)^{1,4-6} (ver [algoritmo sobre exantemas vesículo-ampollosos](#)).

Z. VIAJE O PICADURAS

En cualquier persona con un exantema no filiado que se acompaña de diferentes signos y síntomas generales es imprescindible preguntar su origen o procedencia (inmigrantes, turistas), estancia en áreas rurales o urbanas, tipo de actividades que ha realizado, picaduras, viajes de corta o larga estancia, si ha sido o no la primera vez, la estación del año y la climatología del momento (este tipo de enfermedades se relacionan con los períodos de actividad de los vectores que las transmiten)¹ (ver [algoritmo sobre evaluación posviaje del niño viajero](#)).

Las garrapatas duras se han convertido en los principales vectores de enfermedades infecciosas en el mundo industrializado y los segundos a nivel mundial, tras los mosquitos. En España existen infecciones endémicas debidas a patógenos vehiculizados por picaduras de garrapatas: la fiebre botonosa (grupo de las *Rickettsiosis*) y la enfermedad de Lyme (fiebre recurrente producida por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*). DEBONEL/TIBOLA: producida por especies de *Rickettsia* (*slovaca*, *rioja* y *raoultii*) a través de picadura de garrapata; escara en cuero cabelludo (90%), linfadenopatía regional y eritema circundante, puede asociarse febrícula (25-50%) y astenia. Tratamiento: doxiciclina o azitromicina. En la **Tabla 3** figuran los cuadros más frecuentes causados por bacterias o virus que presentan un exantema maculopapular, al menos en la fase inicial, y que en algunos puede evolucionar a lesiones vesiculares y/o hemorrágicas¹⁷⁻²⁶.

Tabla 3. Enfermedades exantemáticas transmitidas por vectores¹⁷⁻²⁶

	Bacterias			Arbovirus		
	Borreliosis: fiebres recurrentes	Enfermedad de Lyme	Fiebre exantemática mediterránea* o botonosa	Dengue	Chikungunya	Zika
Etiología (vectores) >actividad	<i>Borrelia recurrentis</i> (piojos) 14 especies de <i>Borrelia</i> (garrapata)	<i>Borrelia Burgdorferi</i> (garrapata dura) Mayo a octubre	<i>Rickettsia conorii</i> (garrapata del perro) Primavera a verano	Flavivirus 4 serotipos (mosquitos <i>Aedes aegypti</i> y <i>albopictus</i>)	Alfavirus 3 tipos (mosquitos <i>Aedes aegypti</i> y <i>albopictus</i>)	Flavivirus (mosquitos <i>Aedes</i>)
Período de incubación (media)	2-18 días (7 días)	1-32 días (7 días)	5-20 días (7 días)	3-14 días (4-7 días)	2-15 días (4-8 días)	3-13 días (4-7 días)
Manifestaciones sistémicas	Fiebre alta, escalofríos, sudoración, cefalea, mialgias artralgias, náuseas. El episodio febril inicial es seguido por un período afebril y luego una o más recurrencias. Puede complicaciones neurológicas, cardiopulmonares.	Fase precoz localizada: eritema migratorio y en casi 50% febrícula, astenia, cefalea, mialgias y artralgias. Enfermedad precoz diseminada (20%, semanas/meses después de picadura): meningitis linfocitaria, parálisis facial (frecuente en infancia), polirradiculitis; bloqueo AV, oligoartritis (rara). Enfermedad tardía (meses/años): artritis crónica oligoarticular (rodillas), neuropatía periférica o encefalopatía, carditis, acrodermatitis crónica atrófica (adulto).	Aparición brusca de fiebre alta, cefalea, mialgias, artralgias, inyección conjuntival. Coincide con la escara necrótica. Linfangitis: en un 1/3 de los casos por <i>Rickettsia. Sibirica</i> .	1ª fase febril (2-7 d): Fiebre alta puede ser bifásica, cefalea, dolor retroorbitario, mialgias, artralgias, hiperemia conjuntival y/o faríngea, adenopatías, náuseas y vómitos. 2ª fase crítica o defervescencia: disminución fiebre, <5% progresa a Dengue grave, sobre todo en niños con antecedente de dengue previo. 3ª fase recuperación. Asintomáticos 40-80%.	Fiebre súbita, artralgias muy intensas, mialgias, cefaleas, náuseas astenia. Dura 1-3 semanas. Atípico: afectación neurológica, cardíaca, ocular, renal, hepática, hematológica En algunos, artralgias recurrentes meses/años. Asintomáticos 20-25%.	Fiebre con buen estado general, artralgias, mialgia, conjuntivitis no purulenta. Complicaciones neurológicas: en adultos Sd. Guillain-Barré, meningitis, encefalitis, mielitis. En embarazo Zika congénito (afectación neurológica). Asintomáticos 75-80%.

Manifestaciones cutáneas	Exantema macular pasajero en tronco. Petequias piel y mucosas.	Eritema migratorio anular (EM) (60-80%): mácula o pápula progresiva indolora (días-semanas) hasta lesión eritematosa anular de 5-15 cm, con zona central clara. Puede tener vesícula o necrosis central. Linfocitoma por <i>Borrelia</i> (específico, raro): placa o nódulo rojo-azulado no doloroso en el punto de la picadura o a distancia. Enfermedad precoz diseminada: EM múltiples satélites y <tamaño, linfocitoma (raro).	“Mancha negra” (70%): escara necrótica en zona de picadura. Al 3º-5º día de fiebre: exantema maculopapular eritematoso (puede ser hemorrágico) lesiones redondeadas y prominentes (botonosas). Extensión centripeta: de extremidades con afectación de palmas y plantas hacia abdomen, tronco, cara. Cursa en brotes.	1ª Eritema facial y exantema macular generalizado transitorio. 2ª En fase de efervescencia: exantema morbiliforme pruriginoso con áreas respetadas « islas blancas en un mar rojo ». No afecta palmas ni plantas.	En 40-50%: exantema maculopapular eritematoso en tronco, centrífugo. Afecta a palmas y plantas. Lesiones bullosas y vesiculares (en < 6 meses) Petequias y equimosis (10% niños).	Exantema en 90% pruriginoso morbiliforme o escarlatiniforme: inicio en cabeza, se extiende a tronco y extremidades; puede afectar palmas y plantas.
Zona geográfica	Etiopía, Eritrea, Somalia y Sudán, refugiados de países en desarrollo (piojos epid).	Europa, incluida España (mayor incidencia en la mitad norte).	Endémica en zonas de África, Asia, Oriente Medio y cuenca mediterráneas del sur de Europa.	Áreas tropicales y subtropicales de Centro y Sudamérica, África, Sudeste Asiático y el Pacífico Oeste.	África, Asia, Caribe, América del Sur, Europa.	América Central y del Sur, África, Sudeste Asia Europa.
Incidencia	Todo el mundo (garrapata, endémica). España, B. hispánica: media de 11 casos/año (2016-2022).	España, tasa media de hospitalizados 0,28 por 100.000 habitantes o media 160 casos hospitalizados/año (2005-2019).	España 2022: 200 casos notificados	España 2024: 1.119 casos (6 casos autóctonos).	España 2024: 54 casos, todos importados.	España: promedio 22 casos anuales importados (2018-2024).
Diagnóstico	Frotis en sangre. PCR. Serología.	Clínica: EM (patognomónico). PCR de muestra cutánea. Serologías ≥4 semanas.	Sospecha clínica. PCR muestra cutánea, sangre u otros. Cultivo, Serología.	Clínica en áreas endémicas. PCR y Ag NS1. Test del torniquete**. Serologías seriadas.	Clínica en áreas endémicas. PCR. Serologías seriadas.	PCR. Serología.
Tratamiento	Según especie de <i>Borrelia</i> y afectación.	Fase precoz local: doxiciclina o amoxicilina o cefuroxima.	De elección: doxiciclina. Alternativa <8 años: macrólidos.	Medidas de soporte.	Medidas de soporte.	Sintomático.

PCR: reacción en cadena de la polimerasa. *Fiebre Exantemática Mediterránea-like: poco frecuente, producida por otras especies de Rickettsias y transmitidas por otras garrapatas, pero clínica indistinguible. Otras Rickettsiosis (ver Tabla 6 del [algoritmo exantemas petequiales](#)). **El test del torniquete si no se dispone de PCR/Ag: con manguito insuflar hasta presión intermedia sistólica-diastólica 5 minutos y suele producir petequias en flexura de codo 1 a 2 minutos tras su realización.

AA. ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Diferentes exantemas pueden observarse como reflejo de una enfermedad sistémica (**Tabla 4**), entre las que caben destacar algunas enfermedades reumáticas (**Tablas 5 y 6**) (ver [algoritmo sobre tumefacción articular](#)). No suelen presentar problemas de diagnóstico diferencial al formar parte de un cuadro clínico con criterios diagnósticos bien definidos^{1,6,27-31}.

Tabla 4. Exantemas en las enfermedades sistémicas ^{1,6,27-31}					
	Edad	Característica típica	Apariencia del exantema	Localización	Otros datos
AIJ sistémica o enfermedad de Still	Cualquiera (pico 1-5 años).	Maculopapuloso ligado a los picos febriles.	Asalmonado, evanescente. Lineal o circular 2-5 mm.	Tronco y región proximal extremidades. Puede afectar palmas y plantas.	No pruriginoso. Fiebre alta. Tabla 5 (criterios).
Fiebre reumática	Escolares (raro en nuestro medio).	Eritema marginado (2-6% de pacientes).	Fugaz, maculopapular eritematoso a veces anular, pueden confluir (imagen reticular, serpiginosa).	Tronco y región proximal extremidades. No en cara.	No pruriginoso. Tabla 6 (criterios).
LES	20% inicio infancia (pico 12 años). Adolescentes, predominio femenino.	Malar en alas de mariposa que empeora con exposición al sol.	Macular eritemato-violáceo.	Típico en región malar. Rash discoide, menos característico en otras zonas fotoexpuestas. Úlceras orales.	Mayor gravedad que en adultos. Puede haber vasculitis, afectación renal (50-80%), articular, hematológica, cardiorrespiratoria, neurológica y serositis.
Dermatomiositis juvenil	16-20% inicio infancia (pico 5-14 años)	Exantema en heliotropo en párpados bilateral y simétrico* (en 66-87%).	Máculas eritemato-violáceas.	Párpados y región malar.	Máculas eritemato-violáceas en superficie de extensión de artic. MF e IF (pápulas de Gottron 57-91%)*, codos, rodillas y pies. Debilidad muscular proximal y simétrica.
Eritema nodoso	Adulto joven. En infancia, en >2 años.	Placas o nódulos subcutáneos.	Eritematosos dolorosos, ovalados e indurados de 1-3 cm. Evolución a tonos violáceos.	Simétricos pretibiales y cara extensión de brazos (menos frecuente).	Reacción de hipersensibilidad. Se asocia con frecuencia a SGA, TB, GEA, otras. Idiopático 40-50%. Se resuelve en 2-6 semanas sin cicatriz.

AIJ: artritis idiopática juvenil; **GEA:** gastroenteritis bacteriana; **IF:** interfalángicas; **LES:** lupus eritematoso sistémico; **MF:** metacarpofalángicas; **SGA:** Streptococo del grupo A; **TB:** tuberculosis. *patognomónico.

Tabla 5. Definición de la artritis idiopática juvenil sistémica
AIJ definida por la International League of Associations for Rheumatology (ILAR)²⁷

Artritis en una o más articulaciones, acompañada o precedida de fiebre de al menos 2 semanas de duración (siendo necesario la constatación a diario durante al menos 3 días), junto con uno o más de los siguientes:

- Exantema eritematoso, evanescente y no fijo.
- Linfadenopatías generalizadas (dos o más grupos ganglionares).
- Hepatomegalia y/o esplenomegalia.
- Serositis.

Tabla 6. Criterios de Jones revisados en 2015 para diagnóstico de fiebre reumática aguda (FRA)²⁸

Población de bajo riesgo	Poblaciones de riesgo moderado y alto
Criterios mayores:	
Carditis (clínica o subclínica)	Carditis (clínica o subclínica)
Poliartritis migratoria	Poliartritis Monoartritis Monoartralgia (excluidas otras causas)
Corea de Sydenham	Corea de Sydenham
Eritema marginado	Eritema marginado
Nódulos subcutáneos	Nódulos subcutáneos
Criterios menores:	
Poliartralgia	Monoartralgia
Fiebre ($\geq 38,5$ °C)	Fiebre ($\geq 38,5$ °C)
Reactantes de fase aguda: VSG ≥ 60 mm/h o PCR $\geq 3,0$ mg/dl	Reactantes de fase aguda: VSG ≥ 60 mm/h o PCR $\geq 3,0$ mg/dl
Alteración ECG: prolongación del PR*	Alteraciones ECG: prolongación del PR*
Diagnóstico de FRA inicial: 2 criterios mayores o 1 criterio mayor más 2 criterios menores Diagnóstico de FRA recurrente: 2 criterios mayores o 1 criterio mayor más 2 criterios menores o 3 criterios menores. En ambos casos, junto con la evidencia de infección estreptocócica reciente.	

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva Rico JC, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. [Pediatr Integral. 2014;22-36.](#)
2. Drago F, Ciccarese G, Gasparini G, Cogorno I, Javor S, Toniolo A, *et al.* Contemporary infectious exanthems: an update. *Future Microbiol.* 2017;12:171-93. <https://doi.org/10.2217/fmb-2016-0147>
3. Muzumdar S, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The rash with maculopapules and fever in children. *Clin Dermatol.* 2019;37:119-28. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.12.005>
4. Muñoz Hiraldo M^ªE, Plaza Almeida J, Ares Álvarez J. Diagnóstico diferencial de las enfermedades exantemáticas. *FMC.* 2022;29:296-315. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.06.011>
5. Aguado Cabañas M, Vallejo Lanás S, Grasa Lozano CD. Enfermedades exantemáticas de origen infeccioso. En: Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez AJ, Barreda Bonis AC, Menéndez Suso JJ, Ruíz Domínguez JA, Climent Alcalá FJ (eds.). *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría.* 7^a ed. Madrid: Panamericana; 2025. P. 1503-32.
6. Camacho Arias M, Román Villaizán ML, Ruiz Contreras J. Fiebre y exantema. (v.2/2020). En: Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en www.guia-abe.es/temas-clinicos-fiebre-y-exantema
7. Sánchez-Manubens J. Enfermedad de Kawasaki. *Protoc Diagn Ter Pediatr.* 2020;2:213-24 [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19_kawasaki.pdf/
8. Almaraz Garzón M^ª E, González Moreno S, del Castillo Martín F. Exantemas maculopapulosis. En: García-Sicilia J, *et al.* *Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria* 2^a ed. Madrid: Publimed; 2013. p. 432-448.
9. Bircher AJ. Exanthematous (maculopapular) drug eruption. *UpToDate* [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en www.uptodate.com/contents/exanthematous-maculopapular-drug-eruption
10. Sánchez Holgado M, Sánchez Estella J. Urticaria Multiforme, una entidad infradiagnosticada. [Rev Pediatr Aten Primaria 2019;21:401-3.](#)
11. Fölster-Holst R, Zawar VP, Chuh A. Paraviral Exanthems. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2016;14:601-11. <https://doi.org/10.1080/14787210.2016.1184084>
12. Andina D, Belloni-Fortina A, Bodemer C, Bonifazi E, Chiriac A *et al.* ESPD Group for the Skin Manifestations of COVID-19. Skin manifestations of COVID-19 in children: Part 1. *Clin Exp Dermatol.* 2021;46:444-50. <https://doi.org/10.1111/ced.14481>
13. Andina D, Belloni-Fortina A, Bodemer C, Bonifazi E, Chiriac A, *et al.*; ESPD Group for the Skin Manifestations of COVID-19. Skin manifestations of COVID-19 in children: Part 2. *Clin Exp Dermatol.* 2021; 46:451-61. <https://doi.org/10.1111/ced.14482>
14. Cobo Vázquez E, Saavedra Lozano J. Infecciones de la piel y partes blandas (I): impétigo, celulitis, absceso (v.3/2019). En: Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en [www.guia-abe.es/files/pdf/Infecciones%20piel%20y%20partes%20blandas%20\(I\).pdf](http://www.guia-abe.es/files/pdf/Infecciones%20piel%20y%20partes%20blandas%20(I).pdf)

15. García-López C, Medina-Vera I, Orozco-Covarrubias I, Saez-de-Ocariz M. Ecthyma gangrenosum in pediatric patients: 10-year experience at the National Institute of Pediatrics. Int J Dermatol. 2023;62:1359-64. <https://doi.org/10.1111/ijd.16842>
16. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2023. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud; 2024 [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en https://cne.isciii.es/documents/d/cne/vigilancia_its_1995_2023
17. Rodríguez Arranz C, Oteo Revuelta JA. Enfermedades transmitidas por garrapatas más frecuentes en Pediatría. (v.1/2023). En: Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en www.guia-abe.es/temas-clinicos-enfermedades-trasmitidas-por-garrapatas-mas-frecuentes-en-pediatria
18. Hu I, MD, Shapiro E D. Treatment of Lyme disease. UpToDate [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en www.uptodate.com/contents/treatment-of-lyme-disease
19. Galanakis E, Bitsori M. When to Think of Rickettsia. Pediatr Infect Dis J. 2019;38(6S Suppl 1):S20-S23. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002320>
20. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las enfermedades transmitidas por vectores. Parte I. Enfermedades transmitidas por Aedes. Parte II: Enfermedades transmitidas por Culex, abril 2023. Parte III: enfermedades transmitidas por garrapatas: fiebre hemorrágica de Crimea-Congo y endémicas y con potencial de emergencia, julio 2024 [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/prevencionVigilanciaEnfermedades.htm
21. Plan Nacional de Prevención, vigilancia y control de las enfermedades transmitidas por vectores. Guía de manejo clínico [en línea]. Ministerio de Sanidad 2023 [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/docs/guia_manejo_clinico.pdf
22. Sudeep Adhikari S, Bhusal S, Hossain S, Basnya B. Assessment and management of dengue. BMJ 2025;388:e082639. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-082639>
23. Lagares Velasco A, Ordóñez García A, García López Hortelano, M. Dengue (2023). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en www.guia-abe.es/temas-clinicos-dengue
24. Informe epidemiológico sobre la situación de dengue en España. Año 2024 [en línea]. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Madrid, 2025 [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_renave_dengue-2024
25. Informe epidemiológico sobre la situación de la enfermedad por virus chikungunya en España. Año 2024 [en línea]. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBE-RESP. Madrid, 30 mayo 2025 [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_renave_chikungunya-2024
26. Informe epidemiológico sobre la situación de la enfermedad por virus Zika en España. Año 2024 [en línea]. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. CIBERESP. Madrid, 2025 [en línea] [consultado el 17/02/2026]. Disponible en https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_renave_zika-2024

27. Mosquera Angarita JM. Artritis idiopática juvenil sistémica. [Protoc Diagn Ter Pediatr. 2020;2:61-75.](#)
28. Mosquera Angarita JM, Antón López J. Fiebre reumática y artritis posestreptocócica. [Protoc Diagn Ter Pediatr. 2020;2:295-309.](#)
29. Boteanu A. Lupus eritematoso sistémico pediátrico. [Protoc Diagn Ter Pediatr. 2020;2:115-28.](#)
30. Iglesias Jiménez E. Dermatomiositis juvenil. [Protoc Diagn Ter Pediatr. 2020;2:155-62.](#)
31. Urbaneja Rodríguez E, Garrote Molpeceres R. Eritema nodoso en Pediatría. [Protoc Diagn Ter Pediatr. 2020;2:285-93.](#)