

**TÍTULO:**

Exantemas purpúrico-petequiales

**AUTORES:**

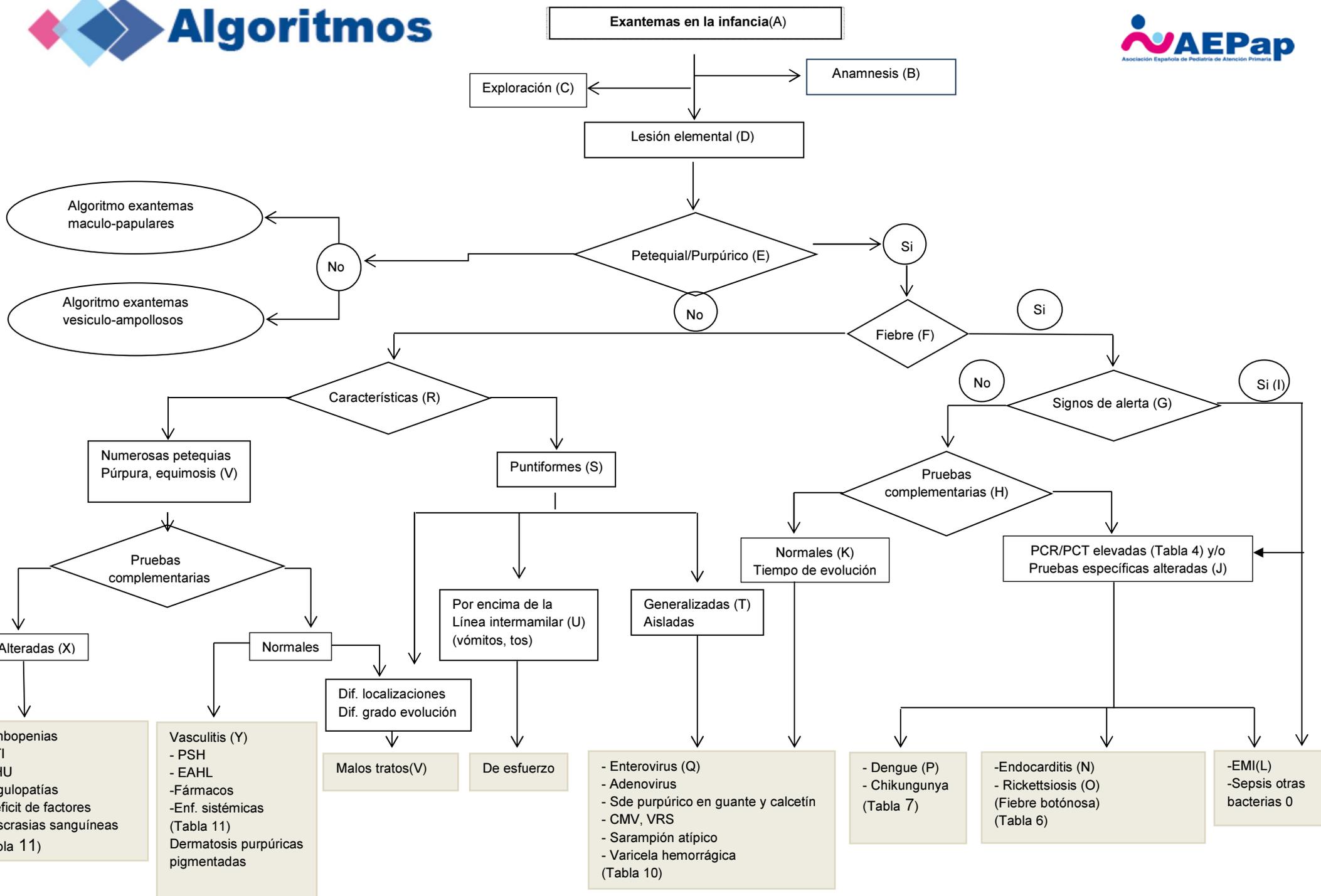
*Josefa Ares Álvarez – C.S. de Bueu. Pontevedra*

*Josefa Plaza Almeida – C. S zona 8. Albacete*

*Antonio García Suárez – C. S. Fuente de Cantos. Badajoz*

Miembros del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap

Cómo citar este artículo: Ares Álvarez J, Plaza Almeida J, García Suárez A. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Exantemas purpurico-petequiales. AEPap. 2015 (en línea). Disponible en [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org)



- (A) Erupción cutánea asociada a una enfermedad, habitualmente de causa infecciosa, caracterizada por lesiones de morfología variable. En la edad pediátrica se estima que el 72% son de etiología viral, autolimitados y de escasa relevancia. Como causas no infecciosas podemos apuntar: exantemas post-infecciosos, erupciones farmacológicas, y diferentes enfermedades sistémicas. .
- (B) Aproximación diagnóstica:
- La **fiebre** es un dato fundamental; su ausencia nos hará dudar de la etiología infecciosa, aunque no la excluye.
  - **Edad**: la mayoría de los exantemas en niños menores de 4 años se debe a infecciones víricas
  - **Datos epidemiológicos**: incidencia estacional, epidemiología local.
  - **Exposiciones**: contactos con personas enfermas, picaduras, viajes, fármacos.
  - **Antecedentes** de enfermedades pasadas y de vacunaciones recibidas.
  - **Características de la fiebre y su cronología con el exantema.**
  - **Características del exantema**: inicio, progresión, cronología de las lesiones. La evolución constituye con frecuencia la mejor prueba diagnóstica.
  - **Síntomas asociados** que preceden o acompañan al cuadro: prurito, síntomas respiratorios, articulares
- (C) **Exploración física** sistemática y minuciosa:
- Signos de alarma. La afectación del estado general, irritabilidad, lesiones petequiales, purpúricas o ampollosas.
  - Tipo y extensión del exantema: localizado o generalizado.
  - Distribución: central, si se inicia en tronco; periférica cuando predomina en miembros o partes acras.
  - Afectación de mucosas.
  - Completar la exploración por aparatos y obtener las constantes vitales.
- (D) A pesar de no ser el signo más específico, constituye un elemento clave y de gran utilidad para identificar la enfermedad (Tabla 1)  
Según el tipo de lesión predominante los exantemas los clasificamos en: eritemato-maculopapulosos, vesiculoso-ampollosos, petequiales o purpúricos
- (E) El exantema petequial o purpúrico constituye un reto diagnóstico ya que puede ser el resultado de enfermedades graves, que precisan un diagnóstico y tratamiento urgentes.  
Se realizará siempre una valoración sistemática y rigurosa que determinará que pacientes precisan pruebas complementarias<sup>3,4</sup>. (Tabla 2)
- (F) Aunque inespecífico, constituye un primer signo de alerta. No siempre indica enfermedad grave, pero hay pocas enfermedades exantemáticas graves que no la presenten<sup>5</sup>.
- (G) Signos/síntomas de alerta sugestivos de sepsis:
- **Afectación del estado general** (Grado de recomendación, GR D)<sup>5,6</sup>: La alteración de cualquiera de los lados del triángulo de valoración pediátrico permitirá establecer prioridades: irritabilidad, somnolencia, hipotensión, tiempo de relleno capilar > 2 segundos, dificultad o alteración de la respiración, cianosis. Su presencia, en un paciente

con fiebre y exantema petequeal debe sugerir EMI y la necesidad de administrar un tratamiento urgente, que se iniciará sin demora, antes de conocer los resultados de las pruebas realizadas (GR D)<sup>6</sup>

- **Presencia de dolor de piernas /artralgias, manos y pies fríos y coloración anómala de piel y rigidez de nuca** en el primer nivel de asistencia deben de sugerir la posibilidad de EMI (GR D)<sup>5,6</sup>.
- **Características y distribución del exantema** (nivel de evidencia II) que reflejan gravedad <sup>2,5,6</sup>:(Tabla 3)
- Si dos de los hallazgos de alto riesgo de la Tabla 3 están presentes la probabilidad de EMI es muy alta, con una sensibilidad y una probabilidad de falsos positivos de 97% y 12%; y de 82% y 5% para un paciente con tres o más (Nivel de evidencia II)<sup>6</sup>.

(H) Pruebas complementarias a realizar<sup>5,6</sup>:

- Hemograma
- Proteína C reactiva y/ o procalcitonina. Los cambios de concentración sérica de procalcitonina son más precoces que los de la proteína C reactiva (recomendación de expertos) <sup>6</sup>
- Pruebas de coagulación
- Bioquímica
- Hemocultivo, test rápidos de diagnóstico, PCR, serologías, aislamiento o cultivos virales, según la orientación diagnóstica.

(I) Ante la presencia de signos de alerta haremos un diagnóstico de alta sospecha de EMI y no se demorará el inicio del tratamiento. Pueden ser posibles otros diagnósticos si los hemocultivos u otras pruebas así lo demuestran con posterioridad.

(J) En un paciente en edad pediátrica con un exantema petequeal de origen no filiado y fiebre, o historia de fiebre, aún sin manifestaciones clínicas de alto riesgo (Tabla 3), una proteína C reactiva/procalcitonina o recuento de células blancas (especialmente neutrófilos) elevados,(Tabla 4) ( indican un mayor riesgo de presentar una **EMI**. (GR C) <sup>6</sup>. Y se recomienda iniciar el tratamiento específico de forma inmediata, a la espera de los resultados definitivos.

(K) El tiempo de evolución es un dato importante a considerar:

- No es probable que un niño con fiebre y exantema de varios días de duración padezca una enfermedad aguda que precise diagnóstico y tratamiento inmediato<sup>2</sup>.
- Sin embargo habrá que ser muy cauteloso en pacientes con menos de 4-6 horas de evolución. En aquellos pacientes en los que inicialmente no se puede excluir una EMI a criterio del facultativo, deberían reevaluarse en un periodo corto de tiempo (GR basado en la experiencia clínica y el consenso del grupo colaborador)<sup>6</sup>

(L) Será el primer diagnóstico a valorar en un paciente febril con exantema petequeal en el que además encontramos alguno de los signos y síntomas de alto riesgo (Tabla 3), a la espera de confirmación analítica. Puede progresar rápidamente a una púrpura fulminans con un riesgo de mortalidad muy elevado. Neisseriameningitidis serotipos B y C son los gérmenes principalmente implicados en nuestro medio, predominando el B, desde la introducción de la vacuna antimeningocócica C en el año 2000. Datos clínicos a tener en cuenta <sup>7,8</sup>:

- Predominio estacional: noviembre-marzo.

- Edad: menores 5 años con un pico de incidencia máxima en menores de 1 año y otro entre 15-18 años
- Los síntomas y signos iniciales pueden ser inespecíficos y comunes a otras infecciones menos graves.
- Período prodrómico: letargo, rechazo del alimento, náuseas, vómitos, irritabilidad, signos y/o síntomas de infección del tracto respiratorio superior (coriza, dolor de garganta, etc.), diarrea, o dolor abdominal.
- No es raro que se confunda inicialmente con un proceso febril faringoamigdalario inespecífico.
- En un 7-11% de los casos el exantema puede ser inicialmente máculo-papuloso.
- La asociación con meningitis ocurre aproximadamente en el 50% de los casos.
- El cuadro clínico puede ser indistinguible de otras sepsis con/sin meningitis por otras bacterias e incluso con algún cuadro de infección vírica, entre las que destacan las infecciones por enterovirus<sup>6, 8,9</sup>.
- Ante la sospecha de una EMI se harán las pruebas específicas para su diagnóstico etiológico y se iniciará urgentemente el tratamiento específico, dada su elevada mortalidad.

## Además del meningococo, otras bacterias pueden ocasionar exantemas petequiales (

(M) Tabla 5)<sup>2</sup>.

(N) Puede aparecer como un proceso agudo de shock y sepsis pero generalmente tiene una presentación subaguda e insidiosa que retrasa el diagnóstico semanas o incluso meses. Características clínicas de ayuda:

- Fiebre: la manifestación más frecuente, en ocasiones la única.
- Generalmente historia de cardiopatía previa
- En las formas subagudas suele acompañarse de un síndrome constitucional: malestar general, anorexia, pérdida de peso, cansancio, mialgias, cefaleas y trastornos del sueño.
- Presencia de un soplo cardíaco nuevo de insuficiencia valvular (ocurre en un 25% de los casos), o un cambio en la auscultación.
- En el 30% de los niños signos de insuficiencia cardíaca.
- Las lesiones cutáneas son poco frecuentes en los niños, aparecen cuando hay un curso prolongado y las más comunes son las petequias localizadas en la mucosa bucal, conjuntival y en las extremidades, y es rara la púrpura<sup>10</sup>.

(O) Son un grupo de enfermedades infecciosas producidas por una familia de microorganismos (Rickettsiaceae) que comprende diferentes especies y géneros. Son zoonosis en las que el hombre es un huésped circunstancial y cuyo reservorio son los mamíferos (excepto para la Rickettsia del tifus epidémico) y se transmiten a través de insectos (excepto la fiebre Q), garrapatas, piojos y mosquitos. En España la Fiebre exantemática mediterránea es endémica. Presentan manifestaciones clínicas comunes<sup>11-13</sup>:

- El período de incubación oscila entre 1 y 2 semanas.
- Se presentan como un cuadro agudo caracterizado por: fiebre, cefalea, exantema (salvo fiebre Q), mialgias y síntomas respiratorios.
- Aparición de una escara inicial (Fiebre Exantemática Mediterránea, endémica en nuestro país, Ricktsiosis pustulosa)
- Cada especie de Rickettsia produce una enfermedad específica (Tabla 6). El diagnóstico de sospecha se hará por la clínica, el ambiente epidémico, y zona de procedencia del paciente. No existe un test rápido que permita establecer el diagnóstico y los resultados analíticos, son inespecíficos.

La eficacia del tratamiento es mayor cuando se inicia en la primera semana, de ahí la importancia de pensar en esta posibilidad y realizar un diagnóstico de sospecha precoz y un adecuado tratamiento. La doxiciclina es el antibiótico de elección oral o endovenoso durante 7-14 días. La alternativa en niños < 8 años en casos no graves es la eritromicina u otros macrólidos<sup>11, 12</sup>.

(P) El Dengue y las enfermedades similares son procesos febriles producidos por diferentes géneros (alfavirus, flavivirus los más frecuentes), transmitidas por artrópodos con diferente distribución geográfica<sup>14, 15</sup>. Tiene una amplia gama de presentaciones clínicas, desde un leve síndrome viral hasta la clásica fiebre del dengue y dengue grave<sup>15</sup>. El diagnóstico se basa en los datos clínicos de sospecha en pacientes procedentes de áreas endémicas y posterior aislamiento e identificación del virus. En nuestro medio todos los casos diagnosticados se deben a dengues importados<sup>16</sup>. Se debe considerar en el diagnóstico diferencial de los exantemas con fiebre, en niños inmigrantes o viajeros, dentro de los 14 días tras volver de un área endémica. Esto permitirá un diagnóstico precoz, un adecuado tratamiento y un buen pronóstico. (Tabla 7)

(Q) La etiología más frecuente de los cuadros febriles con exantema petequeial, en pacientes sin afectación del estado general ni otros síntomas o signos de alerta suelen ser cuadros víricos, benignos y autolimitados, en los que, en determinados casos, podría no hacerse ninguna prueba complementaria. Se caracterizan por<sup>4</sup>.

- Buen estado general
- Tiempo de evolución mayor de 6 horas
- Características del exantema que sugieren enfermedad viral benigna, sin ninguna de las presentes en la Tabla 3: petequias puntiformes, aisladas o agrupadas (por ej. en guante y calcetín), o que se encuentren por encima de la línea intermamilar y que sean estables
- En ocasiones pueden ocasionar un cuadro *sepsis-like*, siendo los neonatos y niños más pequeños los que presentan cuadros clínicos más severos.
- Diferentes virus respiratorios pueden ocasionar exantemas petequiales<sup>2, 5, 18</sup> (Tabla 8).
- Los enterovirus y adenovirus son los que con mayor frecuencia se aíslan en las muestras de niños con fiebre y petequias con buen estado general. El exantema suele ser generalizado con lesiones de pequeño tamaño ( $\leq$  de 2 mm)<sup>5</sup>. (Tabla 9)
- Síndrome papular purpúrico en guante y calcetín: El parvovirus B19 es el microorganismo que con mayor frecuencia se ha implicado en este cuadro clínico, sin embargo otros virus como el CMV, VEB, sarampión y HHV-6 también se han propuesto como agentes etiológicos, además de la relación con algunos medicamentos como el Trimetropim-Sulfametoxazol<sup>21</sup>

- CMV, VEB, virus de la hepatitis A y otros virus respiratorios pueden producir exantemas atípicos, petequiales o hemorrágicos<sup>2, 18</sup>. (Tabla 8). El sarampión atípico (ver algoritmo de exantemas maculopapulosos) de los niños vacunados puede tener un carácter petequial/purpúrico<sup>1</sup> y la varicela puede tener una presentación grave en forma de varicela hemorrágica<sup>24</sup>
  - En cualquier momento de la evolución la aparición de alguno de los signos y/o síntomas de alarma obligarán a una nueva valoración (G)
- (R) Si el paciente se encuentra afebril, generalmente, suele tratarse de cuadros benignos y de nuevo se vuelven a presentar los exantemas víricos como los más frecuentes. Una vez más la historia clínica y la exploración permitirán dirigir la evaluación y la aproximación diagnóstica, intentando descartar causas potencialmente graves. En este grupo encontramos procesos no infecciosos, aunque algunos de ellos tienen una relación temporal con cuadros infecciosos previos, y se consideran cuadros reactivos. Determinadas características del exantema orientarán de entrada, hacia la realización de pruebas complementarias o no:
- Extensión, distribución y número de petequias
  - Lesiones equimóticas o purpúricas en mucosas o piel
- (S) Las petequias puntiformes localizadas, en un paciente afebril, con buen estado general, pueden permitir hacer el diagnóstico sin recurrir a pruebas complementarias<sup>25</sup>
- (T) Lesiones petequiales menores de 2 mm., generalizadas, o elementos aislados, con o sin asociación a lesiones maculares, con signos o síntomas de infección de vías respiratorias o digestiva pueden estar relacionadas con infecciones virales, enterovirus, adenovirus, rinovirus, VRS, etc<sup>1,2,5</sup> (ver Q)
- (U) Lesiones micropetequiales localizadas en tercio superior del tronco, cara y cuello por aumento de la presión intravascular en el territorio de la vena cava superior. En los niños pequeños se originan tras vómitos intensos, accesos de tos o incluso rabietas<sup>1</sup>.
- (V) No debemos olvidar, ante un exantema petequial y/o equimótico, sobre todo si aparece con diferentes grados evolutivos y en diferentes localizaciones, y de forma repetida la posibilidad de malos tratos<sup>26</sup>. Las pruebas analíticas descartarán otros procesos.
- (W) Si las lesiones son muy numerosas no localizadas, equimóticas o purpúricas estará indicado hacer<sup>27</sup>: Hemograma, recuento plaquetario, estudio de coagulación.
- (X) Diátesis hemorrágica de origen plaquetario<sup>27</sup> (Tabla 11)
- (Y) En los trastornos vasculares encontraremos pruebas de coagulación y recuento plaquetario normales. Se producen por alteraciones estructurales y/o funcionales de la pared vascular y sus tejidos de sostén. Entre estos cuadros tenemos:
- Vasculitis primarias: Se presentan como petequias y equimosis en la piel, siendo menos frecuente la presentación en mucosas. Pueden ser hereditarias o adquiridas, aunque en la infancia, la mayoría son “reactivas” y secundarias a procesos infecciosos/inflamatorios previos<sup>27</sup>. (Tabla 11)
  - Vasculitis por hipersensibilidad, urticarial o toxicodermias por exposición a fármacos (sulfamidas, cefaclor, penicilinas); solo un 10% de las toxicodermias se presentan con manifestaciones hemorrágicas, la mayoría con exantemas maculopapulares (algoritmo maculopapular).
  - Vasculitis sistémicas, muy raras en niños: reumatoide, lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, poliarteritis nodosa, etc.<sup>1, 26</sup>.
  - Dermatitis purpúricas pigmentadas: lesiones purpúricas o de color ocre, secundarias a daño de la pared capilar, infiltrado linfomononuclear perivascular, extravasación hemática y depósito de hemosiderina. La forma más frecuente es la enfermedad de Schamberg que afecta a adolescentes y adultos jóvenes. Las lesiones se distribuyen de

forma simétrica, afectando principalmente extremidades inferiores y de resolución espontánea. Hay que descartar siempre una etiología medicamentosa y trastornos cuantitativos y cualitativos de la función plaquetaria

En este grupo también se deberá hacer diagnóstico diferencial con malos tratos <sup>26</sup>(V) y con cuadros víricos atípicos (Q)

## SIGLAS UTILIZADAS

CMV: Citomegalovirus

Dif: Diferentes

EAHL: Enfermedad aguda hemorrágica del lactante

EMI: Enfermedad meningocócica invasiva

Enf: Enfermedad

Ex: Exantema

HHV-6: Herpesvirus humano tipo 6

GI: Gastrointestinal

GR: Grado de recomendación

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa

PSH: Púrpura de ShönleinHenoch

PTI: Púrpura trombopénica idiopática

SDE: Síndrome

SHU: Síndrome hemolítico urémico

SNC: Sistema nervioso central

VEB: Virus de Epstein Barr

Tabla 1: Características de las lesiones elementales de los exantemas<sup>1</sup>

Lesión elemental	Características
<b>Mácula</b>	Lesiones planas caracterizadas por cambio de coloración.
<b>Pápulas</b>	Elevación circunscrita de la piel de diámetro menor a 1 cm. Cuando es mayor de 1 cm se denomina <b>placa</b>
<b>Roncha o habón</b>	Pápulas o placas, de color rosado pálido, rodeadas de un halo blanquecino, al extenderse pueden volverse anulares. Evolución fugaz: duran menos de 24 horas en una localización concreta.
<b>Vesículas</b>	Lesiones elevadas, circunscritas, de contenido líquido, de tamaño < 5 mm Denominándose <b>ampollas</b> si son > de 5 mm Y pústulas si contiene exudado purulento.
<b>Petequias/púrpura</b>	Lesión plana causada por hemorragia de la piel, no desapareciendo con la vitropresión. Cuando la lesión es > 2 mm y palpable se denomina <b>púrpura</b> . Si la lesión es > de 3 mm y es plana se denomina <b>equimosis</b>

**Tabla 2:** Clasificación por tamaño y fisiopatología <sup>1, 2</sup>

	<b>Morfología de la lesión</b>	<b>Patología de la lesión</b>	<b>Nivel de alteración del sistema de coagulación</b>
<b>Petequias</b>	Lesión puntiforme Rojo violácea, ≤ 2 mm No desaparece al presionar la piel.	Pequeña colección de hematíes a nivel de la dermis	Alteración de las plaquetas (número o función) Rotura de pequeños capilares
<b>Púrpura</b>	Lesión de color violeta >2 mm Sobrelevada, de bordes bien delimitados, Palpable.	Lesión vascular (vasculitis) con dilatación y extravasación de sangre.	Lesión vascular
<b>Equimosis</b> (extensas, rápidamente progresivas, con necrosis de la piel, <b>púrpura fulminante</b> )	Lesión > 1 cm Color variable según el tiempo de evolución: oscuros inicialmente y amarillentos al final, No sobrelevada Bordes relativamente bien delimitados	Colección importante de sangre a nivel de la dermis profunda y tejido subcutáneo	Alteración de los factores y de los productos de la coagulación.

**Tabla 3:** Características de alto riesgo de los exantemas hemorrágicos <sup>5, 6</sup>

<b>CARACTERÍSTICAS DE ALTO RIESGO</b>
Hemorragias en piel: - Equimóticas - Rápidamente progresivas
Distribución generalizada de las petequias
Petequias > 2 mm
Afectación del estado general
Rigidez de cuello

**Tabla 4:** Pruebas de laboratorio y puntos de corte de mayor riesgo de EMI <sup>6</sup>

	Valor	Sensibilidad	Especificidad	CPP
Glóbulos blancos	>15.000 cel/ $\mu$ L	67%	85%	4,5
Neutrófilos en banda	>500 cel/ $\mu$ L	80%	74%	3,0
PCR	>6 mg/dl	100%	54%	
PCT	>5 $\mu$ g/dl	95%	86,4%	

PCR: Proteína C reactiva; PCT: procalcitonina; CPP: cociente de probabilidad positiva

**Tabla 5:** Agentes infecciosos que pueden presentarse con exantemas hemorrágicos<sup>2</sup>

Microorganismo		Tipo de púrpura				
		P. palpable	P. fulminans	Petequias	En guante y calcetín	Otros
Bacterias	N meningitidis	+	+			
	N gonorrhoeae	+				
	H. influenza		+			
	Klebsiellaspp		+			
	S aureus		+			
	Proteus mirabilis		+			
	Enterobacterspp		+			
	Escherichia coli		+			
	S pyogenes	+	+			
	S pneumonia		+			
	S viridans	+				
	Ps aeruginosa		+			Ectima
	Rickettsia spp	+	+			
	M pneumoniae	+				
	Yersinia spp	+				
	Campylobacter jejuni	+				
	Salmonella spp.	+				
	Shigella spp.	+				
	Helicobacter pylori	+				

	Haemophilus spp.		+			
	Legionella spp.	+				
	Brucella spp.	+				
Virus	Varicela zoster		+			
	Cosackie	+		+		
	Echovirus	+		+		
	Rotavirus	+		+		
	VRS	+		+		
	Hepatitis A, B y C					
	CMV	+			+	
	VEB	+			+	
	Sarampión			+		
	Parvovirus B19	+			+	
Hongos	Candida spp.		+			Ectima
	Mucor spp.			+		Ectima
	Aspergillus spp.		+			Ectima
	Cryptococcus spp.					
Parásitos	Strongyloides Stercoralis		+			P. lineal
	Acanthamoeba spp.	+				

P: Púrpura

**Tabla 6:** Enfermedades por Rickettsias que causan exantemas hemorrágicos<sup>11-13</sup>.

Enfermedad	Organismo infectante	Zona geográfica	Rasgos de la infección
<b>Fiebre exantemática mediterránea</b>	<i>R. conorii</i> . Reservorio: garrapata y ocasionalmente mamíferos Vector: garrapata	Cuenca Mediterránea, África, India, Oriente Próximo	PI: 12 días. La picadura produce la “mancha negra”, que no siempre se encuentra Aparición brusca de fiebre, cefalea, mialgias y artralgias 3º-5º día exantema maculopapular eritematoso y puede ser hemorrágico Extensión centripeta: extremidades con afectación de palmas y plantas, abdomen, tronco, cara Diagnóstico: PCR, serología, aislamiento en biopsia piel o sangre, WeilFelix* positiva
<b>Fiebre maculosa de las Montañas Rocosas</b>	<i>R. rickettsii</i> Reservorio: mamíferos y roedores Vector: garrapata	Hemisferio occidental	PI: 3-12 días. Cefalea, escalofríos, postración, y mialgias. Tos seca 4º día: Exantema en muñecas, tobillos y antebrazos, palmas y plantas. Se extiende hacia cuello, rostro, axilas y nalgas. Primero macular y posteriormente papular y petequeal Pueden aparecer: meningoencefalitis, neumonitis, hepatitis y afectación cardíaca Diagnóstico: PCR, serología, WeilFelix* positiva
<b>Tifus epidémico</b>	<i>R. prowazekii</i> Huesped: humanos Vector: piojos.	África, América del Sur, Central, Asia	PI: 7-14 días. Comienzo repentino, fiebre, dolor de cabeza, y fatiga extrema. 4º-6º día: erupción macular, papular y hemorrágico. Tronco a extremidades No afectación de palmas ni plantas Confirmación: PCR, serología, WeilFelix* positiva
<b>Tifus murino o endémico</b>	<i>R. typhi</i> Reservorio: ratas Vector: pulga	Mundial	Cuadro similar al del tifus epidémico aunque más débil y no hemorrágico Diagnóstico: PCR, serología, WeilFelix* positiva
<b>Tifus de los matorrales</b>	<i>R. tsutsugamushi</i> , Huesped: ¿roedores? Vector: ácaros.	Pacífico asiático	PI 6-20 días. Comienzo repentino: fiebre, escalofríos, y dolor de cabeza. 5º-8º día exantema maculopapular. Confirmación: PCR, serología
<b>Rickettsiosis pustulosa</b>	<i>R. akari</i> Reservorio: Ratón Vector: garrapatas.	Nueva York, y otras áreas de Estados Unidos, en Rusia, Corea y África.	PI: 6-15 días Aparición de un pequeña úlcera similar a un botón con un centro de color negro Fiebre que aparece y desaparece, durante una semana, escalofríos, profusa sudoración, cefalea, fotofobia y mialgias. El exantema es maculo papular y puede ser vesiculoso, en tronco, cabeza y extremidades. Menos frecuente palmas y plantas PCR, serología.

\* Método serológico en el que se emplea un antígeno común entre *Proteus vulgaris* Ox-19 y algunas Rickettsias. No específico y no se aconseja su uso, salvo en países en desarrollo.

**Tabla 7:** Enfermedades víricas hemorrágicas importadas más frecuentes en España <sup>14-17</sup>

Enfermedad		PI días	Manifestaciones sistémicas	Manifestaciones cutáneas	Diagnóstico	Tratamiento
<b>DENGUE</b> Flavivirus Vector: mosquito (Aedes)	Fiebre dengue	3-14	Fiebre bifásica, cefalea, mialgias, artralgias, dolor periorbitario, faringe congestiva y adenopatías Síntomas digestivos Duración 2-7 días Fase crítica de defervescencia de la fiebre y fase convaleciente	1º Exantema macular generalizado 2º fase: ex. morbiliforme en tronco (islas blancas en un mar rojo). No afecta palmas ni plantas	Pancitopenia Coagulación normal Prueba de torniquete positiva (40%) Datos clínicos Áreas endémicas Aislamiento viral (PCR) Serologías seriadas	Sintomático Rehidratación
	FD con hemorragias	—	Síntomas iguales que anterior	Petequias y púrpura		
	FH del dengue (infecciones secundarias)	—	1ª fase igual 2-5 días deterioro rápido, manifestaciones de claudicación circulatoria e hipotensión	Petequias dispersas Progresión a equimosis, hemorragias y hematomas	Rápida disminución de plaquetas Hemoconcentración.	Soporte intensivo
	Sde. de shock por dengue	—	Colapso cardiovascular y claudicación			Soporte intensivo
<b>Chikungunya</b> Alfavirus Vector: mosquito (Aedes albopictus, existente en algunas zonas de España)	Típico	2-15	Fiebre súbita, artralgias, mialgias, cefaleas, náuseas, astenia.  En la mayoría los síntomas desaparecen en 1-3 semanas. En algunos, artralgias recurrentes	Maculo-pápulas eritematosas Afecta a palmas y plantas Lesiones bullosas y vesiculares Petequias y equimosis	Pruebas de laboratorio inespecíficas Clínica y procedencia de área endémica 15 días previos Aislamiento del virus y serología	Sintomático
	Atípico		Alteraciones neurológicas, oculares, renales, insuficiencia respiratoria, hepatitis, discrasias sanguíneas		Discrasias sanguíneas Alteraciones bioquímicas: hepática, renal, suprarrenal	Soporte intensivo

PI: Período de incubación; FH: fiebre hemorrágica; FD: fiebre dengue; Sde: Síndrome;

Tabla 8<sup>1, 19</sup>

Exantemas víricos morbiliformes relacionado con exantema petequial
• Echovirus 4, 7, 9
• Coxsackie A9
• Adenovirus
• Exantema papularpurpúrico en guante y calcetín por Parvovirus B19
• Virus Epstein-Barr
• CMV
• VRS
• Rhinovirus
• Influenza A, B y H1N1
• Parainfluenza 1,2 y 3
• Dengue
• Hepatitis
• Rubéola
• Sarampión atípico

Tabla 9: Enterovirus y tipos de exantemas<sup>10, 19</sup>.

CLASIFICACIÓN	TIPO DE EXANTEMA Y SEROTIPOS ASOCIADOS			
	PETEQUIAL	RUBEOLIFORME	ROSEOLIFORME	VESICULAR/HERPETIFORME
<b>-COSACKIE</b>				
<b>A:4-6,9-10, 16,</b>	9	19		16,5,7,9,10
<b>B:1-3, 5</b>			1,5	2,5
<b>-ECHOVIRUS:</b>				
<b>1-7, 9-12, 14,16,19,25,30</b>	4,7,9	9,2,4,11,19,25	16,11, 12, 25	2,4,11,19,25,11
<b>-HEV</b>				71

HEV: Enterovirus humanos

**Tabla 10:** Exantemas petequiales más frecuentes por virus<sup>9</sup>.

Enfermedad/virus	Características clínicas	Exantema
<b>Exantemas “inespecíficos” por enterovirus/Echovirus, 9, 16, 2, 4, 5, 6, 17, 25 y 32 Coxsackie A9, B5, A4, B3<sup>19</sup></b>	Exantemas < 6 años Afectación del SNC >7 años PI: 3-7 días Patrón estacional: verano-otoño Fiebre mialgias, poliadenopatías Síntomas respiratorios, neurológicos, gastrointestinales.	Coinciden por los otros síntomas. Inespecífico, intensidad y duración variable Maculopapulares, escarlatiniformes, rubeoliformes, vesiculosos, morbiliformes, y petequiales
<b>Cosackie A9<sup>*19</sup></b>	Sde. febril PI 2-12 días Enantema y afectación del estado general Adenopatías cervicales u occipitales Ocasional: neumonitis, pericarditis, hepatitis	Erupción purpúrica (muy frecuentemente maculopapular generalizada). Región facial, tronco y extremidades
<b>Echovirus 9<sup>*19</sup></b>	PI: 5-8 días Brotos epidémicos Meses de verano Elevada incidencia de meningitis linfocitaria	Exantema petequial (también rubeoliforme o morbiliforme) Inicio en cara y se extiende a tronco y extremidades De forma ocasional afectación palmo-plantar
<b>Pseudoangiomatosis eruptiva/echovirus tipo 25,32<sup>21</sup></b>	Pródromos: Fiebre, diarrea, infecciones respiratorias leves Sospecha de etiología vírica por características epidemiológicas (pródromos, autolimitado, brotes intrafamiliares)	Pápulas rojizas y brillantes de aspecto angiomatoide de 2-6 mm asintomáticas, preferentemente en cara y miembros
<b>Adenovirus<sup>20</sup></b>	Endémicos durante todo el año, con brotes en primavera, inicio de verano y pleno invierno Fiebre, adenopatías, conjuntivitis, faringitis, manifestaciones respiratorias	El exantema más característico es maculo-papulo-eritematoso pero puede ser morbiliforme, rubeoliforme y petequial
<b>Sde. papularpurpúrico en guante y calcetín/Parvovirus B19<sup>21, 22</sup></b>	Incidencia máxima a finales del invierno y en primavera. Fiebre, prurito, edema y eritema dolorosos en zonas distales de extremidades, con una distribución definida en guantes y calcetines	La clínica va precedida de petequias distales y lesiones orales

\*Enterovirus que con mayor frecuencia ocasionan exantemas petequiales; PI: Período de incubación; Sde: Síndrome; SNC: Sistema nervioso central

**Tabla 11:** Exantemas hemorrágicos no infecciosos <sup>1, 8, 26, 27</sup>

	Vasculitis		Coagulopatías y Trombopenias			
	PSH*	EHL	PTI &	SHU	Alteración de la función plaquetaria	Alteración de la producción de plaquetas
Pruebas de coagulación n° plaquetas	Normal	Normal	Trombopenia	Trombopenia	Alt. factores de la coagulación (von Willebrand, VIII, IX)	Alteraciones medulares
Edad	Infancia	4 m – 2 a.	2 - 8 años	Lactantes y niños		
Desencadenante previo	Infecciones previas frecuentes	Infecciones víricas Fármacos (Ab y AINES) Inmunizaciones	60% virasis 1-4 semanas antes	Gastroenteritis por <i>E. coli</i> O157:HT productor de toxina S <i>Shigella</i> < frecuente.	Congénitas	Adquiridas
Etiopatogenia	IC IgA en piel, articulaciones, tubo digestivo, riñón	IC localizados en vasos pequeños	Destrucción acelerada de plaquetas por Ac y linfocitos T	Micro angiopatía trombótica con destrucción de plaquetas	Déficits congénitos de factores de coagulación	Afectación medular, aplasia/mielodisplasia
Exantema	Máculas y habones rosados Pápulas purpúricas palpables extensas	Maculo-pápulas purpúricas Edema doloroso	Púrpura generalizada espontánea o con mínimos traumatismos	Lesiones petequiales/purpúricas generalizadas	Hematomas	Hematomas, petequias, púrpura
Localización	Simétrica: piernas, glúteos	Cara, párpados, orejas, genitales, extremidades Edema doloroso en cara, manos y pies	Generalizada	Generalizada	Generalizada Hemorragia en mucosas	Generalizada Afectación de mucosas
Otros síntomas	Osteoarticulares 70% Digestivos 80% Renal 50% Puede cursar en brotes	Fiebre con buen estado general Curso benigno Resolución en 3-4 semanas	Hemorragias GI, hematuria, menorragia 3% Hemorragias graves Curso variable	Predominio de manifestaciones renales (IRA) Curso variable	Afectación de diferentes órganos por las hemorragias (osteoarticular, SNC, digestivas)	Afectación de otras series sanguíneas Palidez, pérdida de peso, afectación estado general, hepato-esplenomegalia, adenopatías etc.

**P:** Púrpura; **PSH:** Púrpura de Shölein-Henoch; **EHL:** Edema hemorrágico dellactante; **PTI:** Púrpura trombopénica idiopática; **SHU:** Síndrome hemolítico urémico. Alt: alteración; Ab: antibióticos; AINES: antiinflamatorios no esteroideos; GI: gastrointestinales; IC: inmunocomplejos; Ac: anticuerpos; SNC: Sistema nervioso central

\*En ausencia de coagulopatía o trombocitopenia, debe ser la primera sospecha diagnóstica ante la presencia de una púrpura en un niño afebril<sup>29</sup>; &Es la causa más frecuente de trombocitopenia aguda en la infancia en un niño sano<sup>27</sup>

## Bibliografía

1. Baselga E. Púrpura en la infancia. En: Torrelo A. Dermatología en Pediatría General. Grupo Aula Médica S.L. Madrid 2007:259-75
2. Molina Cabañero JC. Encuentro con el experto: Exantemas hemorrágicos en los niños. ¿Cuáles son graves? ¿Cómo diferenciarlos? En: Congreso de la Asociación Española de Pediatría. AEP 2013-62:275-7 [consultado el 24/01/2015] Disponible en [http://www.reumaped.es/images/site/pdf/Ponencias\\_AEP\\_Sevilla\\_2013\\_62.pdf](http://www.reumaped.es/images/site/pdf/Ponencias_AEP_Sevilla_2013_62.pdf)
3. Puig Sanz L. Púrpuras. Protocolos Diagnósticos y terapéuticos en Dermatología Pediátrica. 2ª ed. Protocolos de la AEP Moraga Llop A. 2007:201-7. [consultado el 26/03/2015] Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>
4. Schneider H, Adams O, Weiss C, Merz U, Schrotten H, Tenenbaum T. Clinical characteristics of children with viral single- and co-infections and a petechial rash. *Pediatr Infect Dis J.* 2013;32(5):e186-91.
5. Nielsen H, Andersen E, Andersen J, Bottiger B, Christiansen K, Daugbjerg P, et al. Diagnostic assessment of haemorrhagic rash and fever. *Arch Dis Child.* 2001;85:160-5.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Enfermedad Meningocócica Invasiva. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Enfermedad Meningocócica Invasiva. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2013. Guías de Práctica Clínica en el SNS: IACS N° 2011/01 [Consultado el 20/02/2015] Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_525\\_EMI\\_ICS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_525_EMI_ICS_compl.pdf)
7. American Academy of Pediatrics. Meningococcal Infections. In: Pickering LK, Baker CJ, Dimberlin DW, Long SS, eds. *Red Book: 2012. Report of the Committee on Infectious Diseases.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2012:500-8.
8. Silva Rico JC, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatr Integral* 2014:22-36. [Consultado el 14/01/2015]. Disponible en:<http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2014-01/diagnostico-diferencial-de-los-exantemas/>
9. Busowski MT. Chief Editor: Cunha BA; Echoviruses Clinical Presentation. *Medscape* 2013 [Actualizado 8/10/ 2013] [Consultado el 19/01/2015] Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/216564-clinical>
10. Oliveira Avezuela C, Lubián López S. Endocarditis infecciosa. tratamiento y profilaxis. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Cardiología Pediátrica. 2009. 24:1-14. [Consultado el 16/01/2015] Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/24\\_endocarditis.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/24_endocarditis.pdf)
11. American Academy of Pediatrics. Rickettsial diseases. In: Pickering LK, Baker CJ, Dimberlin DW, Long SS, eds. *Red Book: 2012. Report of the Committee on Infectious Diseases.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2012:620-5

12. Pou J. Rickettsiosis. En Corretger Rauet JM, Cruz-Hernández M, González-Hachero J, Moraga Llop FA. Editores. Infectología Pediátrica bases diagnósticas y tratamiento. Barcelona: Editorial Espaxs, S.A.; 2006:258-64
13. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Protocolo de vigilancia de fiebre exantemática mediterránea. Madrid, 2013:199-203. [Consultado el 23/02/2015] Disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/PROTOCOLOS\\_RENAVE.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/PROTOCOLOS_RENAVE.pdf)
14. American Academy of Pediatrics. Arboviruses. In: Pickering LK, Baker CJ, Dimberlin DW, Long SS, eds. Red Book: 2012. Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2012:232-8
15. American Academy of Pediatrics. Dengue. In: Pickering LK, Baker CJ, Dimberlin DW, Long SS, eds. Red Book: 2012. Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2012:305-7
16. Ramos Geldres TT, García López-Hortelano M, Baquero-Artigao FA, Montero Vega D, López Quintana B, Mellado Peña MJ. Dengue importado: arbovirosis emergente en España. An Pediatr.2015;82:e165-9 [Consultado el 12/02/2015] Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/dengue-importado-arbovirosis-emergente-espana/articulo/S1695403314002185/>
17. Tardío E, Sánchez E. Dengue. Fiebre hemorrágica tipo dengue. En: Corretger Rauet JM, Cruz-Hernández M, González-Hachero J, Moraga Llop FA. Editores. Infectología Pediátrica bases diagnósticas y tratamiento. Barcelona: Editorial Espaxs, S.A. 2006:110-3.
18. Escalante-Jibaja E. Exantemas virales. Dermatol. Peruana 2008;18:78-93
19. Alsina-Gibert M. Dermatologic Manifestations of Enteroviral Infections. Medscape. 2014 [Actualizado 22/10/2014]. [Consultado en: 10/01/2015]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1134374-overview>
20. Academia Americana de Pediatría. Infecciones por Adenovirus. En: Pickering LK, Baker CJ, Dimberlin DW, Long SS, eds. Red Book: Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas. Elk Grove Village, IL: Academia Americana de Pediatría; 2012:220-2
21. Scott, LA; Stone MS. Viral exanthems. Dermatology Online Journal, 2003;9(3):4. [Consultado el 10/01/2015] Disponible en: <http://escholarship.org/uc/item/3wd095bt>
22. American Academy of Pediatrics. Parvovirus B19. In: Pickering LK, Baker CJ, Dimberlin DW, Long SS, eds. Red Book: 2012. Report of the Committee on Infectious Diseases. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2012:539-41
23. Fretzayas A, Douros K, Moustaki M, Nicolaidou P. Papular-purpuric gloves and socks syndrome in children and adolescents. Pediatr Infect Dis J. 2009;28:250-2.
24. Moraga FA. Complicaciones de la varicela en el niño inmunocompetente. AnPediatr 2003;59[sup]:18-26
25. Ruiz Contreras J. Exantemas en la infancia. En:AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 317-24. [Consultado el 11/01/2015] Disponible en: <http://www.aepap.org/sites/default/files/exantemas.pdf>

26. Puig Sanz L. Púrpuras. En Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Dermatología. 2007:201-7. [Consultado el 18/02/2015] Disponible en:  
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/purpuras.pdf>
27. Fierro A. Púrpuras. Trombocitopenia inmune primaria. Pediatr Integral 2012;16:399-412. [Consultado el 26/01/2015] Disponible en:  
<http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-06/purpuras-trombocitopenia-inmune-primaria/>