

## EXANTEMAS MACULOPAPULOSOS

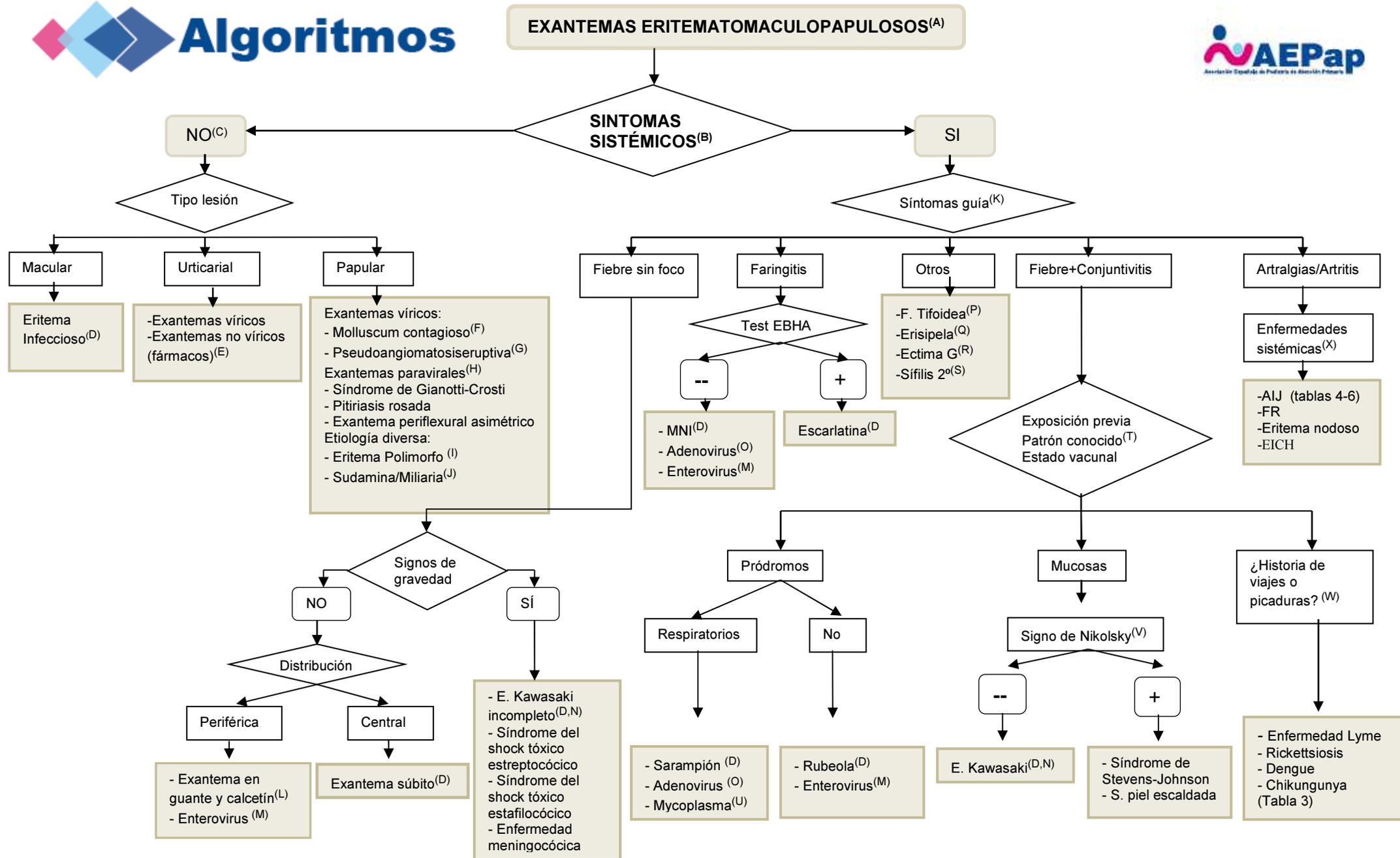
M<sup>a</sup> Eulalia Muñoz Hiraldo. Centro de Salud Dr Castroviejo. Madrid.

Josefa Plaza Almeida. Centro de Salud Zona 8. Albacete.

Josefa Ares Álvarez. Centro de Salud de Bueu. Pontevedra.

Miembros del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap

Cómo citar este artículo: Muñoz Hiraldo ME, Plaza Almeida J, Ares Álvarez J. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Exantemas maculopapulosos. AEPap. 2015 (en línea). Disponible en [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org)



- A. **Los exantemas eritematomaculopapulosos** se caracterizan por un rash cutáneo eritematoso, máculas planas coloreadas casi siempre eritematosas y/o pápulas sobreelevadas. La lesión elemental predominante puede ser: **mácula** (lesión plana caracterizada por 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 h 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. Otras causas: bacterias, Rickettsias, fármacos, paravirales, enfermedades sistémicas<sup>1</sup>. Algunas entidades coexisten con lesiones vesiculosas y/o petequiales, por lo que se describen también en los algoritmos respectivos.
- B. La mayoría de los exantemas eritematomaculopapulosos cursan con fiebre y otros síntomas generales. En general una historia y exploración física exhaustivas nos aproximarán al diagnóstico. Interrogar sobre exposición a animales, toma de medicamentos, actividad sexual, sospecha de inmunodeficiencia. La realización de exploraciones complementarias casi nunca es necesaria<sup>1-4</sup>.
- C. En los casos en los que no se encuentre fiebre ni otros síntomas sistémicos, las características morfológicas del exantema nos orientarán hacia diferentes entidades, aunque no siempre es patognomónico, La anamnesis debe abarcar aparición del exantema, evolución, progresión y distribución, prurito o dolor<sup>1,3</sup>.
- D. **Tabla 1** de diagnóstico diferencial de los exantemas maculopapulosos<sup>2,4-6</sup>.
- E. **Reacciones a fármacos o Toxicodermias:** el patrón más frecuente (60%-90%) es exantema maculopapuloso eritematoso, polimorfo y confluyente, de comienzo en tronco y extensión simétrica a extremidades, respeta cara, palmas y plantas. Puede haber febrícula y prurito. Otros patrones: eritema fijo medicamentoso, urticaria (erupción cutánea evanescente y pruriginosa cuya lesión elemental es el habón). Suelen ser reacciones tipo IV y aparecen a los 7-14 (entre 4-21) días de iniciar el fármaco. A veces, son reacciones inmediatas mediadas por IgE. Los medicamentos más frecuentemente implicados son antibióticos (betalactámicos, sulfamidas), antiepilépticos (carbamecepina, fenitoína) y AINEs<sup>4-7</sup>.
- F. El **Molluscum Contagioso** está producido por poxvirus. Afecta sobre todo a niños entre 2 y 6 años. Se transmite por contacto directo y se extiende por autoinoculación. Las lesiones son pápulas cupuliformes de tamaño entre 1-5 mm distribuidas de forma variable en cara, tronco y extremidades. Cursa de forma asintomática y es autolimitado, desapareciendo espontáneamente a los 6-9 meses<sup>1</sup>.
- G. **Pseudoangiomatosis eruptiva:** probable etiología vírica (enterovirus). 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)<sup>1,4</sup>.
- H. En la **tabla 2** aparecen descritos los **exantemas paravirales**, que se caracterizan por no acompañarse de fiebre ni otros síntomas sistémicos y por tener en común su evolución prolongada, cursando en brotes, con una duración de varias semanas hasta su resolución espontánea sin dejar lesiones residuales<sup>1,4,6,8</sup>.

- I. **Eritema Polimorfo o 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, 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*, estreptococo grupo A, tuberculosis, y también se asocia a fármacos<sup>1,4</sup>.
- J. **Miliaria:** en zonas cubiertas por retención de secreciones de glándulas sudoríparas. Se desencadena por calor y humedad. Dos formas: M. Cristalina o **Sudamina** (microvesículas) y M. Rubra (papulovesículas eritematosas)<sup>1,5</sup>.
- K. 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.
- L. **Exantema en guante y calcetín:** edema simétrico, doloroso y eritematoso, que se localiza en manos y pies. Producido por el parvovirus B19. Evoluciona hacia pápulas purpúricas y petequiales por lo que aparecerá descrito entre los exantemas petequiales<sup>4</sup>.
- M. **Enterovirus** (Coxsackie, Echovirus): exantemas maculosos o maculopapulosos que pueden afectar a palmas y plantas y son concomitante con la fiebre. Son la causa más frecuente de fiebre sin foco en niños menores de 2 años. Pueden asociar herpangina, manifestaciones digestivas, meningismo, mialgias, miopericarditis, aunque la forma más habitual es enfermedad febril inespecífica<sup>4,9</sup>.
- N. **Enfermedad de Kawasaki**<sup>4,5</sup>: su diagnóstico precisa 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 polimorfo y cambiante (intenso en periné en lactantes)
  - Adenopatía cervical > 1,5cm
- Si hay lesión coronaria, se aceptan menos de 4 criterios.
- Enfermedad de Kawasaki incompleta** (hasta en 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/o VSG > 40 mm/h más
  - Al menos 3 criterios de laboratorio: anemia, plaquetas > 450000, leucocitos  $\geq$ 15000/mm, aumento GPT, albumina  $\leq$ 3g/dl, piuria estéril.
- O. **Adenovirus:** provocan exantemas maculopapulosos con 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 provocan conjuntivitis por lo que puede confundirse con sarampión<sup>2,4</sup>.
- P. **Fiebre tifoidea** (*Salmonella* Tiph y Paratiph): fiebre alta y persistente y en 50% aparece en la 1<sup>a</sup>-2<sup>a</sup> semana exantema maculopapuloso rosado en tronco, en brotes. Otras manifestaciones: MEG, síntomas digestivos, respiratorios, alteración de conciencia. Antecedente epidemiológico<sup>5,6</sup>.

- Q. **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: estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A<sup>1,3</sup>.
- R. **Ectima Gangrenoso**: infección cutánea primaria o secundaria a sepsis por *Pseudomona Aeruginosa*, en inmunodeprimidos. 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 lesiones<sup>3</sup>.
- S. **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 del mismo. El **estadio 2º** comienza 1-2 meses más tarde de cicatrizar el chancro, con exantema maculopapuloso polimorfo, generalizado que afecta palmas y plantas, pápulas perivulvares o perianales (condilomas planos) y adenopatías. Puede haber un cuadro gripal (fiebre, malestar, faringitis, esplenomegalia, cefalea y artralgias). Se resuelve sin tratamiento en 3-12 semanas (sífilis latente) y a veces hay recurrencias durante el 1º 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 7,88 casos por 100.000 habitantes en 2012<sup>10-11</sup>.  
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 seudoparálisis, anemia hemolítica y trombopenia.
- T. El **diagnóstico** de la enfermedad exantemática se realizará por la conjunción de datos de la anamnesis, de la exploración, de la erupción y de su evolución. Buscaremos patrones clínicos conocidos, es decir enfermedades exantemáticas que cursen con los síntomas guía.  
Los datos epidemiológicos como antecedente de exposición a enfermos, viajes (picaduras) y estado vacunal, son también muy importantes para llegar al diagnóstico.
- U. **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<sup>1,4-6</sup>.
- V. **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<sup>1</sup>.
- W. 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, personas que han viajado a otros países recientemente), de áreas rurales o urbanas, tipo de actividades que ha realizado, si fue un **viaje** rápido o de 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)<sup>1</sup>. En España existen infecciones endémicas debidas a patógenos vehiculizados por **picaduras** de artrópodos: la Fiebre Botonosa Mediterránea (del grupo de las Rickettsiosis) y la Enfermedad de Lyme (fiebre recurrente producida por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*), En la **tabla 3** figuran los cuadros más frecuentes que presentan un exantema maculopapular, al menos en la fase inicial, y que en algunos puede evolucionar a lesiones vesiculares y/o hemorrágicas<sup>13-19</sup>.

- X. Diferentes exantemas pueden observarse como reflejo de una **enfermedad sistémica**, entre las que caben destacar algunas enfermedades reumáticas. No suelen presentar problemas de diagnóstico diferencial al formar parte de un cuadro clínico con criterios diagnósticos bien definidos.<sup>1, 3,4, 20-24</sup> **Tabla 4-6.**

**Tabla 1: Diagnóstico diferencial de exantemas maculopapulosos**

<i>Enfermedad</i>	<i>Etiología</i>	<i>Edad</i>	<i>Pródromos</i>	<i>Fiebre</i>	<i>Signos característicos</i>	<i>Exantema</i>	<i>Palmas y plantas</i>	<i>Descamación</i>
<b>Sarampión</b>	Paramixovirus.	Cualquiera	Catarro	Alta	Koplik Conjuntivitis Tos	Confluente, descendente	Sí	Furfurácea
<b>Rubeola</b>	Togavirus.	Cualquiera	No/Leve	Febrícula	Adenopatías retroauriculares	No confluyente, descendente	No	Mínima/No
<b>Eritema infeccioso o Megaloeritema</b>	Parvovirus B19	Escolares	No/Leve	No/ Febrícula	“Mejillas abofeteadas”	Reticulado, en extremidades Recidiva 1-4 sem	No	–
<b>Exantema súbito</b>	Herpes virus 6 y 7	6 meses – 2 años	No	Alta, 3 días (2-4d)	–	No confluyente, afecta tronco	No	–
<b>Síndrome de Mononucleosis infecciosa</b>	Virus Epstein-Barr, CMV	Cualquiera	Amigdalitis	Alta	Adenopatías Esplenomegalía Edema palpebral	3-15%: tipología variable 80% si $\beta$ -lactám.	No	–
<b>Escarlatina</b>	Estreptococo $\beta$ hemolítico del grupo A	4-10 años	Amigdalitis	Alta 1-2 días	Lengua fresa Signo Pastia Cara de Filatow (palidez circunoral) Enantema peteq	Eritodérmico, confluente en pliegues (signo de Pastia) Palpable, rugoso, descendente	Sí	Tardía. Furfurácea en tronco y en grandes láminas a nivel palmoplantar
<b>Kawasaki<sup>(N)</sup></b>	Vasculitis de etiología no aclarada	Menores de 5 años	No	Alta, más de 5 días	Afectación de mucosa bucal Conjuntivitis Adenopatía cervical > 1,5cm	Polimorfo generalizado. Eritema palmopl. Edema dorso manos y pies.	Sí	Tardía Subungueal en dedos de manos y pies

Tabla 2: Exantemas paravirales

	<b>Acrodermatitis Papulosa infantil o Síndrome de Gianotti-Crosti</b>	<b>Pitiriasis rosada o Enfermedad de Gibert</b>	<b>Exantema periflexural asimétrico o torácico unilateral</b>
<b>Etiología</b>	Relacionada con diferentes virus (EB, enterovirus, VHB)	Probable causa infecciosa. Se han implicado los virus herpes 6 y 7	Desconocida. Se ha relacionado con diversos virus ( herpes 7, parvovirus B19, adenovirus, otros)
<b>Incidencia</b>	Entre 1 -6 años	Estacional: primavera  Niños mayores y adolescentes	Estacional: primavera.  Menores de 3 años  Raro
<b>Tipo de lesiones cutáneas</b>	Pápulas o papulovesículas pequeñas	Pápulas ovaladas, escamosas, menores de 1 cm. Precedidas, una o dos semanas, por la “placa heráldica” de 1-10cm	Máculas y pápulas eccematosas
<b>Distribución de la erupción</b>	Simétrica en cara, glúteos y 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 pliegue inguinal. Se extiende de forma unilateral y en 2ª sem puede afectar también contralateral
<b>Afectación palmo-plantar</b>	Sí	No	No
<b>Resolución</b>	Espontánea en 2-8 semanas	Desaparece sin dejar lesiones residuales en 2-12 semanas	Desaparece a partir de la tercera semana sin dejar lesiones

**Tabla 3 <sup>12-19</sup>: Enfermedades exantemáticas transmitidas por picaduras**

	<b>Borreliosis: Fiebres recurrentes</b>	<b>Enfermedad de Lyme</b>	<b>Rickettsiosis: Fiebre Botonosa o Exantemática Mediterránea</b>	<b>Arbovirosis</b>	
				<b>Dengue</b>	<b>Chikungunya</b>
<b>Etiología (vectores)</b>	B.recurrentis (piojos) 14 especies de Borrelia (garrapata)	Borrelia Burgdorferi (garrapata)	R. conorii (garrapata de perro)	Flavivirus (mosquito aedes)	Alfavirus (mosquitos aedes)
<b>Período de incubación</b>	2-18 días	1-32 días (media 11 días)	8-12 días	4-10 días	2-15 días
<b>Manifestaciones sistémicas</b>	Fiebre alta, escalofríos, sudoración, cefalea, mialgias, artralgias, náuseas. El episodio febril inicial es seguido por un período afebril y luego una o más recurrencias	- Fase precoz localizada (eritema): fiebre, malestar, cefalea, leve meningismo, mialgias y artralgias - Enf. precoz diseminada (20%): parálisis pares craneales (VII), conjuntivitis y meningitis linfocítica - Enf. tardía: artritis recurrente pauciarticular (rodillas), neuropatía periférica o central, carditis	Aparición brusca de fiebre alta, cefalea, mialgias y artralgias	1ª fase febril (2-7d): Fiebre alta puede ser bifásica, cefalea, dolor retroorbitario, mialgias, artralgias, faringe congestiva y adenopatías. Náuseas y vómitos. 2ª fase crítica o defervescencia: puede progresar a Dengue grave, sobre todo en niños con antecedente de dengue previo.	Fiebre súbita, <b>artralgias muy intensas</b> , mialgias, cefaleas, náuseas, astenia. Atípico: afectación neurológica, ocular, cardíaca, renal, hepática, hematológica Duración: 1-3 semanas. En algunos, artralgias recurrentes
<b>Manifestaciones cutáneas</b>	Exantema macular pasajero en tronco Petequias piel y mucosas	<b>ERITEMA MIGRATORIO ANULAR</b> (patognomónico): mácula o pápula progresiva (días-semanas) hasta lesión eritematosa anular de 5-15 cm, con una zona central clara (no siempre) Puede tener vesícula o necrosis central  Enf. precoz diseminada: eritema migratorio múltiple, varias semanas después de picadura	“ <b>Mancha negra</b> ” en 70%: escara en punto de inoculación. 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.	1º Exantema macular generalizado transitorio. 2º En fase defervescencia: ex. morbiliforme en tronco con dermografismo «islas blancas en un mar rojo». No afecta palmas ni plantas Evolución: equimosis, hemorragia	Maculo-pápulas eritematosas Afecta a palmas y plantas Lesiones bullosas y vesiculares Petequias y equimosis
<b>Zona geográfica</b>	Etiopía, Eritrea, Somalia y Sudán (piojos, epidémica) Todo el mundo (garrapata, endémica)	USA, Canadá, Europa norte y centro, Rusia, China, Japón En España: 0,25/100.000 habitantes	Cuenca Mediterránea, África, India, Oriente Próximo	Áreas tropicales y subtropicales de Centro y Sudamérica, la cuenca mediterránea, el Sudeste Asiático y el Pacífico Oeste	África, Asia, Caribe, América del Sur
<b>Diagnóstico</b>	Microscopía en exudados o sangre. Serología	Sospecha clínica. Serologías ≥4 semanas	Sospecha clínica. Serología PCR	Datos clínicos en áreas endémicas Aislamiento viral (PCR) Serologías seriadas	Datos clínicos en áreas endémicas Aislamiento viral (PCR) Serologías seriadas
<b>Tratamiento</b>	≥8 años; Doxiciclina <8 años: Penicilina/Eritromicina	≥8 años Doxiciclina <8 años Amoxicilina	De elección: Doxiciclina Alternativa <8 años: Eritromicina	Medidas de soporte	Medidas de soporte

Enf: enfermedad. PCR: reacción en cadena de la polimerasa. **Otras Rickettsiosis** (ver Tabla 6 del Algoritmo “Exantemas Petequiales”)

**Tabla 4: Exantemas en las enfermedades sistémicas**

	<b>Característica típica</b>	<b>Apariencia del exantema</b>	<b>Localización</b>	<b>Otros datos</b>
<b>AIJ de inicio sistémico o Enfermedad de Still</b>	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 Tabla 5
<b>FIEBRE REUMÁTICA</b>	Eritema marginado (<3% de pacientes)	Fugaz, máculas eritematosas a veces anulares, pueden confluir (imagen reticular, serpiginosa)	Tronco, extremidades. No en cara	No pruriginoso Tabla 6 (criterios)
<b>LES</b>	En alas de mariposa que empeora con exposición al sol	Macular eritemato-violáceo	Típico en región malar Menos característico en otras zonas fotoexpuestas	Puede haber lesiones de vasculitis Sínt. generales y hematológicos, artralgias, nefritis, poliserositis
<b>DERMATOMIOSITIS JUVENIL</b>	Exantema en heliotropo en párpados (en 50%)	Maculas eritemato-violáceas	Párpados y región malar	Mácula eritematosa en superficie extensión de codos, rodillas y artic. MF e IF (pápulas de Gottron) Debilidad muscular proximal
<b>ERITEMA NODOSO</b>	Maculo- nodular	Eritematosos dolorosos, ovalados e indurados de 1-3 cm Evolución hacia tonos violáceos	Simétricos pretibiales y zona externa de antebrazos (menos frecuentes)	Reacción de hipersensibilidad. Se asocia con frecuencia a TB, EBHGA, EII Idiopático 30-50%
<b>ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED</b>	Maculopapuloso	Eritematoso, prurito, quemazón	Región palmo-plantar, orejas, cuello, proximal de tronco y periungueal	Anorexia, vómitos, diarrea Antecedente de trasplante 2-5 semanas previas

AIJ: Artritis Idiopática Juvenil; Sínt: síntomas; Artic: Articulaciones; MF: Metacarpo-falángicas; IF: Interfalángicas; LES: Lupus eritematoso sistémico; TB: Tuberculosis; EBHGA: Estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo A; EII: Enfermedad inflamatoria intestinal.

**Tabla 5: Artritis idiopática juvenil de inicio sistémico**

<b>AIJiS definida por la International League of Associations for Rheumatology (ILAR)<sup>21</sup></b>
Artritis que afecta a una o más articulaciones, que se acompaña o se precede de fiebre de al menos dos semanas de duración (siendo necesario la constatación durante al menos tres días consecutivos), junto con uno o más de los síntomas/signos siguientes:
• Exantema eritematoso, evanescente y no fijo
• Linfadenopatías generalizadas (dos o más grupos ganglionares)
• Hepatomegalia y/o esplenomegalia
• Serositis

**Tabla 6<sup>20, 24</sup>: Fiebre reumática**

<b>Criterios mayores</b>	<b>Criterios menores</b>	<b>Signos de infección estreptocócica</b>
Poliartritis migratoria	Artralgias	Escarlatina reciente
Carditis	Fiebre	Frotis y/o cultivo positivo
Corea de Sydenham	Reactantes de fase aguda: -VSG elevada -PCR elevados -Leucocitosis	ASLO u otros anticuerpos estreptocócicos elevados
Eritema marginado	Alteraciones ECG: prolongación del PR	
Nódulos subcutáneos	Fiebre reumática previa	
<b>DIAGNÓSTICO:</b> La asociación de dos criterios mayores o uno mayor y dos menores 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. [En línea]. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2014-01/diagnostico-diferencial-de-los-exantemas>
2. Ruiz Contreras J. Exantemas en la infancia. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2006*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 317-24. Disponible en: <http://www.aepap.org/sites/default/files/exantemas.pdf>
3. Fiebre y exantema. En: Pomeranz AJ, Busey SL, Sabnis S, Behrman RE, Kliegman RM eds. *Nelson. Estrategias diagnósticas en pediatría*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España. SAU; 2002 p. 226-229.
4. Ruiz Contreras J, Maté Cano I, Ordóñez Sáez O. Fiebre y exantema (v.2/2008). *Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico* [en línea] [actualizado el 22/05/2008; consultado el 12/03/2015]. Disponible en <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-fiebre-y-exantema>
5. Almaraz Garzón M<sup>a</sup> E, González Moreno S, del Castillo Martín F. Exantemas maculopapulosos. En: García-Sicilia J et al. *Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria* 2ªed. Madrid: Publimed; 2013.p.432-448.
6. Yebra Yebra J, Molina Gutiérrez M, del Castillo Martín F. Exantemas máculo-papulosos en Urgencias (I) y (II). En: García García S, Rubio Sánchez-Tirado M. *Decisiones en urgencias pediátricas*. Madrid: Ergon; 2011.p. 734-753.
7. García-Patos Briones V, García Fernández D. Toxicodermias. *Protocolos de Dermatología*. 2ª ed. *Protocolos de la AEP Moraga Llop A*. 2007;337-343. [En línea] Disponible en [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/toxico\\_dermias.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/toxico_dermias.pdf)
8. Delgado A. Grandes síndromes en pediatría. *Enfermedades exantemáticas (III)*. Bilbao: Imprenta Boan SA; 2005.p. 77-86.
9. López Delgado J, González-Hachero J. Enterovirus. Poliomielitis. 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.; 2006:119-120.
10. Azimi P. Sífilis (*Treponema pallidum*). En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, eds. *Nelson. Tratado de Pediatría*. 17ª edición (Ed. Esp) Madrid: Elsevier España SL.; 2004 978-82.
11. Centro Nacional de Epidemiología. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2012. Madrid, 2014. Sífilis.p.89-92. Disponible en <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=21/01/2015-3962d0c4cd>
- 12- Boletín Epidemiológico de Galicia. A enfermidade de Lyme en Galicia: 2000-2013. 2014;XXVII(3): 1-10 [Internet]. [Disponible en: [http://www.sergas.es/gal/documentacionTecnica/docs/SaudePublica/begs/BEG\\_XXV3.pdf](http://www.sergas.es/gal/documentacionTecnica/docs/SaudePublica/begs/BEG_XXV3.pdf)]
13. 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.

14. Siberry G, Dumler JS. Grupo de enfermedades exantemáticas por Rickettsias. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, eds. Nelson. Tratado de Pediatría. 17ª edición (Ed. Esp) Madrid: Elsevier España SL.; 2004: 999-1006.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological situation of rickettsioses in EU/EFTA countries. Stockholm: ECDC Technical report; 2013. Disponible en: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Rickettsioses\\_2010\\_final.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Rickettsioses_2010_final.pdf)
16. 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
17. 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
18. 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.
19. Ramos Geldres TT, García López-Hortelano M, Baquero-Artigao F, Montero Vega D, López Quintana B, Mellado Peña MJ. Dengue importado: arbovirosis emergente en España. An Pediatr.2015;82:e165-9
20. Núñez E, Téllez C, Galindo R, Vera A. Alteraciones cutáneas con significación reumatológica. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:241-61 [Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/27\\_alteraciones\\_cutaneas.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/27_alteraciones_cutaneas.pdf)]
- 21- Calvo Penadés I. Artritis idiopática juvenil de inicio sistémico. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:27-36. [Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04\\_ajj\\_inicio\\_sistemico.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_ajj_inicio_sistemico.pdf) ]
22. Klein-Gitelman MS, Miller ML. Lupus eritematoso sistémico. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, eds. Nelson. Tratado de Pediatría. 17ª edición (Ed. Esp). Madrid: Elsevier España SL.; 2004:809-13.
23. Pachman LM. Dermatomiositis juvenil. . En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, eds. Nelson. Tratado de Pediatría. 17ª edición (Ed. Esp). Madrid: Elsevier España SL.; 2004:813-6.
24. Ros J. Fiebre reumática y artritis post estreptocócica. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:165-75. [Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18\\_fiebre\\_reumatica\\_artritis\\_postestreptococica.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_fiebre_reumatica_artritis_postestreptococica.pdf) ]