

Exantemas vesículo-ampollosos

Antonio García Suárez. Centro de Salud de Fuente de Cantos. Badajoz. ilopezp@wanadoo.es. Tfno: 616176527

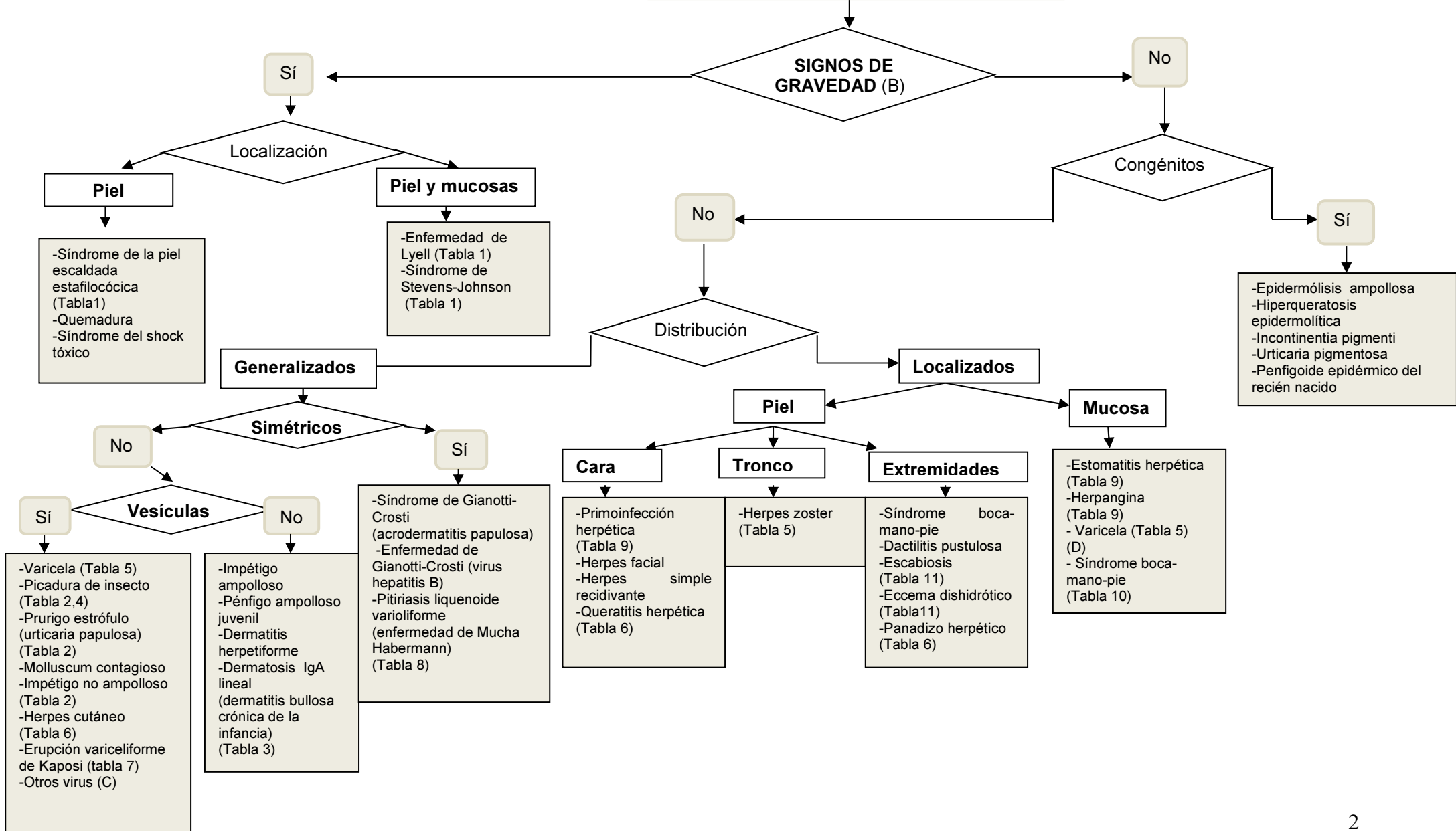
Yolanda Martín Peinador. CS Goya. Dirección Asistencial Centro. Madrid.

M^a Eulalia Muñoz Hiraldo. CS Dr. Castroviejo. Dirección Asistencial Norte. Madrid.

Miembros del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap

Cómo citar este artículo: García Suárez A, Martín Peinador Y, Muñoz Hiraldo ME. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Exantemas vesículo-ampollosos. AEPap. 2016 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org

EXANTEMAS VESÍCULO-AMPOLLOSOS (A)



(A) **Vesícula:** lesión elevada, circunscrita, de contenido seroso o hemorrágico, de menos de 0,5 cm de diámetro. **Ampolla:** lesión elevada, circunscrita, de contenido seroso o hemorrágico, de más de 0,5 cm de diámetro.

(B) Alerta o actividad disminuida, signos de dificultad respiratoria (tiraje, taquipnea), alteración en la circulación o el color (taquicardia, palidez, mala perfusión, petequias), disminución en la diuresis o hidratación.

(C) **Otros virus:** *Coxsackie A4, A5, B1, B4, Echovirus. Mycoplasma pneumoniae.*

(D) **Tratamiento de Varicela y Herpes Zoster. (Tratamiento con aciclovir)**⁸

Varicela en el huésped inmunocomprometido:

Las Guías de infoSIDA recomiendan una duración de 7-10 días o hasta que no aparezcan lesiones nuevas en 48 horas (para pacientes con varicela y/o inmunosupresión leves). Dosificación intravenosa.

- < 1 año: 30 mg / kg / día cada 8 horas, durante 7-10 días.
- 1-12 años: 1500 mg / m² / día o 30 mg / kg / día cada 8 horas, durante 7- 10 días.
- ≥ 12 años: 30-45 mg / kg / día cada 8 horas, durante 7-10 días.

Varicela en el huésped inmunocompetente:

Iniciar el tratamiento en las primeras 24 horas de aparición del exantema.

De elección la vía oral. Cuando exista intolerancia a la vía oral, administración por vía intravenosa.

No existe indicación en niños sanos, pero podría tener cierta efectividad en pacientes con riesgo de infección moderada o grave, como niños > 12 años, con enfermedad pulmonar o cutánea crónicas, tratamiento a largo plazo con salicilatos o tratamiento con corticoides. Se podría considerar el tratamiento de niños a cualquier edad que adquieran la infección en el ambiente familiar.

- Oral: ≥ 2 años. 80 mg / kg / día cada 6 horas, durante 5 días; máxima dosis 800 mg / dosis.
- Intravenoso:
 - < 1 año: 30 mg / kg / día cada 8 horas durante 7-10 días.
 - ≥ 1 año: 30 mg / kg / día o 1500 mg / m² / día cada 8 horas, durante 7-10 días.

Herpes zóster en huésped inmunocompetente:

Iniciar el tratamiento dentro de las 48-72 horas de aparición del exantema.

De elección la vía oral. Cuando exista intolerancia a la vía oral, administración por vía intravenosa.

Indicado en el herpes zoster grave o zoster oftálmico.

- Oral: ≥ 12 años: 800 mg, 5 veces al día, durante 5-10 días

- Intravenoso:

< 1 año: 30 mg / kg / día cada 8 horas, durante 7-10 días.

≥ 1 año: 1500 mg / m² / día o 30 mg / kg / día cada 8 horas, durante 7-10 días.

Herpes zóster en el huésped inmunocomprometido:

- < 12 años. 30 mg / kg / día cada 8 horas por vía intravenosa, durante 7-10 días. Algunos autores recomiendan 60 mg / kg / día cada 8 horas.

- ≥ 12 años. 30 mg / kg / día cada 8 horas por vía intravenosa, durante 7 días.

- Las guías de infoSIDA recomiendan una duración de 10-14 días.

Tabla 1: Diagnóstico diferencial entre síndrome de piel escaldada estafilocócica, síndrome de Stevens-Johnson y enfermedad de Lyell

	Síndrome de piel escaldada estafilocócica ^{5,22,23}	Síndrome de Stevens-Johnson. Necrosis epidérmica tóxica (enfermedad de Lyell) ^{5,22,23}
Etiología	Toxinas estafilocócicas de estafilococo aureus. Foco infeccioso previo (ORL, cutáneo). Menores de 5 años.	Reacción tóxica a medicamentos: carbamacepina, hidantoínas, sulfamidas, AINE, penicilina, alopurinol y barbitúricos. Aparece entre 1 y 3 días después de la administración. También tras infección por <i>Mycoplasma</i> o <i>estreptococo</i> .
Periodo prodrómico	Fiebre, malestar general, irritabilidad.	1-3 días, fiebre, malestar general, odinofagia.
Manifestaciones cutáneas	Eritema generalizado, doloroso, que se inicia en cara, axilas e ingles con edema facial y costras periorales. A las 24-48 horas evoluciona a ampollas flácidas, mal delimitadas. Signo de Nikolsky positivo. Exfoliación posterior. Evolución durante 5 a 7 días.	Exantema maculo-eritematoso, doloroso, que se inicia en cara y tronco extendiéndose al resto del cuerpo, con aparición rápida de vesículas y ampollas que dan lugar a un desprendimiento epidérmico. Desprendimiento epidérmico < 10%: Síndrome de Stevens-Johnson. Si > del 30%: Enfermedad de Lyell. Signo de Nikolsky positivo.
Mucosas	No. Conjuntiva a veces.	Sí, orofaríngea, ocular, genital, rectal.
Manifestaciones viscerales	No.	Sí.
Complicaciones	No.	Frecuentes.
Diagnóstico	Clínico. Cultivo de secreciones nasales o conjuntivales.	Inmunofluorescencia directa. Biopsia de piel.
Tratamiento	Cloxacilina 50-150 mg/kg/día cada 6 horas IV.	UCI.

Tabla 2: Exantemas vesículo-ampollosos generalizados no simétricos

	Picaduras de insectos ²⁸	Prurigo estrófulo ^{28,32}	Impétigo no ampolloso ¹⁷
Etiología	Artrópodos.	Reacción alérgica exagerada a picaduras de artrópodos en niños con dermatitis atópica o sensibilizados a determinados antígenos de estos.	Sobre traumatismo cutáneo previo. <i>Streptococcus pyogenes.</i> <i>Staphylococcus aureus.</i>
Edad	1-14 años. Primavera-verano.	2-10 años. Primavera-verano.	2-6 años.
Piel	Lesiones polimorfas agrupadas. Chinches y pulgas: disposición lineal en extremidades y nalgas. Mosquito: zonas descubiertas.	Coincidiendo con nuevas picaduras en otras zonas, reaparecen brotes de pápulas y vesículas pruriginosas, localizadas donde previamente las había habido.	Pápulas eritematosas que evolucionan a vesículas, que se rompen y forman costras amarillentas melicéricas. Pueden aparecer lesiones satélites.
Diagnóstico	Clínico.	Clínico.	Clínico. Cultivo. Gram.
Tratamiento	Sintomático.	Sintomático.	Antibióterapia tópica (ácido fusídico o mupirocina) o sistémica.

Tabla 3: Exantemas vesículo-ampollosos generalizados no simétricos

	Impétigo ampolloso ^{17,29}	Pénfigo ampolloso juvenil ²⁷	Dermatitis herpetiforme ^{29,31}	Dermatosis IgA lineal ^{29,30,31}
Etiología	Por la toxina epidermolítica de <i>Staphylococcus aureus</i> . Forma localizada del Síndrome de la piel escaldada estafilocócica.	Autoinmune.	Autoinmune. Se asocia a enteropatía sensible al gluten y al HLA B8, DR3 y DQw2.	Autoinmune.
Edad	2-6 años.	Cualquier edad.	Mayores de 2 años.	3-6 años.
Piel	Ampollas superficiales, agrupadas en número de 3 a 6 y limitada a una zona (cara y extremidades).	Ampollas tensas y grandes con tendencia a generalizarse. Puede afectar mucosas.	Pruriginosas. Localizadas en el 90 % en zonas de extensión (codos, cara posterior de antebrazos, rodillas, glúteos, nuca). Pápulas eritematosas; sobre estas: vesículas que evolucionan a ampollas.	Prurito, fiebre, malestar, anorexia. Brotos de vesículas y ampollas tensas en periné, región perioral y miembros. A veces generalizadas. Afecta mucosas (oral, genital, nasal, conjuntival).
Diagnostico	Clínico. Cultivo. Gram.	Clínico. Histopatológico.	Histopatológico.	Histopatológico.
Tratamiento	Antibióterapia tópica o sistémica.	Formas localizadas: corticoides tópicos. Generalizadas: corticoides orales o inmunosupresores.	Dieta sin gluten. Sulfonamidas.	Sulfonamidas.

Tabla 4: Clasificación de los Artrópodos.

Insectos	<ul style="list-style-type: none">-Himenópteros: abejas, avispas, abejorros.-Lepidópteros: orugas (procesionaria del pino).-Hemípteros: chinches.-Coleópteros: moscas.-Dípteros: mosquitos.-Anopluros: piojos.-Afanípteros: pulgas.
Miriápodos	<ul style="list-style-type: none">-Ciempiés.
Arácnidos	<ul style="list-style-type: none">- Arañas.- Escorpiones.- Garrapatas.

Tabla 5: Virus varicela-zoster

	Varicela ^{5,7,10,11,12}	Herpes zoster ^{5,7,10,11,12}
Etiología	Virus varicela-zoster.	Reactivación virus varicela-zoster.
Incidencia	A cualquier edad, raro en menores de 6 meses.	A cualquier edad.
Periodo de contagio	Desde 2 días antes hasta 4 días después de la erupción.	
Periodo de incubación	14 días.	
Manifestaciones sistémicas	Fiebre, adenopatías regionales, prurito.	Fiebre, malestar general, prurito localizado.
Manifestaciones cutáneas y/o mucosas	Exantema máculo-pápulo-vesículo-costroso, evoluciona en brotes (3-4 brotes). Imagen en cielo estrellado. Inicio en tronco, extendiéndose a cara y extremidades, incluyendo palmas y plantas y mucosas.	Eritema seguido de pápulas en racimos. A las 24-36 horas aparición de vesículas. Evolucionan a costras. Localización torácica, afectando a 1-3 dermatomas.
Resolución	7 días.	7 días.
Diagnóstico	Clínico. Serología.	Clínico.
Tratamiento	Aciclovir (D).	Aciclovir (D).

Tabla 6: Herpes simple recidivante: localizaciones.

	Herpes Simple Recidivante ^{1,3,4,5,7}
Etiología	Virus herpes simple (VHS) tipo 1.
Factores predisponentes	Frio, exposición solar, fiebre, estrés...
Periodo de incubación	24 horas, con sensación de dolor o ardor en labio, paladar o encías.
Manifestaciones sistémicas	Raras.
Manifestaciones cutáneas y/o mucosas	Vesículas en paladar duro, encía, labio y región peribucal.
Otras localizaciones	-Queratitis herpética: vesículas localizadas en párpado, conjuntiva o córnea. -Herpes facial: vesículas localizadas en mejillas, nariz, frente. -Panadizo herpético: vesículas localizadas en manos y dedos. -Herpes cutáneo: agregados de vesículas pequeñas en racimo sobre piel sana o lesiones traumáticas previas.
Resolución	7 días.
Tratamiento	Sintomático. Aciclovir tópico 5% cada 4 horas 5 días (solo reduce el periodo de emisión viral). En la queratitis herpética: valoración oftalmológica.

Tabla 7: Erupción variceliforme de Kaposi

	Erupción variceliforme de Kaposi (Erupción cutánea diseminada por el virus herpes simple) ^{4,5,7,9}
Etiología	Virus herpes simple (VHS) tipo1, VHS tipo 2, Coxsackie A16.
Factores predisponentes	Dermatitis crónica, inmunodeprimidos.
Manifestaciones sistémicas	Fiebre, malestar general, adenopatías regionales, bacteriemia.
Manifestaciones cutáneas	Vesículas en áreas eccematosas con evolución a necrosis y escaras. Diseminación a piel sana. Afecta más a la parte superior del cuerpo.
Diagnóstico	Citodiagnóstico de Tzanck. Cultivo viral. Detección de ADN viral por PCR.
Diagnóstico diferencial	Impétigo, varicela, empeoramiento de la dermatopatía de base.
Tratamiento	Aciclovir oral 80 mg/kg/día 4 dosis 5 días. Aciclovir IV 30 mg/kg/día 3 dosis 7 días. Iniciarlo en las primeras 72 horas.

Tabla 8: Exantemas vesiculosos generalizados simétricos.

	Síndrome de Gianotti-Crosti ²⁴	Pitiriasis liquenoide varioliforme (Enfermedad de Mucha Habermann) ^{25,26}
Etiología	Virus hepatitis B, virus de Epstein-Barr (VEB), citomegalovirus (CMV), Herpesvirus 6 y 7, Coxsackie A16, B4, B5, Rotavirus, Parvovirus B19, virus respiratorio sincitial (VRS), Echovirus, Parainfluenzae, VIH. <i>Bartonella henselae</i> , <i>Streptococcus β-hemolítico</i> . <i>Mycoplasma pneumoniae</i> . Postvacunal (VHB).	Desconocida.
Edad	1-6 años.	5 a 15 años.
Periodo prodrómico	Cuadro catarral de VRS.	
Manifestaciones cutáneas	Pápulas edematosas de color piel o eritematosas o vesículas asintomáticas, distribuidas simétricamente en cara, glúteos y superficies extensoras de extremidades.	Brotos recidivante de pápulas eritematoedematosas, de color violáceo descamativas, que evolucionan a vesículas. Pruriginosas.
Manifestaciones sistémicas	Febrícula, hepatoesplenomegalia, poliadenopatías.	
Periodo de resolución	10-60 días.	La erupción suele durar de 9 a 12 meses. Cura dejando cicatrices atróficas varioliformes hiperpigmentadas.
Diagnóstico	Clínico.	Histopatológico.
Tratamiento	Sintomático.	Corticoides tópicos, eritromicina o tetraciclinas orales, fototerapia y metotrexate a dosis bajas.

Tabla 9: Diagnóstico diferencial entre gingivostomatitis herpética y herpangina

	Gingivostomatitis herpética ^{1,2,3,4,5}	Herpangina ^{1,2,3,4,6}
Etiología	Virus herpes simple (VHS) tipo 1	Virus Coxsackie A 2, 3, 4, 5, 6, 8,10.
Incidencia	1-4 años.	<4 años.
Periodo de incubación	2-20 días.	3-6 días.
Manifestaciones sistémicas	Fiebre, malestar general, artralgias, anorexia, adenopatías regionales dolorosas.	Fiebre, malestar general, mialgias, odinofagia, disfagia.
Manifestaciones cutáneas y/o mucosas	Vesículas en región peribucal, labios, encía, lengua y paladar duro y blando, que se rompen dejando úlceras dolorosas.	Vesículas de 1-2 mm en la pared posterior de la boca (pilar anterior amigdalár, paladar blando, úvula y amígdalas) y faringe, que se rompen dejando úlceras dolorosas.
Resolución	14 días.	5 días.
Diagnóstico	Cultivo, serología.	Clínico.
Diagnóstico diferencial	Herpangina, varicela, Síndrome boca-mano-pie	Gingivostomatitis herpética, varicela, Síndrome boca-mano-pie.
Tratamiento	Sintomático. Aciclovir oral 15-30 mg/kg/dosis cada 6-8 h. 7 días. Iniciarlo en las primeras 72 h tras el comienzo de las lesiones.	Sintomático.

Tabla 10: Exantemas vesiculosos localizados en extremidades.

	Síndrome mano-pie-boca ^{13,14,15,16}	Dactilitis pustulosa ^{15,17,18}
Etiología	Coxsackie A16, Enterovirus 71, Coxsackie A4-A7, A9, A10, B1-B3, B5.	Estreptococo grupo A. Estafilococo aureus.
Incidencia	2-10 años. Verano y principio de otoño.	Cualquier edad.
Periodo de incubación	3-6 días.	7-30 días.
Periodo prodrómico	De 2 a 4 días. Fiebre, malestar general, anorexia.	
Manifestaciones cutáneas/ mucosa	Vesículas de 2-6 mm, de 5 a 10 elementos, localizadas en región peribucal y dentro de la boca (paladar, encías, mucosa yugal, lengua), seguidas a los 2-3 días de vesículas en palmas y plantas (dorso de manos y pies y caras laterales de los dedos).	Ampolla con líquido seropurulento, sobre una base eritematosa, localizada en dorso de los dedos de las manos o de los pies, en su zona distal.
Periodo de resolución	5-10 días. Onicomadesis: despegamiento indoloro tardío de la lámina del lecho ungueal en la zona proximal.	Descamación del pulpejo afecto.
Diagnóstico	Clínico.	Clínico. Cultivo.
Tratamiento	Sintomático.	Amoxicilina oral 7 días más mupirocina o ácido fusídico.

Tabla 11: Exantemas vesiculosos localizados en extremidades.

	Escabiosis ^{15,19,20}	Eccema dishidrótico ²¹
Etiología	<i>Sarcoptes scabiei</i> variedad hominis.	
Incidencia	Lactantes y preescolares en condiciones de pobreza o hacinamiento.	Cualquier edad.
Periodo de incubación		
Periodo prodrómico	Prurito nocturno intenso.	
Manifestaciones cutáneas/mucosas	Vesículas perladas que corresponden a los lugares de introducción de las larvas en la piel, exantema polimorfo localizado en pliegues interdigitales, caras laterales de dedos y flexura de antebrazo. Menos frecuente la afectación de genitales. Surco acarino: línea fina de 1-2 cm, más oscura que la piel, que finaliza en una vesícula que corresponde a la localización del parásito llamada eminencia acarina.	Vesículas de 1-3 mm, serosas, en palmas y plantas y regiones laterales de dedos.
Periodo de resolución		
Diagnóstico	Clínico.	Clínico.
Tratamiento	Permetrina 5%: una aplicación durante 8-12 h. Repetir a las 24 h. y 7 días.	Corticoterapia tópica.

Bibliografía

- 1-Uribarri F, Álvarez G, Martín E. Urgencias bucodentales. En: SEUP-AEP. Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de Urgencias Pediátricas. 2ª ed. Madrid: Ergón; 2010. p. 231-7. [Consultado 29 mayo 2015]. Disponible en http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/urgencias_bucodentales.pdf
- 2-García-Patos V. Patología oral. En: Moraga FA. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. 2ª ed. Barcelona: Esmon; 2007. p. 193-9. [Consultado 29 mayo 2015]. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/oral.pdf>
- 3-Acitores E, Sánchez F, Cerero R. Patología oral más frecuente en Pediatría. En: García-Sicilia J, Almaraz MA, Acitores E, Aparicio M, Alonso LA, Muñoz ME, *et al.* (eds). Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria. 2ª ed. Madrid: Publimed; 2013. p. 1074-82.
- 4-Muñoz ME, del Rosal T. Virus del herpes simple. En: García-Sicilia J, Almaraz MA, Acitores E, Aparicio M, Alonso LA, Muñoz ME, *et al.* (eds). Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria. 2ª ed. Madrid: Publimed; 2013. p. 504-10.
- 5-Ybarra M, Guerrero J, del Castillo F. Enfermedades exantemáticas. En: Guerrero J, Ruiz JA, Menéndez JJ, Barrios A (eds). Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 5ª ed. Madrid: Publimed; 2009. p. 663-81.
- 6-Gutiérrez EP, de José MI. Estomatitis. En: Guerrero J, Ruiz JA, Menéndez JJ, Barrios A (eds). Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 5ª ed. Madrid: Publimed; 2009. p. 682-5.
- 7-Weston WI, Lane AT, Morelli JG. Infecciones víricas. En: Dermatología pediátrica. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2008. p. 113-48.
- 8-Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2015. [Consultado 29 mayo 2015]. Disponible en: <http://www.pediamecum.es>
- 9-Lobera E, Domínguez S, Vicente MA, González MA, Paveras J. Erupción variceliforme de Kaposi en dos pacientes afectos de dermatitis atópica. An Esp PEDIATR. 1998;48:303-5.
- 10-Almaraz ME, González S, del Castillo F. Exantemas vesiculosos, ampollosos, petequiales y purpúricos. En: García-Sicilia J, Almaraz MA, Acitores E, Aparicio M, Alonso LA, Muñoz ME, *et al.* (eds). Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria. 2ª ed. Madrid: Publimed; 2013. p. 449-57.
- 11-Kane KS, Ryder JB, Johnson RA, *et al.* Viriasis cutáneas. En: Kane KS, Ryder JB, Johnson RA. Atlas en color y sinopsis de Dermatología Pediátrica. 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2004. p. 544-97.
- 12-Codina X. Exantemas. En: Bras J, de la Flor JE. Pediatría en atención primaria. Barcelona: Masson; 2005. p. 423-30.
- 13-Larralde M, Aristizabal AM. Enfermedad mano-pie-boca. Arch Argent Dermatol. 2005;55:25-9.
- 14-De la Cueva P, Balbín E, Silvente C, Valdivieso M, Hernanz JM. Enfermedad mano-pie-boca. Acta PEDIATR Esp. 2010;68(2):85-7.

- 15-Codina X. Exantemas. En: Bras J, de la Flor JE. *Pediatría en atención primaria*. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2013. p. 425-33.
- 16-Arelis MD, Burch JM. Vesiculobullous Disorders. En: Berman's *Pediatric Decision Making*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby. 2011. p. 116-9.
- 17-Sellares E, Moraga FA. Infecciones cutáneas bacterianas. En: Moraga FA. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica*. 2ª ed. Barcelona: Esmon; 2007. p. 29-35. [Consultado 29 mayo 2015]. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/infeccionescutaneas.pdf>
- 18-De la Cueva P, Herranz JM. Enfermedades ampollasas. *An Pediatr Contin*. 2007;5(6):373-7.
- 19-Guerrero J, Palomo R, de Lucas R. Parasitosis cutáneas. En: Guerrero J, Ruiz JA, Menéndez JJ, Barrios A (eds). *Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría*. 5ªed. Madrid: Publimed; 2009. p. 507-10.
- 20-Chiclana MB, Almaraz ME, Fonseca E. Sarna, pediculosis y botón de Oriente. En: García-Sicilia J, Almaraz MA, Acitores E, Aparicio M, Alonso LA, Muñoz ME, *et al.* (eds). *Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria*. 2ª ed. Madrid: Publimed; 2013. p. 1222-6.
- 21-Ares S, Sendagorta E, Hernández R, de Lucas R. Dermatitis en la infancia. En: García-Sicilia J, Almaraz MA, Acitores E, Aparicio M, Alonso LA, Muñoz ME, *et al.* (eds). *Manual práctico de Pediatría en Atención Primaria*. 2ª ed. Madrid: Publimed; 2013. p. 1191-202.
- 22-Sánchez J. Problemas dermatológicos pediátricos. En: Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J. (eds). *Tratado de urgencias en pediatría*. Madrid: Ergón; 2005. p. 830-53.
- 23-De la Torre M. Fiebre y exantema. En: Casado J, Serrano A. *Urgencias y tratamiento del niño grave*. 3ª ed. Madrid: Ergón; 2015. p. 723-8.
- 24-Molinari LM, Romero L, Soliani A, Hernández M. Síndrome de Gianotti-Crosti o acrodermatitis papulosa infantil. Presentación de un caso. *Dermatol Argent*. 2010;16 Supl 2:S27-30.
- 25-Bordel MT, Santos J, Sánchez J, Yuste M, Alonso MT. Pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda (enfermedad de Mucha-Haberman). *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(1):98-100.
- 26-Guerrero-Fernández J, Escosa L. Pitiriasis liquenoide et varioliforme aguda (PLEVA). [Monografía en Internet]. Guerrero-Fernández J: *Web PEDiátrica*[en línea][actualizado diciembre 2011][consultado 25 marzo 2015]. Disponible en: http://www.webpediatria.com/casosped/pdf/118_PLEVA.pdf
- 27-Vera-Izaguirre DS, Karam-Orantes M, Vega-Memije E. Penfigoide ampolloso. *Rev Hosp Gral Dr M Gea González*. 2006;7(1):27-32.
- 28-García-Patos V. Dermatitis zooparasitarias. En: Moraga FA. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica*. 2ª ed. Barcelona: Esmon; 2007. p. 153-8. [Consultado 29 mayo 2015]. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/zooparasitarias.pdf>
- 29-De la Cueva P, Herranz JM. Enfermedades ampollasas. *An Pediatr Contin*. 2007;5(6):373-7.
- 30-Barnadas MA. Dermatitis ampollar IgA lineal. *Piel*. 2001;16:324-30.

- 31-Mascaró JM. Enfermedades ampollas no hereditarias. En: Moraga FA. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. 2ª ed. Barcelona: Esmon; 2007. p. 23-8. [Consultado 29 mayo 2015]. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/ampollanohereditaria.pdf>
- 32-Ballona R. Prurigo infantil. Folia Dermatol Perú. 2008;19(3):149-53.