

Exantemas virales poco frecuentes

Uncommon viral exanthems

Francisco Bravo¹, Salim Mohanna².

Los exantemas se caracterizan por presentar máculas y pápulas eritematosas, simétricas, dispersas y confluyentes que inicialmente no forman escamas. Asimismo, pueden presentar otras lesiones como pústulas, vesículas y petequias. Cuando estas lesiones se encuentran dentro de la cavidad oral se les conoce como enantemas. Los exantemas suelen presentarse precedidos o acompañados de síntomas sistémicos como fiebre, malestar general y cefalea. Usualmente son causados por infecciones, especialmente virales, y representan una reacción a una toxina, daño a la piel o una respuesta inmune. Otra causa son las drogas, especialmente los antibióticos.

A principios del siglo XIX se intentó clasificar a los exantemas mediante una curiosa nomenclatura (numeración romana), la cual fue deficiente, volviéndose obsoleta después de algunas décadas. Así, por ejemplo: I enfermedad – sarampión; II enfermedad – fiebre escarlatina; III enfermedad – rubéola; IV enfermedad – enfermedad de Dukes; V enfermedad – eritema infeccioso; y VI enfermedad – roseola infantum.

A continuación describiremos las características principales de algunos exantemas virales poco frecuentes.

El eritema infeccioso (EI) es causado por el parvovirus B19, cuya distribución es mundial. El tiempo de incubación es de 4 a 14 días. Esta erupción suele presentarse en niños entre los 5 y 14 años, pero potencialmente puede afectar a personas de todas las edades. Su transmisión es a través de secreciones respiratorias. Inicialmente los pacientes presentan síntomas inespecíficos como dolor de cabeza, fiebre, faringitis, malestar general, mialgias, diarrea, náuseas, tos y conjuntivitis. Simultáneamente o luego de un par de días se presentan las lesiones características, las cuales empiezan con placas eritematosas y edematosas que confluyen en las eminencias malares (cara de cachetada). Mientras la erupción facial va desvaneciéndose, máculas y pápulas eritematosas van apareciendo en el cuello, tronco y superficies de extensión de las extremidades. Las lesiones en las extremidades suelen presentar un patrón reticulado, mientras que las del tronco un patrón morbiliforme. Algunos pacientes pueden presentar un exantema en lengua y faringe con presencia de máculas rojas que se extienden al paladar y mucosa bucal. Asimismo, también puede darse compromiso de las palmas y plantas. El prurito es poco frecuente y suele observarse con mayor frecuencia en adultos. Otra característica importante son las recidivas, usualmente luego de una exposición solar intensa, situaciones de tensión emocional, cambios de temperatura, baños calientes o ejercicio físico. Aproximadamente un 10% de niños con EI desarrollan artralgias. No se necesita de un tratamiento específico, salvo sintomáticos. **Fotografías 1 – 5.**

tes o ejercicio físico. Aproximadamente un 10% de niños con EI desarrollan artralgias. No se necesita de un tratamiento específico, salvo sintomáticos. **Fotografías 1 – 5.**



Fotografía 1. Se observa una placa eritematosa de bordes no muy bien definidos en ambas mejillas.



Fotografía 2. Se observa un parche eritematoso con bordes reticulados en la superficie de extensión del brazo derecho. Asimismo, se aprecian algunas pápulas dispersas.

¹Dermatólogo - Patólogo. Instituto de Medicina Tropical "Alexander Von Humbolt", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Perú.

²Investigador Clínico Asociado. Instituto de Medicina Tropical "Alexander Von Humbolt"

Correo electrónico: fbravo@terra.com.pe



Fotografía 3. Se observa el eritema característico de la "cara de cachetada" y un patrón reticulado en ambos brazos.



Fotografía 5. Se observa una placa eritematosa con ligero edema en ambas zonas malaras, así como un eritema reticulado con múltiples pápulas en los brazos y piernas.



Fotografía 4. Se observa un eritema con patrón reticulado en la superficie de extensión de la pierna. Asimismo, se aprecian múltiples pápulas puntiformes.

El síndrome papular y purpúrico en guante y calcetín (SPPGC) fue descrito por Harms en 1990. Actualmente se considera que el parvovirus B19 es el agente causal, sin embargo, hay reportes que también asocian al SPPGC al herpes virus-6 y al uso de trimetropin-sulfametoxazol. Se ha reportado en niños, adolescentes y adultos, principalmente durante la primavera y el verano. El período de incubación es de unos diez días. Los pacientes usualmente presentan mialgias, artralgias, linfadenopatías y fatiga. El SPPGC se caracteriza por la aparición de un edema y eritema simétrico en manos y pies, el cual progresa a máculas purpúricas y petequiales, y pápulas que terminan produciendo una descamación fina. Otra característica es el límite preciso a nivel de las muñecas y los tobillos. La erupción puede ser pruriginosa o dolorosa. Es raro que las lesiones se extiendan a la cara, nalgas, tronco, ingle y extremidades. Un gran número de pacientes presenta un enanema polimorfo, que incluye aftas, petequias y erosiones en paladar, faringe, lengua y labios. Este exantema suele resolverse en una o dos semanas. El tratamiento es básicamente sintomático. Fotografías 6 y 7.



Fotografía 6. Se observan múltiples máculas petequiales y pápulas puntiformes en ambas manos con el característico nivel en las muñecas.



Fotografía 8. Se observan máculas y pápulas eritematosas en ambas mejillas. Asimismo, se aprecian máculas de aspecto eczematoso y patrón reticulado alrededor de la axila.



Fotografía 7. Se observan múltiples máculas y pápulas eritematosas con algunas pequeñas zonas de excoriación. De igual forma se aprecia un límite a nivel del tobillo.



Fotografía 9. Se observan múltiples pápulas, algunas de las cuales confluyen formando placas eczematosas rodeadas de eritema, alrededor de la axila.

El exantema torácico unilateral (ETU) es una erupción cuya causa aún se desconoce. Ocurre principalmente durante la primavera y el invierno. Suele presentarse en niños menores de seis años, con una relación mujer/hombre de 2:1. La mayoría de los pacientes presentan fiebre, dolor de garganta, conjuntivitis, rinofaringitis y diarrea. El ETU se caracteriza por la presencia de máculas y pápulas con morfología morbiliforme o eczematosas. Inicialmente las lesiones son pequeñas pápulas de 1mm de diámetro rodeadas de un halo pálido, que posteriormente evolucionan hacia placas eczematosas. Las lesiones se inician cerca a las axilas o en el cuello y se extienden manteniendo un predominio unilateral en el tórax. También se ha reportado el compromiso bilateral del tórax, pero con predominio de un lado sobre el otro. Es rara la presencia de lesiones en las palmas, plantas y mucosas. Esta erupción suele resolverse entre una y dos semanas, requiriendo únicamente de tratamiento sintomático. Fotografías 8 y 9.

La enfermedad de mano, pie y boca (EMPB) es causada por el coxsackievirus A16 (también los subtipos A5, A9, A10, B2, B5) y el enterovirus 71; el primero con un cuadro usualmente benigno y limitado, mientras que el segundo ha sido asociado a una elevada morbilidad y mortalidad en ciertas epidemias. La EMPB suele presentarse durante los meses más calientes del año, afectando principalmente niños menores de diez años. Actualmente se considera que además de la vía fecal-oral, la vía respiratoria juega un rol importante en su transmisión. El tiempo de incubación suele ser de cinco a ocho días. El cuadro clínico se inicia con síntomas inespecíficos como malestar general y dolor de garganta. Las lesiones características son máculas y pápulas eritematosas que progresan a vesículas en la cavidad oral, especialmente en la lengua, mucosa oral y paladar duro. Estas lesiones son bastante dolorosas y suelen progresar rápidamente a úlceras orales. Acompañando o precediendo a las lesiones orales, en las extremidades distales se

presentan pequeñas máculas eritematosas y pápulas, las cuales progresan a vesículas rodeadas de un halo eritematoso. Estas lesiones suelen afectar las superficies de extensión, las zonas laterales de los dedos, las manos y los pies. Las palmas y plantas también pueden presentar lesiones. Con menor frecuencia hay compromiso proximal de las extremidades, nalgas y genitales. El número de lesiones periféricas puede variar de unas cuantas a más de 100. La EMPB suele resolverse entre siete y diez días, sin requerir de tratamiento específico, salvo analgésicos tópicos para las lesiones orales. Fotografías 10 – 14.



Fotografía 10. Se observa una marcada hiperemia del labio inferior, así como pequeñas úlceras en ambas comisuras labiales.



Fotografía 11. Se observan varias vesículas con bordes eritematosos a nivel de la ingle y labios mayores.



Fotografía 12. Se observan múltiples vesículas con halo eritematoso distribuidas en el dorso de la mano y zona lateral de los dedos.



Fotografía 13. Se observan múltiples pápulas, algunas de las cuales han progresado a vesículas, las cuales se encuentran rodeadas de un marcado eritema.



Fotografía 14. Se observa una vesícula lanceolada con un halo eritematoso, lesión característica de esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. STERRY W, PAUS R, BURGDORF W. *Dermatology*. Stuttgart - New York, Thieme; 2006. p. 65; 573.
2. IRWIN M, FREEDBERG IM, EISEN AZ, WOLFF K, AUSTEN F, GOLDSMITH LA, KATZ S. *Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine*. McGraw-Hill Professional; 2003. pág. 2272-5; 2278-83.
3. HABIF TP. *Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy*. Mosby; 2003. p. 457-71.