

# Fiebre y exantema

Jesús Ruiz Contreras<sup>a</sup> [jruizc.hdoc@salud.madrid.org], Irene Maté Cano<sup>b</sup>, Olga Ordóñez Sáez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Profesor Titular, Universidad Complutense de Madrid. <sup>b</sup> MIR-Pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre [Servicio Madrileño de Salud, Área 11]. Madrid.

Fecha de actualización: 22/05/2008  
Guía\_ABE\_Fiebre y exantema (v.2/2008)

**Cita sugerida:** 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 *dd/mm/aaaa*]. Disponible en [http://infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/](http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/)

## Introducción / puntos clave

La fiebre acompañada de exantema es un motivo de consulta frecuente. Aunque en la mayoría de las ocasiones el cuadro está producido por infecciones virales autolimitadas, algunas veces, sin embargo, son manifestaciones de una enfermedad grave y por ello causa de gran preocupación en los médicos responsables de su atención. Cuando el exantema es petequial, preocupa de manera especial que sea la manifestación de una infección meningocócica que, en pocas horas, puede evolucionar a una sepsis fulminante y muerte del niño.

Otras enfermedades que cursan con fiebre y exantema y que requieren atención urgente o rápida son: la enfermedad de Kawasaki, el síndrome de shock tóxico estreptocócico o estafilocócico, las reacciones medicamentosas y el síndrome de Stevens-Johnson.

Muchas veces no será posible determinar con precisión la etiología de la fiebre con exantema si no se dispone de métodos de laboratorio, como los cultivos virales; sin embargo, casi siempre será posible descartar una causa grave mediante una historia clínica y exploración física detalladas y con la ayuda de pruebas de laboratorio sencillas como el hemograma, la proteína C reactiva (PrCR) y la velocidad de sedimentación globular.

El propósito de este texto no es tanto el diagnóstico diferencial exhaustivo de la fiebre y exantema en el niño, como destacar las entidades que pueden presentarse con estas manifestaciones, que son potencialmente graves y que pueden requerir cuidados y tratamiento urgentes.

**Cambios más importantes respecto a la versión anterior:** se ha realizado una revisión bibliográfica y sólo se han introducido cambios menores en el texto.

Agentes etiológicos		
	Frecuentes	Poco frecuentes
Virus	Enterovirus <i>Herpesvirus hominis</i> tipos 6 y 7 Adenovirus Parvovirus B19	Virus del sarampión Virus de la rubéola Virus de Epstein-Barr Virus del dengue
Bacterias	Estreptococos del grupo A	<i>Neisseria meningitidis</i> <i>Staphylococcus aureus</i>
Otros agentes	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	<i>Rickettsia conorii</i>
Otras entidades	Reacciones a fármacos	Eritema multiforme (síndrome de Stevens-Johnson), Enfermedad de Kawasaki, Exantema torácico unilateral, Enfermedad de Still, Pseudoangiomatosis eruptiva



### Entidades y manifestaciones clínicas

En las tablas siguientes se exponen las causas más frecuentes de exantemas en los niños, así como algunas características clínicas y epidemiológicas que ayudan a su diagnóstico. Algunos datos importantes son:

- La historia clínica detallada es fundamental para hacer un diagnóstico de presunción. Deben recogerse antecedentes como la toma de fármacos (exantemas medicamentosos, síndrome de Stevens-Johnson), excursiones al campo durante los meses de primavera o verano (fiebre botonosa) y la existencia de contacto con personas enfermas (sarampión, rubéola, infección meningocócica). La presencia de artralgias en las horas previas en un niño con fiebre y exantema, sobre todo si éste tiene un componente petequeal, debe hacer pensar en una infección meningocócica.
- La edad es otro factor a tener en cuenta. La mayoría de los exantemas en niños menores de 4 años se deben a infecciones por enterovirus, adenovirus, HHV-6 y HHV-7. Sin embargo, no hay que olvidar que la prevalencia de enfermedad meningocócica es mayor por debajo de los 2 años de edad que en cualquier otra época de la vida. Las infecciones por parvovirus y la escarlatina ocurren, sobre todo, en niños escolares, mientras que las infecciones por *Mycoplasma pneumoniae* lo hacen en escolares y adolescentes.
- La exploración física cuidadosa ayuda al diagnóstico. La costra o "mancha negra" de la picadura de la garrapata orienta a la fiebre botonosa, pero, a veces, se encuentra en el cuero cabelludo lo que dificulta su localización. La presencia de síntomas respiratorios más exantema orienta hacia adenovirus, sarampión, *Mycoplasma pneumoniae* y virus de Epstein-Barr (VEB).
- La existencia de afectación de varias mucosas (conjuntivitis, mucosa oral) más exantema y fiebre debe plantear los siguientes diagnósticos diferenciales: adenovirus, sarampión, infección por *Mycoplasma pneumoniae*, enfermedad de Kawasaki, síndrome de shock tóxico y síndrome de Stevens-Johnson.
- La irritabilidad inexplicada se ve en la enfermedad de Kawasaki y en la artritis reumatoide de comienzo sistémico o enfermedad de Still.

Exantemas de etiología vírica (...)		
Agentes	Cuadros clínicos asociados	Comentarios y diagnóstico
Enterovirus ( <i>Cosackie</i> y <i>Echo</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exantemas máculopapulosis y eritematosos; a veces, exantemas petequeales o purpúricos (sobre todo los virus <i>Echo</i> 9 y <i>Cosackie</i> A9)</li> <li>▪ Fiebre sin foco (FSF); los enterovirus son la causa de más del 50% de las FSF de niños menores de 2 años</li> <li>▪ Los enterovirus son la causa más frecuente de meningitis aséptica en los niños. En más de un 50% de los casos puede haber pleocitosis polimorfonuclear al inicio del cuadro, lo que complica el diagnóstico diferencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las infecciones por enterovirus son más frecuentes por debajo de los 2 años de edad, aunque también afectan a niños mayores y adultos</li> <li>▪ Cuanto menor es la edad del niño, mayor es la probabilidad de que aparezca exantema</li> <li>▪ Diagnóstico microbiológico: cultivo viral o reacción de la polimerasa en cadena (PCR)</li> </ul>
<i>Herpesvirus hominis</i> tipo 6 (HHV-6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exantema súbito: 2 a 4 días de fiebre alta y exantema generalizado maculoso rosado de pequeños elementos</li> <li>▪ Síndromes mononucleósicos con exantemas (menos frecuente)</li> <li>▪ Fiebre sin foco (FSF); un 10-15% de los casos se deben a HHV-6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ocurre, sobre todo, en lactantes menores de 2 años de edad, especialmente entre los 6 y 12 meses</li> <li>▪ Diagnóstico microbiológico: serología o PCR</li> </ul>
<i>Herpesvirus hominis</i> tipo 7 (HHV-7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Producen cuadros de exantema súbito y fiebre más exantema no específico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ocurren en edades un poco más altas que las infecciones por HHV-6</li> <li>▪ Diagnóstico microbiológico: serología o PCR</li> </ul>



Exantemas de etiología vírica (...)		
Agentes	Cuadros clínicos asociados	Comentarios y diagnóstico
Adenovirus	<ul style="list-style-type: none"><li>Exantemas maculopapulosos morbiliformes con fiebre, a veces alta</li><li>Síntomas respiratorios como faringitis que puede ser exudativa (los adenovirus son la causa más frecuente de faringitis exudativa en niños menores de 4 años), tos (a veces pertusoide) y conjuntivitis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ocurren, sobre todo, en niños menores de 4 años</li><li>En sangre periférica puede existir leucocitosis con neutrofilia e incluso desviación izquierda moderada; también puede haber aumentos moderados de VSG y PrCR</li><li>Diagnóstico microbiológico: cultivo viral</li></ul>
Parvovirus B19	<ul style="list-style-type: none"><li>Megalocitopenia o eritema infeccioso</li><li>Exantemas parecidos a la rubéola y el sarampión</li><li>Síndrome papular purpúrico en "guantes y calcetines" (edema simétrico, doloroso y eritematoso, que se localiza en manos, y pies y que evoluciona hacia pápulas purpúricas y petequiales)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Diagnóstico microbiológico: serología</li></ul>
Virus del sarampión	<ul style="list-style-type: none"><li>Fiebre alta, exantema maculopapuloso generalizado y síntomas respiratorios (tos, afonía, conjuntivitis). Las manchas de Koplick son patognomónicas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Actualmente hay cambios en la epidemiología de esta enfermedad. En el brote de Madrid de 2006, la mitad de los casos han ocurrido en adultos de 20-40 años. También ha habido casos en niños de 6 a 12 meses</li><li>Diagnóstico microbiológico: serología</li></ul>
Virus de la rubéola	<ul style="list-style-type: none"><li>Exantema generalizado maculopapular con linfadenopatía, sobre todo occipital, retroauricular y cervical posterior</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>En el brote de 2005 de Madrid, la incidencia máxima de la enfermedad ocurrió entre los 20 y 30 años</li><li>Diagnóstico microbiológico: serología</li></ul>
Virus de Epstein-Barr	<ul style="list-style-type: none"><li>Puede dar cualquier tipo de exantema, pero lo más característico son exantemas maculopapulares que aparecen tras la administración de amoxicilina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Diagnóstico microbiológico: serología</li></ul>
Virus del dengue	<ul style="list-style-type: none"><li>Exantema maculoso o maculopapuloso, a menudo confluyente con pequeños islotes de piel normal; al cabo de 2-3 días puede descamar. A veces hay petequias y púrpura. Son muy característicos el dolor retroorbitario, la cefalea y las artromialgias intensas. Otros signos: rubeosis facial, inyección conjuntival y faringitis</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Es una enfermedad endémica del sur y sudeste asiático, África, Sudamérica y Centroamérica, y debiera sospecharse en inmigrantes o personas que han viajado a esas zonas. Si la persona ha abandonado la zona endémica hace más de 14 días puede descartarse esta enfermedad, ya que tiene un periodo de incubación de 4-7 días</li><li>Diagnóstico microbiológico: serología</li></ul>



Exantemas de etiología bacteriana (...)		
Agentes	Cuadros clínicos asociados	Comentarios y diagnóstico
<i>Neisseria meningitidis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedad meningocócica. En más de la mitad de los casos se manifiesta con fiebre y exantema. En más del 50% de los casos el exantema es petequial, pero puede ser maculoso o máculopapuloso sobre todo al comienzo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La localización de las petequias por debajo de la línea intermamilar aumenta el riesgo de infección meningocócica</li> <li>Un 10-25% de los pacientes con infección meningocócica tienen artralgias intensas</li> <li>La mayoría de las infecciones meningocócicas ocurren en los meses de noviembre a marzo</li> <li>Es necesario observar, durante 4-6 horas, todos los lactantes con fiebre y exantemas maculosos de pocas horas de evolución</li> <li>Diagnóstico microbiológico: aislamiento de la bacteria en sangre, LCR u otros sitios estériles</li> </ul>
Estreptococo del grupo A (EBHGA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escarlatina: fiebre alta, escalofríos, dolor faríngeo, cefalea, malestar y dolor abdominal. Faringitis exudativa o no, con lengua "en frambuesa" y a veces, petequias en el paladar. El exantema típico es rojo, punteado fino, que en ocasiones "se palpa más que se ve" (piel rasposa como "carne de gallina" o papel de lija, como un eritema por quemadura solar). Son típicas la palidez circumoral y la intensificación en pliegues, como en la fosa antecubital, donde aparece como líneas transversales purpúricas (signo de Pastia). Unos 7 días después del comienzo se inicia la descamación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocurre, sobre todo, en niños escolares</li> <li>En la actualidad, son mucho más frecuentes las formas incompletas de escarlatina que se manifiestan con exantemas «en esclavina» que se localizan en cuello, hombros y parte superior de tórax y axilas, siendo muy rara la descamación</li> <li>Diagnóstico microbiológico: cultivo faríngeo y aumento de los títulos de anticuerpos (ASLO y anti-DNAse B)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecciones invasoras (miositis, fascitis necrotizante, bacteriemia, sepsis, shock tóxico estreptocócico). En el niño casi siempre ocurren en el contexto de una varicela, y debieran sospecharse cuando persiste fiebre alta después de 48 horas del comienzo del exantema variceloso o cuando después de haber desaparecido, la fiebre reaparece</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A veces, en las infecciones invasoras estreptocócicas aparece un rash escarlatiniforme que ayuda al diagnóstico</li> <li>Diagnóstico microbiológico: aislamiento del EBHGA de sangre o de los tejidos infectados</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>El shock tóxico estreptocócico se caracteriza por un rash escarlatiniforme, eritema y edema de las palmas y plantas, enrojecimiento de la mucosa oral con lengua en frambuesa e inyección conjuntival. Siempre hay hipotensión o hipotensión ortoestática. Otros signos o síntomas son: fiebre, vómitos, diarrea, cefalea, faringitis y mialgias. El cuadro progresa rápidamente a shock con fallo multiorgánico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando se asocia a varicela suele aislarse el EBHGA en sangre, pero esto es menos frecuente en otras formas de la enfermedad ya que se debe a la producción de exotoxinas pirogénicas que pueden ser vertidas a la sangre desde cualquier foco de infección</li> <li>Diagnóstico: criterios clínicos; la etiología se demuestra por aislamiento del EBHGA del hemocultivo o de otras fuentes de infección</li> </ul>
<i>Staphylococcus</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Shock tóxico estafilocócico (clínica similar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muy raramente se encuentra <i>S. aureus</i> en</li> </ul>



Exantemas de etiología bacteriana (...)		
Agentes	Cuadros clínicos asociados	Comentarios y diagnóstico
<i>aureus</i>	<p>al shock tóxico estreptocócico)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escarlatina estafilocócica</li> </ul>	<p>el hemocultivo. La bacteria se encuentra en heridas o es un colonizador que produce la toxina de shock tóxico 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico: por criterios clínicos</li> </ul>

Otros exantemas (...)		
Agentes / entidades	Cuadros clínicos asociados	Comentarios
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cualquier tipo de exantema: maculoso, máculopapuloso, vesiculoso, urticarial, eritema exudativo multiforme y otros</li> <li>▪ Manifestaciones respiratorias de vías altas o bajas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Son más frecuentes en escolares o adolescentes</li> <li>▪ Diagnóstico: serología</li> </ul>
<i>Rickettsia conorii</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El exantema aparece, sobre todo, en extremidades, afectando incluso a palmas y plantas, es elevado (botonoso) por lo que se palpa fácilmente, y eritematoso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En un 70% de los casos aparece la mordedura de la garrapata como una pápula con vesiculación central, o como una costra (mancha negra) cuando está más evolucionada</li> <li>▪ Diagnóstico: serología</li> </ul>
Enfermedad de Kawasaki	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuadro clínico: fiebre, inyección conjuntival, enrojecimiento de la mucosa bucal y faringe o labios rojos y fisurados, rash generalizado polimorfo (morbilliforme, maculopapular o escarlatiniforme), cambios distales de las extremidades (enrojecimiento e induración de palmas y plantas y descamación que comienza en la zona periungueal de dedos), y linfadenopatía aguda mayor de 1,5 cm</li> <li>▪ A veces, hay un rash escarlatiniforme en la zona del periné (signo de Fink), que descama más precozmente que la zona periungueal</li> <li>▪ Otros síntomas: irritabilidad llamativa, taquicardia desproporcionada para la fiebre, piuria estéril, meatitis y meningitis aséptica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico: clínico por la presencia de fiebre de más de 5 días de duración más cuatro de los criterios clínicos anteriores</li> <li>▪ Casi todos los niños tienen en el momento agudo leucocitosis con neutrofilia y VSG <math>\geq 75</math> mm, mientras que la trombocitosis suele aparecer en la segunda semana</li> <li>▪ Hasta un 10%-15% de los niños, sobre todo los lactantes más pequeños, tienen formas incompletas que no cumplen todos los criterios diagnósticos. Los síntomas y signos más frecuentes en estos niños son la fiebre de más de 5 días (97%) y el exantema (82%). La frecuencia de otras manifestaciones clínicas es mucho más baja</li> </ul>
Artritis reumatoide de comienzo sistémico (enfermedad de Still)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exantema máculopapuloso, eritematoso, tenue, que se intensifica con la fiebre y desaparece cuando lo hace aquélla. Hepatoesplenomegalia, adenopatías, poliserositis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico: por las manifestaciones clínicas y los hallazgos analíticos (leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis y VSG elevada)</li> </ul>
Reacciones medicamentosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pueden cursar con cualquier tipo de exantema aunque en el 95% de los casos es un exantema eritematoso, maculopapular que suele comenzar en el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La reacción suele aparecer a los 7-14 días de iniciar la toma del fármaco pero también puede ocurrir unos pocos días después de suspenderlo</li> </ul>



Otros exantemas (...)		
Agentes / entidades	Cuadros clínicos asociados	Comentarios
	<p>tronco y después se disemina de forma simétrica a las extremidades. Las lesiones son morbiliformes, rubeoliformes o escarlatiniformes. El aspecto polimorfo y confluyente de las lesiones, y el prurito, cuando existe, orientan al diagnóstico. La fiebre no suele ser muy alta. En ocasiones, hay eosinofilia en sangre periférica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Una forma de exantema medicamentoso es la pustulosis exantemática aguda generalizada, que se caracteriza por eritema difuso, con pústulas puntiformes y pápulo-pústulas eritematosas que se localizan sobre todo en extremidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A veces, la reacción medicamentosa supone un peligro para la vida el paciente, como sucede, por ejemplo, en los exantemas que cursan con fiebre alta tras iniciar tratamiento con el anti-retroviral abacavir, o en el síndrome de Stevens-Johnson o necrolisis epidérmica tóxica asociada a fármacos. En estos casos, la retirada del fármaco debe ser inmediata</li> <li>▪ Diagnóstico: por la clínica y la historia de exposición al fármaco</li> </ul>
Eritema multiforme y síndrome de Stevens-Johnson	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eritema multiforme <i>minor</i>: brotes de lesiones simétricas de lesiones cutáneas de diversa morfología, a veces "en diana", que se localizan en superficies extensoras de extremidades, afectando a palmas y plantas, pero respetando relativamente a las mucosas y al tronco</li> <li>▪ Síndrome de Stevens-Johnson o eritema multiforme <i>major</i>: afectación de piel y mucosas con síntomas sistémicos como fiebre, malestar y escalofríos. Lesiones cutáneas eritematosas con bullas o vesículas que se rompen dejando áreas de piel desnuda. Conjuntivitis, uveítis y lesiones ampollosas orales y labiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etiologías asociadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infecciones: herpes simples 1 y 2, <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, y otros virus y bacterias</li> <li>- Antibióticos: penicilina, sulfonamidas, isoniacida y tetraciclina</li> <li>- Anticonvulsivantes; hidantoína, fenobarbital, carbamazepina</li> <li>- Otros fármacos: AINEs, captopril, etopósido</li> </ul> </li> <li>▪ Diagnóstico: por la clínica, historia (antecedentes de toma de fármacos) y biopsia cutánea</li> </ul>
Pseudoangiomatosis eruptiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pequeñas pápulas, de 1-4 mm, con un punto central vascular rodeado por un halo avascular claro. Las lesiones blanquean a la presión y son transitorias. Pueden localizarse en cara, extremidades y tronco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En algunas ocasiones, se asocia a infección por enterovirus, pero la mayoría de las veces se desconoce su etiología</li> </ul>
Exantema torácico unilateral (o exantema periflexural asimétrico)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es una erupción que comienza en la cercanía de los pliegues, sobre todo axilas y cuello, que se disemina manteniendo un predominio unilateral en el tórax aunque puede pasar al otro lado. También puede aparecer al lado de las ingles. Al principio las lesiones son pequeñas pápulas de 1 mm de diámetro rodeadas de un halo pálido, que posteriormente evolucionan hacia placas eczematosas. Hasta un 40% de los niños con esta erupción tienen fiebre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etiología desconocida</li> <li>▪ Diagnóstico: por la clínica</li> </ul>



### Enfoque del niño con exantema

El paso inicial debe ser distinguir los casos que pueden ser graves y requerir una atención urgente (infección meningocócica, enfermedad de Kawasaki, síndrome de shock tóxico y síndrome de Stevens-Johnson) de aquellos que son enfermedades benignas y autolimitadas. En general son pocos los exantemas que se deben a una enfermedad grave si no hay, además, fiebre. Por tanto, la fiebre constituye un signo de alerta, aunque la mayoría de los exantemas febriles serán enfermedades virales.

- El estado general del niño es quizás el parámetro que mejor define la gravedad de un cuadro. En los lactantes mayores de 9-10 meses, para valorar el estado general se evalúa la reacción ante el médico y el interés por la habitación donde se lleva a cabo la exploración. El desinterés del niño por el medio que le rodea es un signo de gravedad. En los lactantes más pequeños se valoran los movimientos, el contacto social, tono muscular, perfusión, aceptación o rechazo del alimento y vigor del llanto.
- Las características del exantema pueden, también, aportar información sobre la gravedad de la enfermedad. Cualquier exantema petequial o purpúrico es un signo de alerta que requiere una atención urgente y una evaluación analítica para descartar una infección meningocócica. Solamente cuando las petequias son puntiformes y están por encima de la línea intermamilar y el niño está afebril puede prescindirse de las pruebas de laboratorio.
- Otro dato que hay que valorar es el tiempo de evolución. No es probable que un niño con fiebre y exantema de varios días de duración padezca una enfermedad que amenace su vida de manera inmediata mientras que un exantema maculoso o máculopapuloso de pocas horas de evolución puede ser la manifestación inicial de una infección meningocócica. En estos casos, los reactantes de fase aguda pueden no ser útiles en el diagnóstico por no haber tenido tiempo de elevarse. Por ello, es aconsejable mantener a estos niños en observación durante unas horas para ver la evolución de su enfermedad. El recuento leucocitario puede ser normal en las infecciones meningocócicas; otras veces hay leucopenia con linfocitosis lo que lleva al diagnóstico erróneo de viriasis.

Siempre hay que indagar sobre la toma previa de fármacos en las dos semanas previas. Dependiendo de la vida media del fármaco, un exantema medicamentoso puede aparecer varios días después de que haya sido suspendido.

### Tratamiento

En los exantemas virales únicamente se puede hacer tratamiento sintomático. Los tratamientos de otras enfermedades exantemáticas se exponen en la siguiente tabla.

En el caso de la infección meningocócica, ¿qué datos hay en relación con el uso de antibióticos antes del ingreso hospitalario para disminuir la mortalidad de esta enfermedad? Aunque no existen claras evidencias que apoyen la antibioterapia prehospitalaria en la sospecha clara de enfermedad meningocócica, debido a la extraordinaria gravedad de la enfermedad y su rapidez de evolución, y a que el tratamiento no produce perjuicios y posiblemente sea beneficioso, es razonable recomendar el inicio del tratamiento antibiótico prehospitalario por vía parenteral ante un niño con sospecha clara de enfermedad meningocócica y afectación del estado general. Esta medida no debe retrasar el traslado al hospital ni el inicio de otras medidas terapéuticas. Esta recomendación tiene una importancia especial en los casos en los que la derivación hospitalaria no sea inmediata por razones de distancia o disponibilidad de transporte adecuado. Los antibióticos a usar en estos casos son la penicilina o una cefalosporina de tercera generación (cefotaxima, ceftriaxona), por vía intravenosa; en caso de no contar con un acceso venoso, puede usarse la vía intramuscular (ceftriaxona) (y excepcionalmente, la amoxicilina por vía oral).

Tratamiento de los exantemas de origen bacteriano, por rickettsias o de origen indeterminado (...)			
Enfermedad	Tratamiento		Comentarios
	De elección	Alternativas	
Infección meningocócica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Penicilina G sódica 300.000-400.000 U/kg/día, máximo 12 millones/día, repartidos cada 4-6 horas, IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cefotaxima 200 mg/kg/día, en 4 dosis, IV (o ceftriaxona 100 mg/kg cada 12 horas el primer día y después 100 mg/día, IV/IM)</li> </ul>	



Tratamiento de los exantemas de origen bacteriano, por rickettsias o de origen indeterminado (...)			
Enfermedad	Tratamiento		Comentarios
	De elección	Alternativas	
Infecciones por EBHGA: escarlatina	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menos de 25 kg de peso: penicilina V 250 mg (400.000 U)/12 horas, 10 días, VO</li> <li>▪ Más de 25 kg de peso: penicilina V 500 mg (800.000 u)/12 horas, 10 días, VO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amoxicilina 50 mg/kg/día en 1-3 dosis, 10 días, VO</li> <li>▪ Eritromicina 30-40 mg/kg/día, en 2-4 dosis, 10 días, VO</li> <li>▪ Cefadroxilo 30 mg/kg/día, en 2 dosis, 10 días, VO</li> <li>▪ Azitromicina 10-12 mg/kg/día, en dosis única diaria, 3-5 días, VO</li> <li>▪ Claritromicina 15 mg/kg/día, en 2 dosis, 10 días, VO</li> <li>▪ Penicilina G sódica 200.000 UI/kg/día, en 4 dosis, durante 10-14 días + clindamicina 25-40 mg/kg/día, en 3-4 dosis, durante 10-14 días, IV</li> </ul>	
Infecciones por EBHGA: Infecciones invasoras, shock tóxico estreptocócico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Penicilina IV + clindamicina IV</li> <li>▪ Fluidoterapia intravenosa</li> <li>▪ Gammaglobulina IV (400 mg/kg/día, durante 5 días o una sola dosis de 1-2 g/kg)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En las infecciones invasoras es fundamental el desbridamiento y extirpación del tejido necrótico</li> </ul>
Infecciones por <i>Staphylococcus aureus</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cloxacilina 200 mg/kg/día, en 4 dosis, 14 días, IV.</li> <li>▪ Si el porcentaje de cepas resistentes a meticilina en la comunidad es mayor del 10% y la infección es grave, el tratamiento empírico se comienza con vancomicina 40 mg/kg/día cada 6 horas IV + cloxacilina hasta conocer la sensibilidad de la cepa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cefazolina 150-200 mg/kg/día, en 3 dosis, 14 días, IV</li> <li>▪ Si la infección no es grave se utiliza clindamicina, 15-30 mg/kg/día, en 4 dosis, o trimetoprim-sulfametoxazol, 15-20 mg/kg/día (de trimetoprim), en 2 dosis, VO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es fundamental el drenaje de los abscesos y la extirpación del tejido necrótico</li> </ul>
Infecciones por <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eritromicina 30-40 mg/kg/día, en 3-4 dosis, 10 días, VO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Azitromicina 10-12 mg/kg/día, dosis única diaria, 5 días, VO</li> </ul>	
Fiebre botonosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doxiciclina 2-4 mg/kg/día, en 1-2 dosis, 3 días, VO</li> </ul>		
Enfermedad de Kawasaki	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gammaglobulina 2 g/kg, en dosis única, IV</li> <li>▪ Aspirina: 80-100 mg/kg/día, en 4 dosis. Cuando el niño lleva afebril 48-72 horas, se baja la dosis de aspirina a dosis antiagregantes de 3-5</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La gammaglobulina IV debe administrarse en los primeros 10 días de la enfermedad (mejor en los primeros 7 días). También está indicado administrarla después de</li> </ul>



Tratamiento de los exantemas de origen bacteriano, por rickettsias o de origen indeterminado (...)			
Enfermedad	Tratamiento		Comentarios
	De elección	Alternativas	
	mg/kg/día		los 10 días si persiste la fiebre y están elevados los reactantes de fase aguda (VSG y PrCR)

### Profilaxis de la enfermedad meningocócica

Ver "Meningitis bacteriana (profilaxis de contactos)" en [http://infodoctor.org/gipi/guia\\_abe](http://infodoctor.org/gipi/guia_abe)

### Referencias bibliográficas (...)

- Ayusawa M, Sonobe T, Uemura S, Ogawa S, Nakamura Y, Kiyosaba N, et al. Revision of diagnostic guidelines for Kawasaki disease (the 5th revised edition). *Pediatr Internat*. 2005;47:232-4.
- Baker RC, Seguin JH, Leslie N, Gilchrist MRJ, Myers MG. Fever and petechiae in children. *Pediatrics*. 1989;84:1051-5. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/84/6/1051>
- Buñuel Álvarez JC. No existen estudios de calidad suficiente que determinen la efectividad del tratamiento antibiótico administrado antes del ingreso hospitalario para disminuir la mortalidad por enfermedad meningocócica invasiva. *Evid Pediatr*. 2006;2:68. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en [http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006\\_numero\\_4/2006\\_vol2\\_numero4.4.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_4/2006_vol2_numero4.4.htm)
- Curtis N. Invasive group A streptococcal infection. *Curr Opin Pediatr*. 1996;9:191-202.
- Dagan R, Menegus MA. Non polio enteroviruses and the febrile infant. En: Rotbart HA (ed). *Human enterovirus infection*. Washington: American Society for Microbiology; 1995. p. 239-54.
- Davidkin I, Valle-M. Etiology of measles- and rubella-like illnesses in measles, mumps, and rubella-vaccinated children. *J Infect Dis*. 1998;178:1567-70. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en <http://www.journals.uchicago.edu/JID/journal/issues/v178n6/980451/980451.html>
- Frieden IJ, Resnick SD. Childhood exanthems: old and new. *Pediatr Clin North Am*. 1991;38:859-83.
- Granier S, Owen P, Pill R, Jacobson L. Recognising meningococcal disease in primary care: qualitative study of how general practitioners process clinical and contextual information. *BMJ*. 1998;316:276-9. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en <http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7127/276>
- Granier S, Owen P, Stott NC. Recognizing meningococcal disease: the case for further research in primary care. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1167-71. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1410038&blobtype=pdf>
- Hall CB, Long CE, Schnabel KC, y cols. Human herpesvirus-6 infections in children. A prospective study of complications and reactivation. *N Engl J Med*. 1994;331:432-8. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/331/7/432>
- Inkelis SH, O'Leary D, Wang VJ, et al. Extremity pain and refusal to walk in children with invasive meningococcal disease. *Pediatrics*. 2002;110:e3. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/110/1/e3>
- López-Herce Cid J. ¿Debe administrarse tratamiento antibiótico prehospitalario en la sospecha de sepsis meningocócica? *Evid Pediatr*. 2006;2:65. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en [http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006\\_numero\\_4/2006\\_vol2\\_numero4.1.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_4/2006_vol2_numero4.1.htm)
- Mandl KD, Stack AM, Fleisher GR. Incidence of bacteremia in infants and children with fever and petechiae. *J Pediatr*. 1997;131:398-404.
- Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Statement for Health Professionals From the Committee on Rheumatic Fever,



### Referencias bibliográficas (...)

Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Pediatrics*. 2004;114:1708-33. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/114/6/1708>

Ramsay M, Reacher M, O'Flynn C, et al. Causes of morbilliform rash in a highly immunised English population. *Arch Dis Child*. 2002;87:202-6. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en <http://adc.bmj.com/cgi/content/full/87/3/202>

Salzman MB, Rubin LG. Meningococemia. *Infect Dis Clin N Am*. 1996;10:709-23.

Scott LA, Stone MS. Viral exanthems. *Dermatology Online J*. 2003;9(3):4. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en <http://dermatology.cdlib.org/93/reviews/viral/scott.html>

Thompson MJ, Ninis N, Perera R, et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. *Lancet*. 2006;367:397-403. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en [http://www.meningitis.ca/en/news/2006\\_2\\_24\\_Mgc\\_early\\_signs.pdf](http://www.meningitis.ca/en/news/2006_2_24_Mgc_early_signs.pdf)

Wells LC, Smith JC, Weston VC, et al. The child with a non-blanching rash: how likely is meningococcal disease? *Arch Dis Child*. 2001;85:218-22. [consultado el 22/05/2008]. Disponible en <http://adc.bmj.com/cgi/content/full/85/3/218>

**Abreviaturas:** **AINE:** fármacos anti-inflamatorios no esteroideos. **anti-DNAse B:** anticuerpos anti-desoxirribonucleasa B. **ASLO:** anticuerpos anti-estreptolisina O. **EBHGA:** estreptococo beta hemolítico grupo A. **FSF:** fiebre sin foco. **HHV-6:** *Herpesvirus hominis* tipo 6. **HHV-7:** *Herpesvirus hominis* tipo 7. **IM:** vía intramuscular. **IV:** vía intravenosa. **LCR:** líquido cefalorraquídeo. **PCR:** reacción de la polimerasa en cadena. **PrCR:** proteína C reactiva. **VEB:** virus de Epstein-Barr. **VO:** vía oral. **VSG:** velocidad de sedimentación globular.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos una vez al año. Próxima revisión prevista en 2009. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[📧] Más información en: [http://infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/](http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/)

[✉] Comentarios y sugerencias en: [laquiaabe@gmail.com](mailto:laquiaabe@gmail.com)

Con la colaboración de:



[©] Guía\_ABE, 2008. ISBN: 978-84-95028-75-4