



Categoría: Congreso de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2024

ORIGINAL

New exanthematous disease in pediatrics

Nuevas enfermedades exantemáticas en pediatría

Daiana Lurbet¹  , Gerardo Laube¹  .

¹Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud - Universidad Abierta Interamericana.

Citar como: Lurbet D, Laube G. New exanthematous disease in pediatrics. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2024; 2:335. DOI: <https://doi.org/10.56294/piii2024335>

Recibido: 06-03-2024

Revisado: 08-05-2024

Aceptado: 10-06-2024

Publicado: 12-06-2024

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Exanthems do not represent a disease per se, but they are the most clinically useful manifestation for the arrival of the diagnosis of the disease for the physician, as well as the most common cause that brings patients to the consultation.

Regarding new pediatric exanthems, it is important to consider the age of onset since they tend to manifest after the first year of the individual's life, while up to 12 months, their epidemiology is usually limited to the well-known classics such as measles, sudden rash, rubella, chickenpox, Kawasaki disease, Coxsackie virus, meningococemia, echovirus, among others. (1) Classic exanthematous diseases have been known for a long time and have been classified in sequential order. The first and second refer to scarlet fever and measles. Rubella is the third. The exanthem caused by staphylococcal epidermolytic toxin is the fourth. Erythema infectiosum is the fifth, and sudden rash is the sixth disease. In recent decades, new tools and methodologies based on four forms of investigation through clinical studies, laboratory studies, epidemiological studies, and clinical trials including the validation of new and more specific diagnostic criteria, such as procedures for the detection of viral genetic sequences such as PCR, viral load, and antibody affinities, as well as exhaustive epidemiological analyses in patient groups of different ages, nationalities, and skin types, have led to the diagnosis of new exanthematous diseases known as pityriasis rosea (PR), Gianotti-Crosti syndrome (GCS), asymmetric periflexural exanthem/unilateral laterothoracic exanthem (APE/ULE), gloves and socks syndrome (PPGSS), eruptive pseudoangiomatosis (EP), and eruptive hypomelanosis (EH). (2)

Background:(Complete here). Material and methods: (Different case report were analyzed in relation to the available literature in virtual libraries such as PubMed and cited by the Argentine Society of pediatrics). Results: (The systematic review of new rashes manifested mostly in the pediatric population increasingly suggest their viral etiology as well as their low risk of serious systemic complications. Determining their characteristics, chronology and topography as well as the physician's experience shed diagnostic light on daily clinical practice). Conclusion: (The epidemiological and histopathological analysis of the lesion and clinical methods of diagnosing these rashes has been intense

over the past 30 years, although their observation remains key to the increasingly accurate determination of their etiology, which is still subject to refinement and discussion.

Keywords: Exanthem; pediatric; rashes; sudden exanthem; new pediatric exanthems.

RESUMEN

Los exantemas no representan una enfermedad per se pero si son la manifestación de mayor utilidad clínica para el arribo del diagnostico de la enfermedad para el médico, asi como también la causa más común que trae a los pacientes a la consulta.

En lo que respecta los nuevos exantemas pediátricos es importante tener en cuenta la edad de aparición de los mismos ya que estos suelen manifestarse después del primer año de vida del individuo, mientras que hasta los 12 meses la epidemiología de los mismos suelen limitarse a los clásicos ya conocidos como sarampión, exantema súbito, rubeola, varicela, enfermedad de kawasaki, cosakie virus, meningococemia, echo virus, entre otros. (1)

Las enfermedades exantemáticas clásicas son conocidas desde hace tiempo y se fueron clasificando por orden correlativo. La primera y segunda se refieren a la escarlatina y el sarampión. La rubéola es la tercera. El exantema causado por la toxina epidermiolítica estafilocócica es la cuarta. El eritema infeccioso es la quinta, y el exantema súbito es la sexta enfermedad.

En las últimas décadas, las nuevas herramientas y metodologías basadas en cuatro formas de investigación a través de estudios clínicos, estudios de laboratorio, estudios epidemiológicos y de ensayos clínicos que incluyen la validación de nuevos y mas específicos criterios diagnósticos, tales como procedimientos para la detección de secuencias genéticas virales como es el PCR, carga viral y las afinidades de anticuerpos, así como también exhaustivos análisis epidemiológicos en grupos de pacientes de distintas edades, nacionalidades y tipos de piel.

Permitieron arribar al diagnostico de nuevas enfermedades exantemáticas conocidas como la pitiriasis rosada (PR), el síndrome de Gianotti-Crosti (GCS), el exantema periflexural asimétrico / exantema laterotorácico unilateral (APE / ULE), el síndrome de guantes y calcetines papulopurpúrico (PPGSS), la pseudoangiomatosis eruptiva (EP) y la hipomelanosis eruptiva (EH). (2) Material y métodos:(Se analizaron diferentes articulos reportados de casos en relacion a la bibliografia disponible en bibliotecas virtuales como pubmed y citados en la sociedad argentina de pediatria). Resultados:(La revision sistematica de los nuevos exantemas manifiestos mayormente en la poblacion pediátrica dan sospecha cada vez mas cercana de su etiologia de origen viral así como de su bajo riesgo de complicaciones sistémicas graves. La determinación de sus características, cronología y topografía así como también la experiencia del médico arrojan luz diagnostica en la practica clínica diaria). Conclusión:(el análisis epidemiológico e histopatologico de las lesiones y los métodos clínicos para el diagnostico de estos exantemas han sido intensos durante los últimos 30 años, aunque su observación sigue siendo clave para el proceso de determinación cada vez mas certera de su etiología, la cual aun queda sujeta a perfeccionamiento y discusión).

Palabras clave: Exantema; pediátrico; erupciones; exantema súbito; nuevos exantemas pediátricos.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha observado un aumento significativo en la incidencia de enfermedades exantemáticas en la población pediátrica, lo que ha generado preocupación y desafíos en el ámbito médico. Estas enfermedades, que se caracterizan por la presencia de erupciones cutáneas, pueden ser

causadas por diversos agentes infecciosos, incluyendo virus, bacterias y parásitos. Con la emergencia de nuevas cepas de patógenos y el desarrollo de resistencias a tratamientos convencionales, es esencial que los profesionales de la salud estén al tanto de las últimas investigaciones y avances en el diagnóstico y manejo de estas enfermedades. En este artículo, se abordarán las nuevas enfermedades exantemáticas en pediatría, incluyendo su epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial y opciones de tratamiento, con el objetivo de proporcionar a los médicos herramientas actualizadas para abordar estas afecciones en la práctica clínica.

ANTECEDENTES: Sabemos de la naturaleza viral de estos cuadros ya que los mismos son constan de síntomas prodrómicos en la vía respiratoria y tracto gastrointestinal así como también enfermedades virales sistémicas como hepatitis B, HIV, CMV entre otros.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizará a continuación una revisión sistemática de varios artículos relacionados a los nuevos exantemas en pediatría con base en aquellos clásicos como forma de diferenciación y adición de los mismos de manera que puedan integrarse en este trabajo las ideas y conceptos principales de lo que se halla en la bibliografía publicada disponible.

OBJETIVOS

Revisar la epidemiología de las enfermedades exantemáticas en la población pediátrica.

Describir las manifestaciones clínicas de las nuevas enfermedades exantemáticas en pediatría, incluyendo la presentación de erupciones cutáneas y otros síntomas asociados.

Analizar el diagnóstico diferencial de las enfermedades exantemáticas en pediatría, considerando las diversas causas infecciosas y no infecciosas que pueden desencadenar estas afecciones, así como también evaluar las opciones de tratamiento disponibles para las nuevas enfermedades exantemáticas en pediatría, incluyendo estrategias farmacológicas y no farmacológicas y Proporcionar recomendaciones para el manejo clínico de las enfermedades exantemáticas en pediatría, con énfasis en la prevención, el diagnóstico temprano y el abordaje integral de los pacientes pediátricos afectados.

DISCUSIÓN

MARCO TEORICO: Un exantema es la aparición súbita de una erupción cutánea que puede tener características variadas en su morfología y topografía (1); es decir su distribución y extensión. La eritrodermia es el enrojecimiento de más del 80% de la piel. Los mecanismos patogénicos implicados son: la diseminación hematogena y posterior implantación en la epidermis, dermis, o endotelio vascular de los vasos sanguíneos de la piel por acción de toxinas patógenas o inmunológicas.

El diagnóstico de los exantemas siempre se establecen por la conjunción de la epidemiología, la anamnesis, la exploración física con valoración exhaustiva de la erupción y su evolución y las exploraciones complementarias. Al contactar con el paciente a través de la erupción, hemos establecido tres visiones para diferenciarlas; criterio cronológico en el primer año, el morfológico y el topográfico.(3)

Así podemos clasificar los exantemas según su cronología

- Los primeros 6 meses de vida (donde la inmunidad materna es transmitida al niño ya sea por vacunación activa de la madre o por haber padecido la enfermedad)
- Los que se encuentran entre el segundo semestre y los 12 meses de vida (en el que la pérdida de protección inmunológica materna es total)
- Los que se desarrollan a partir del primer año de vida (a partir de esta edad pueden presentarse los exantemas clásicos o aparecer los nuevos exantemas pediátricos)

Dentro del marco cronológico hallado a lo largo del primer año de vida, mas específicamente dentro del primer mes, los exantemas que se manifiestan pueden de etiología bacteriana como la sífilis neonatal, listeriosis, ectima gangrenoso por pseudomona aeruginosa, estafilococo variedad bullosa o síndrome de la piel escaldada, o por infecciones víricas por citomegalovirus, rubeola, varicela y virus del herpes I. Etiología parasitaria como la toxoplasmosis o fungica como la candidiasis En el primer semestre van a aparecer las enfermedades que no tienen respaldo inmunogenico por no estar vacunados o por no haber infectado a la mama durante el embarazo como son enterovirus, coxsakie y enterovirus o ECHO virus (por sus siglas en ingles), meningococemia o respuestas por agentes físicos como la sudamina o por reacción inmunoalergicas por exposiciones medicamentosas como las farmacodermias. El segundo semestre se asocian a las enfermedades de las cuales la inmunidad heredada de la madre desaparece por completo, como el exantema súbito, infección por el virus del Epstein Barr, sarampión, varicela, rubeola, enfermedad de Kawasaki, meningococemia, sudamina y reacciones medicamentosas que aun siguen en este periodo. A partir de esta edad pueden continuar los exantemas mencionados o aparecer algunos nuevos como el eritema infeccioso (o quinta enfermedad), la fiebre botonosa, acrodermatitis papulosa infantil, exantema unitalera laterotoraxico infantil, escarlatina o enfermedad de boca, mano, pie.

En casos en que el pródromo sea subclinico o asintomático debemos orientarnos a enfermedades exantemáticas como la rubeola o el eritema infeccioso mientras que en otras enfermedades exantemáticas, horas o días antes de la erupción el niño presenta manifestaciones clínicas como fiebre, catarro de las vías altas, conjuntivitis, síntomas gripales, digestivos, u otros. El sarampión, la enfermedad de Kawasaki, el exantema súbito, entre otras, pertenecen a este ultimo grupo

Según sus características o por criterio morfológico:

1. Maculo-papuloso: son maculas planas eritematosas o con una sobre elevación papular de menos de 1 cm de diámetro. Puede deberse a un amplio abanico de posibilidades etiológicas. Si bien las maculas son la fase inicial, suelen progresar a macula papula con el tiempo, siendo esta expresión la mas frecuente. Son la manifestación exantemática mas amplia y cuando es de origen infeccioso suelen acompañarse de fiebre y son casi siempre de etiología viral y autolimitados, en reducida cantidad de veces puede deberse a enfermedades bacterianas, riketsias , tratamientos farmacológicos, enfermedades generales o cuadros paravirales. Se manifiestan con diferentes patrones como pueden ser:

- eritrodermico (enrojecimiento inflamatorio extenso de la piel que desaparece ante la digitopresion)
- habonoso (lesiones eritematosas abonosas planas en la parte superior, edematosas que en ocasiones forma lesiones anulares o serpentiginosas)
- morbiliforme (de color rojo vinoso y confluyente en algunas zonas) (1)

2. Vesiculosas: Son lesiones sobre elevadas con contenido seroso de menos de 2 mm, en caso de vesículas y más grandes en caso de ser ampollas.

3. Purpurico/petequial: Son pequeñas lesiones puntiformes de color rojo, por extravasación de sangre, que no desaparecen con la digitopresion, denominadas petequias, si miden menos de 3 mm o purpura, si miden igual o mas.

La meningococemia es una de las formas de manifestación clínica de infección por la Neisseria meningitidis, que siempre debe tenerse en cuenta ante la aparición de un exantema purpúrico-petequial, en el contexto de un proceso febril.(1)

Tabla I. Clasificación etiológica de los exantemas maculopapulosos

<i>Infecciones</i>		<i>Etiología diversa</i>
Viricos	Bacterianos	Alérgica
- Sarampión	- Escarlatina	- Medicamentos
- Rubéola	- Síndrome de la piel escaldada	- Alimentos
- Eritema infeccioso	- Síndrome de shock tóxico	Enfermedades sistémicas
- Exantema súbito	- Fiebre tifoidea	- Enfermedad de Kawasaki
- Enterovirus no polio	- Meningococemia (fase inicial)	- Eritema multiforme
- Adenovirus	- Erisipela	- Artritis reumatoide juvenil
- Mononucleosis infecciosa	Otros gérmenes	- Enfermedad injerto contra huésped
- Fiebre Dengue	- <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	- Fiebre reumática
- Molluscum contagioso	- Fiebre exantemática mediterránea	- Eritema nudoso
Paraviral*	- Enfermedad de Lyme	
- Acrodermatitis papulosa infantil	- Sífilis secundaria	
- Exantema periflexural asimétrico		
- Pitiriasis rosada		
- Pseudoangiomatosis eruptiva		

**Causas diversas relacionadas en la mayoría de los casos con infecciones víricas.*

Tabla II. Clasificación etiológica de los exantemas vesiculosos y purpúricos

<i>Vesícula/ampoloso</i>	<i>Purpúrico/petequial</i>
Infecciones	Infecciones
- Herpes simple	- Meningococemia
- Varicela-Zóster	- Enterovirus
- Enfermedad mano-pie-boca	- Síndrome papulopurpúrico en guante y calcetín
Etiología diversa	- Dengue hemorrágico
- Síndrome Stevens-Johnson	- Rickettsiosis
- Enfermedad de Lyell	- Endocarditis
	Etiología diversa
	- Vasculitis
	- Púrpura de Schönlein-Henoch
	- Edema agudo hemorrágico del lactante
	- Hemopatías
	- Coagulopatías
	- Trombocitopenias

A continuación desarrollaremos los exantemas considerados de novo como:

□ **EXANTEMA PERIFLEXURAL LATEROTORACICO:** También conocido como exantema periflexural asimétrico de la infancia. Esta dermatosis es caracterizada por un eritema macular que progresa a pápulas eritematosas de 0.5cm de diámetro con tendencia a la convergencia que resuelve en aproximadamente dos semanas. Cursan sin eosinofilia y con niveles normales de ferritina, dímero D, y proteína C reactiva. (4)

No se ha confirmado aún su causa, aunque se conoce su asociación con infecciones virales. Se han aislado adenovirus, COVID-19 (2), un virus paragripal; también se aisló en otro estudio Spiroplasma sin que se haya confirmado en estudios posteriores. El estudio de Bodemer y de Prosten refiere negatividad de los test serológicos para hepatitis B, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus de la inmunodeficiencia humana, coxsackie, parvovirus, mycoplasma, borrelia, rickettsiae y toxoplasmosis.(5) Se presenta entre el primero y los 5 años de edad, aparece en el tronco y se extiende hacia la axila; menos frecuentemente a la región inguinal o a una extremidad en la cual suele limitarse al tercio

proximal. Debido a su unilateralidad puede confundirse con una dermatitis por contacto. En el año 1993, Taieb y cols. describen 21 casos con una erupción similar, y, debido a que la erupción no siempre es unilateral y puede afectar las extremidades inferiores sugieren el nombre de exantema periflexural asimétrico infantil (EPAL). (5) En un primer momento, la enfermedad se extiende de forma unilateral, y aunque la bilateralización de las lesiones es frecuente, la predominancia unilateral persiste. La ausencia de afectación de palmas, plantas y mucosas es típica. Ocasionalmente, pueden estar presentes una adenopatía local, otitis, existe pródromo con febrícula y síntomas respiratorios y gastrointestinales, cansancio y conjuntivitis. Las lesiones pueden desaparecer en dos a ocho semanas. (5) Se han descrito variantes clínicas atípicas con afectación facial y lesiones más de tipo vesiculosas y purpúricas.

Las biopsias muestran un infiltrado linfocitario dérmico con predominio alrededor de las glándulas sudoríparas con menor afectación de los vasos sanguíneos y de los folículos pilosos (5) No se ha evidenciado contagio interhumano. Es importante realizar el diagnóstico diferencial de otros dos diagnósticos de frecuente confusión que son:

1. Eccema de la axila por dermatitis atópica, que a diferencia de EPAL, este es muy pruriginoso y no se presenta con adenopatías, las cuales si existen, es un signo claramente evocador que ayuda al diagnóstico diferencial con EPAL.
2. Pitiriasis Rosada de Gilbert, sobre todo en su fase de extensión cuando desde el inicio podría evocar a EPAL por su condición unilateral, la cual puede diferenciarse al observar el desarrollo generalizado de las lesiones las cuales además, suelen resolver varío tiempo después.

□ PITIRIASIS ROSADA DE GILBERT:

Es un cuadro agudo autolimitado cuyo grupo etario de más frecuente aparición es entre la infancia y los adultos jóvenes.

Se describen cinco formas principales de PR: clásica esporádica, recidivante, persistente, pediátrica, y asociada al embarazo, así como una erupción similar a la PR como reacción a un fármaco o vacuna. Cada forma de PR tiene su propia patogénesis, aunque se concluye que en todas ellas el factor etiológico común es el virus del herpes 6 y 7 por signos clásicos virales como son la aparición epidémica, los signos prodrómicos, el incremento en la velocidad de sedimentación globular y la presencia en la biopsia de células disqueratóticas y multinucleadas gigantes en epidermis. Aunque diferenciándose por su porcentaje de HP, participación mucosa, síntomas sistémicos, hallazgos histopatológicos, duración media y opciones terapéuticas. Por ejemplo, la forma clásica esporádica se asocia con una reactivación sistémica de HHV-6/7, presenta un HP en el 12-90% de los casos, y tiene una duración media de 45 días con recomendación de reposo en cama como opción terapéutica.

En concordancia con la temática abordada, en el siguiente texto describiré únicamente las características clínico patológicas de su forma clásica y su variante atípica y la pediátrica.

• Forma clásica:

su prevalencia es del 1.3%, pero se cree que está subestimada debido a la presencia de formas atípicas y a los diagnósticos erróneos. La edad de máxima incidencia está entre los 10 y 35 años, sin diferencias significativas entre sexos. La erupción típica comienza en el 12-90% de los casos con un parche solitario (HP) que es un parche eritematoso con forma de medallón con bordes ligeramente elevados y finamente escamosos y un centro más pálido y ligeramente deprimido. Permanece aislado durante aproximadamente 2 semanas, después de las cuales se desarrolla bruscamente la erupción generalizada. (6) Los síntomas prodrómicos son comunes e incluyen malestar, náuseas, pérdida de apetito, dolor de cabeza, dificultad para concentrarse, irritabilidad, síntomas gastrointestinales y respiratorios, dolor en las articulaciones, inflamación de los ganglios linfáticos, dolor de garganta y fiebre leve. Estos síntomas pueden persistir durante la erupción. El picor es intenso en el 25% de los

pacientes, moderado o leve en el 50%, y ausente en el 25%. La PR suele durar alrededor de 45 días y las lesiones desaparecen gradualmente sin dejar marcas en la piel.

- Forma atípica:

La Erupción Atípica Según Chuh et al. [11], la erupción atípica puede clasificarse por la morfología, tamaño, número, distribución y ubicación de las lesiones, así como por la gravedad de los síntomas y el curso de la enfermedad. Las lesiones pueden variar en su morfología, las cuales pueden presentarse en forma de vesículas, púrpuras, hemorrágicas o urticariales. Su tamaño puede ser particularmente grande (PR gigantea de Darier) o pequeño (como en la PR papular). En cuanto a la distribución, zonas del cuerpo como la cara, las axilas y la ingle son las que están predominantemente afectadas en la PR atípica o también llamada inversa. El picor puede ser intenso con dolor y sensación de ardor (PR irritata), especialmente si se han aplicado medicamentos tópicos inapropiados.

- PR Pediátrica:

La pitiriasis rosada (PR) en niños puede considerarse una forma distinta debido a sus características clínicas y de laboratorio peculiares. La enfermedad es poco común en niños menores de 10 años, y la prevalencia de la PR pediátrica es de aproximadamente el 8% en caucásicos, y más alta en niños de piel oscura (26%), en quienes la afectación facial y del cuero cabelludo también es más frecuente (30% frente al 8% en pacientes caucásicos). Además, prevalecen las lesiones papulares y la hiperpigmentación residual. La pitiriasis rosada aparece en niños con la misma frecuencia que en adultos (50% frente al 58%) pero el lapso de tiempo promedio entre la aparición de la placa heráldica y la erupción generalizada es más corto (4 días frente a aproximadamente 2 semanas). La duración del exantema también es más corta (16 días frente a 45 días en adultos). Las lesiones orofaríngeas son más comunes que en adultos (35% frente al 16% de pacientes caucásicos y el 9% de pacientes de piel oscura). Por el contrario, la prevalencia de síntomas sistémicos es casi idéntica en adultos y niños (48% frente al 69%). Al igual que en adultos, los títulos de anticuerpos IgG de alta avidéz y la viremia plasmática de HHV-6/7 indican una reactivación viral en lugar de una infección primaria. Además, la viremia plasmática promedio de HHV-6/7, tanto durante la fase aguda como después de la recuperación, es definitivamente más alta en niños que en adultos. Dado que la infección primaria por HHV-6/7 ocurre con mayor frecuencia antes de los 3 años, es probable que la carga viral permanezca más alta en los niños que en los adultos. En cuanto al tratamiento no se recomienda el tratamiento con antivirales, considerando también la corta duración de la erupción. (6) Se han realizado estudios en grupos doble ciego, en el cual aquel expuesto a la eritromicina mostro una mejoría del cuadro en el 78% de los casos frente al grupo placebo, en el que la respuesta fue ausente en su totalidad, frente a esta situación, se realizó la búsqueda de varios agentes etiológicos bacterianos sin tener éxito en el hallazgo de ninguna de ellas, con lo cual se concluyó que el efecto antiinflamatorio e inmunomodulador de la eritromicina fue lo que ayudo a la regresión más temprana de las lesiones. (5) Dado que la PR es una enfermedad autolimitada, el mejor tratamiento es tranquilizar al paciente y sugerir reposo en cama. Aunque en un estudio controlado con placebo, se observó que 800 mg de aciclovir 5 veces al día aceleró la desaparición de las lesiones.

En cuanto a la causa, la infección activa sistémica por HHV-6/7 se considera un factor causal, ya que se ha detectado ADN de HHV-6/7 en el plasma y la expresión de ARNm y antígenos específicos en las lesiones cutáneas de pacientes con PR. Además, se han detectado viriones del herpesvirus en varias etapas de morfogénesis mediante microscopía electrónica en las lesiones cutáneas y en el sobrenadante de células mononucleares de la sangre periférica de pacientes con PR.

El diagnóstico de la PR se realiza principalmente por la apariencia de las lesiones en la piel, y no es necesario realizar un examen histológico. Sin embargo, en la histopatología se observa parakeratosis focal, espongirosis y acantosis en la epidermis, así como eritrocitos extravasados acompañados de un infiltrado perivasculare de linfocitos, monocitos y eosinófilos en la dermis.

En 2000, Kosuge y cols. compararon la prevalencia de VHH-6 y VHH-7 en pacientes con PR y otros trastornos cutáneos, encontrando que no había diferencia en la prevalencia en las células mononucleares de sangre periférica. Sin embargo, la elevación serológica de los títulos de VHH-6 y VHH-7 se observó en algunos pacientes con infección aguda. Concluyeron que tanto el VHH-6 como el VHH-7 pueden determinarse en algunos pacientes con PR, pero que deben existir otros agentes causales. También mencionaron que las diferencias en el tiempo de recogida de las muestras podrían explicar los distintos resultados y que muchos agentes causales podrían determinar el mismo exantema.

Por otro lado, Drago y cols. en el *British Journal of Dermatology* de 2001, argumentaron que la dificultad de implicar a los VHH se debe a su capacidad para determinar una infección latente, lo que limita la utilidad de los resultados negativos de los tests. Indicaron que el VHH podría estar implicado, pero que es complicado demostrarlo sin evidencia de replicación viral. (6) Pitiriasis rosada y vacunación contra COVID-19: Se ha reportado la asociación temporal entre la vacunación con Pfyzer y Oxford AstraZeneca contra la COVID-19 y el desarrollo de pitiriasis rosea (PR). En un caso clínico reportado el paciente presentó síntomas clínicos y los hallazgos histopatológicos consistentes con PR, y la coincidencia temporal con la vacunación sugiere que ésta pudo haber desencadenado el desarrollo de la enfermedad. Aunque la PR suele presentarse espontáneamente, en este caso la vacunación parece ser la causa más probable, ya que ni la edad del paciente ni la época del año eran típicas de la enfermedad. Se plantea la posibilidad de que la vacunación haya alterado la inmunidad del paciente, lo que a su vez pudo haber provocado la reactivación endógena de HHV-6 o HHV-7, desencadenando la erupción cutánea. También se sugiere que la vacuna Pfyzer contra la COVID-19, al igual que la infección por el virus, podría haber desencadenado la PR. (7)

▫ SINDROME DE GIANOTTI-CROSTI :

Es un exantema viral distintivo de la infancia. El síndrome de Gianotti-Crosti (SGC), actualmente utilizada para describir a todas aquellas dermatosis eruptivas acrales, es decir, relativo a las extremidades, que se caracterizan por pápulas o lesiones papulovesiculares causadas por diferentes virus, con un curso benigno y autolimitado a varias semanas. (5) La hepatitis B y el virus de Epstein-Barr son las etiologías más frecuentemente reportadas. Otros virus incriminados son la hepatitis A, hepatitis no A-no B, citomegalovirus, coxsackie, adenovirus, enterovirus, rotavirus, rubéola, VIH y parainfluenza, aunque también se ha aislado el estreptococo B hemolítico del grupo A. Cabe mencionar su estrecha relación con la vacuna del sarampión, rubeola y parotiditis y con la de difteria, tetano, polio virus y tos ferina así como también con la vacunación concomitante de sarampión y hepatitis b. (5) El examen histopatológico revela acantocitosis, hiperqueratosis y parakeratosis focal. Las erupciones típicas son lesiones monomorfas, planas, del tamaño de una lenteja, distribuidas simétricamente en la cara, glúteos y extremidades. Las pápulas pueden fusionarse en parches. Las lesiones suelen comenzar en los muslos y glúteos, luego se extienden a los aspectos extensores de los brazos y finalmente afectan la cara. Afecta palmas y plantas de los pies, y aunque ocasionalmente puede aparecer lesión en la parte superior del tronco, suele respetar esta parte del cuerpo.

No suelen existir síntomas generales asociados, aunque en algunos casos puede existir el antecedente previo de un proceso respiratorio de vías altas. Ocasionalmente, se acompaña de febrícula, astenia, micropoliadenopatías (habitualmente axilares o inguinales) que pueden permanecer hasta 2 o 3 meses, hepato-esplenomegalia y excepcionalmente diarreas. La hepatomegalia suele no aparecer cuando se trata de una etiología viral distinta a la de la hepatitis B y ocasionalmente puede ir acompañada de una alteración en la función hepática sin alteración de la bilirrubina que puede persistir por 1 a 3 meses.

Las lesiones suelen resolverse de forma espontánea tras un período de variable de 2 a 8 semanas (habitualmente 15-20 días). (5)

El diagnóstico diferencial incluye púrpura de Henoch-Schönlein, eritema multiforme, enfermedad mano-pieboca, liquen plano, pitiriasis rosada y escabiosis. Los hallazgos de laboratorio no son consistentes y el diagnóstico es clínico (8).

En cuanto al tratamiento, al ser un cuadro autoinvolutivo no es necesaria ninguna terapéutica específica, aunque podría reducirse a abordar la sintomatología, con antihistamínicos si existiera prurito, que no es lo más frecuente. Se mostro una respuesta favorable con la utilización de cremas emolientes, por otro lado la utilización de corticoides no parece haber provocado cambios en el curso la erupción.

□ DERMATOSIS PAPULAR PURPÚRICA EN GUANTES Y CALCETÍN:

Es un exantema poco frecuente, distintivo e inicialmente descrito en 1990 por Harms, Feldmann y Saurat. En 1991 se sugirió al parvovirus B19 como agente causal. Este hallazgo fue posteriormente confirmado, en 1992 por Halasz y cols. y por Smith y cols. en 1997, mediante la demostración de anticuerpos. (5) También se ha asociado con otras infecciones como CMV, virus Coxsackie B6, EBV, VHB, HHV-6, VIH, virus del sarampión y virus de la rubéola. También se han informado coinfecciones de HHV-6 y B19V, así como HHV-7 y B19V, aunque en estudio de sangre periférica y en las muestras de material cutáneo por PCR únicamente se haya podido aislar al parvovirus B 19. A propósito de un caso reportado en un hombre de edad adulta, 32 años cabe la mención de su hallazgo en asociación con el virus de la influenza, en un paciente sin antecedentes patológicos significativos, tratamientos con drogas, ni inmunidepresión (9)

Recientemente, Van Rooijen y cols. publican un caso de SGYC que apareció tras la toma de trimetropínsulfametoxazol. El paciente desarrolló nuevamente síntomas idénticos tras reintroducir la droga. Este hecho sugiere que el SGYC es una manifestación de un mecanismo inmunológico subyacente, que puede ser inducido por virus o por drogas relacionadas antigénicamente. (5)

La mayoría de los pacientes son adultos o jóvenes adultos, y no hay una preponderancia sexual. La edad y el sexo ofrecen poco peso para clasificar el PPGSS como un exantema viral. (2) con lo cual no se menciona explícitamente la infectividad de los pacientes con PPGSS relacionada con la infección por B19V al erupcionar el sarpullido en algunos artículos analizados. Si bien durante la erupción del parvovirus B19 la enfermedad ya no se considera transmisible, durante el SGYC, la respuesta inmune frente a parvovirus B19 ocurre tardíamente, tras el inicio de la erupción cutánea. Por tanto, los pacientes con signos clínicos de SGYC secundario a parvovirus B19 son potencialmente infecciosos, aspecto que resulta de sustancial interés frente a la posibilidad de contacto con embarazadas seronegativas, en cuyo embarazo puede provocar hydrops fetal o muerte fetal, o con individuos inmunodeprimidos.

Es una erupción con unan clínica altamente evidente para su diagnóstico clínico, caracterizándose porque solo acontece en manos, muñecas, pies y tobillos, pudiendo distribuirse de manera muy poco frecuente hacia la cara, el tronco o los glúteos. La erupción puede ser pruriginosa y ocasionalmente dolorosa, acompañado de mialgias, artralgias, linfadenopatías, anorexia y fatiga. Puede encontrarse trombopenia y leucopenia. El edema y eritema simétrico de las manos y los pies progresa hasta máculas purpúricas y petequiales, pápulas y parches que acaban resolviendo con una fina descamación a lo largo de aproximadamente dos semanas. El tratamiento es sintomático con cremas hidratantes y antihistamínicos orales si son necesarios.

□ PSEUDOANGIOMATOSIS ERUPTIVA:

La pseudoangiomatosis eruptiva se caracteriza por la aparición de pequeñas pápulas de color rojo brillante, que recuerdan a los angiomas, rodeadas de un halo pálido característico, que blanquean a la diascopia y que se resuelven de forma espontánea (9) en 1 a 8 semanas. es un proceso poco frecuente, descrito por Cherry en 19691 , aunque el término fue acuñado por Prose en 1993.

Se creía que los pacientes iniciales con EP eran causados por una infección por echovirus. Los hallazgos de laboratorio posteriores fueron equívocos. No se ha encontrado una causa microbiológica

única, lo cual se confirma por el amplio rango de edades involucradas, abarcando desde neonatos, infantes, niños, adultos y hasta personas mayores. En resultados de laboratorio posteriores se informó que algunos pacientes con EP estaban asociados con infecciones con echovirus y CMV. Sin embargo la mayoría de los pacientes no tenían una etiología infecciosa confirmada. Se pudo corroborar también su relación con la picadura de ciertos insectos así como también estados de inmunosupresión, como por ejemplo después de los trasplantes renales, con el pénfigo vulgar tratado con corticoides y quimioterapia por linfoma de Hodking. Por lo tanto, se cree que la evidencia epidemiológica actual es insuficiente para corroborar o refutar una causa infecciosa. Aunque las lesiones monomorfas y blanqueables son altamente características. A propósito de un caso clínico se pudo hallar en la biopsia un ligero edema dérmico y un discreto infiltrado linfocitario, perivascular en la dermis superficial y media; los vasos de la dermis superficial estaban dilatados, congestivos, sin extravasación eritrocitaria, proliferación capilar ni vasculitis con el resto de las determinaciones en el hemograma normales(9)

La EP podría ser la vía final común para múltiples orígenes no relacionados, con características inmunopatológicas, histopatológicas y clínicas muy similares. (2)

□ HIPOMELANOSIS ERUPTIVA:

HE es un nuevo exantema paraviral. La mayoría de los pacientes reportados son niños pequeños menores de seis años. Después de una etapa de síntomas prodrómicos, aparecen pápulas hipopigmentadas monomorfas de alrededor de 3-5 mm principalmente en las superficies extensoras de las extremidades. Las complicaciones sistémicas, incluyendo faringitis y linfadenitis, son comunes.(2)

Probablemente sea causada por una infección viral debido a una fase prodrómica de catarro de 1 a 2 semanas antes del inicio de la erupción, la naturaleza eruptiva con sucesivas oleadas de lesiones, el tamaño bastante uniforme de las lesiones, resolución espontánea sin intervención activa y la edad relativamente joven de los niños afectados, lo que indica una infección primaria en lugar de la reactivación endógena de un virus. Creemos que se trata de un exantema paraviral, lo que significa que todavía no se ha identificado una única etiología viral. (10)

Se consideraron los diagnósticos diferenciales tales como pitiriasis versicolor, pitiriasis alba, hipomelanosis macular progresiva e hipopigmentación post-inflamatoria. Sin embargo, ninguno de estos diagnósticos fue respaldado por las investigaciones y observaciones clínicas. El inicio como máculas hipopigmentadas sin inflamación previa niega la probabilidad de hipopigmentación postinflamatoria. La hipomelanosis macular progresiva también era poco probable debido al corto curso de la enfermedad.(10)

	EDAD	SEXO	LOCALIZACION	CARACTERISTICAS DEL EXANTEMA
EPL	a niños de 2 a 7 años, aunque también se ha visto en bebés hasta de 4 meses de edad(11)	Sin predilección por sexo(11)	aparece en el tronco y se extiende hacia la axila; menos frecuentemente a la región inguinal o a una extremidad en la cual suele limitarse al tercio proximal	eritema macular que progresa a pápulas eritematosas de 0.5cm de diámetro con tendencia a la convergencia que resuelve en aproximadamente dos semanas
PRG	Desde bebés hasta ancianos, pero la mayoría entre los	Preponderancia hombre-mujer de (1:1.39)	suelen comenzar en los muslos y glúteos, luego se	Mancha heráldica que muestra escamas

	10 y los 35 años de edad		extienden a los aspectos extensores de los brazos y finalmente afectan la cara.	periféricas en forma de collar
S G-C	La mayoría de los pacientes antes de los 4 años.	En pediátricos sin preponderancia sexual. En adultos hay un predominio marginal de mujeres	Erupción acral, relativo a las extremidades y finalmente la cara.	Lesiones monomorfas planas, del tamaño de una lenteja
DPPGYC	Puede aparecer en cualquier edad sobre todo adultos y adultos jóvenes.	no hay una preponderancia sexual	Circunscrito a manos, muñecas, pies y tobillos	El edema y eritema simétrico de las manos y los pies progresa hastamáculas purpúricas y petequiales, pápulas y parches que acaban resolviendo con una fina descamación
PE	Desde neonatos hasta adultos mayores	Sin preponderancia sexual	Sobre todo extremidades superiores	pequeñas pápulas de color rojo brillante, que recuerdan a los angiomas, rodeadas de un halo pálido característico, que blanquean a la diascopia
HE	La edad promedio fue de 4.57 años (desviación estándar: 2.25 años)	Sin distribución estadísticamente significativa	superficies extensoras de las extremidades	aparecen pápulas hipopigmentadas monomorfas de alrededor de 3-5 mm principalmente en las superficies extensoras de las extremidades

*EPL: exantema periflexural laterotorácico; PRG: pitiriasis rosada de Gilbert; S C-G: síndrome de GianottiCrosti; DPPGYC: dermatosis papular purpúrica en guantes y calcetines; PE: pseudoangiomatosis eruptiva; HE: hipomelanosis eruptiva.

CONCLUSION

La década del 90 significó un momento de avance significativo en la descripción de nuevos exantemas en pediatría a lo largo de todo el mundo, gracias a un exhaustivo enfoque epidemiológico acompañado de múltiples investigaciones referidas a enfermedades de la piel virales, enfermedades virales sistémicas, enfermedades de la piel no virales y enfermedades sistémicas no virales. Esto ha permitido diversificar y dar claridad etiológica a los distintos tipos de exantemas en congruencia con los contextos clínicos de cada cuadro. Aunque a pesar de haber logrado un acercamiento estrecho hacia el conocimiento, aun no resulta totalmente clara la naturaleza etiológica específica de cada uno de ellos.

Si se sabe que son cuadros que resultan de resolución espontánea sin ninguna intervención activa sobre ellos, y que en su mayoría no representan un problema grave para la salud de los niños quienes de hecho lo cursan de manera asintomática sin cambios significativos en su estado de ánimo y en su laboratorio de sangre y orina. A pesar de todas las divisiones topográficas teóricas establecidas y sus características macroscópicas, nunca va a ser fácil al clínico establecer el diagnóstico de una enfermedad que cursa con exantema. Sólo el saber integrar todas las manifestaciones y la experiencia van a favorecer el establecimiento del mismo. Además, en este artículo se relaciona con la naturaleza inherente de los enfoques epidemiológicos. Las infecciones virales múltiples y las interacciones virusvirus podrían hacer que los métodos epidemiológicos sean esfuerzos inútiles para confirmar o refutar etiologías para alguno o todos estos exantemas.

REFERENCIAS

1. Rico JCS, Hinojal MCT. Diagnóstico diferencial de los exantemas.
2. Chuh A, Zawar V, Sciallis GF, Kempf W, Lee A. Pityriasis rosea, Gianotti-Crosti syndrome, asymmetric periflexural exanthem, papularpurpuric gloves and socks syndrome, eruptive pseudoangiomatosis, and eruptive hypomelanosis: do their epidemiological data substantiate infectious etiologies? *Infectious Disease Reports*. 21 de marzo de 2016;8(1):6418.
3. Martínez AR. Diagnóstico Diferencial de Los Exantemas en La Infancia [Internet]. [citado 30 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/54818417/Diagnostico-diferencial-de-los-exantemas-en-lainfancia>
4. Valencia-Herrera A, Ganoza-Granados L, Camargo-Sánchez K, Chirino-Barceló YA, Toledo-Bahena M. Asymmetrical Periflexural Exanthem Associated with SARS-CoV-2 Infection in a Paediatric Patient. *Acta Derm Venereol*. 4 de enero de 2023;103:adv00839.
5. Gutiérrez MG, Giménez JCM. Exantemas virales en la infancia.
6. Drago F, Ciccarese G, Rebora A, Broccolo F, Parodi A. Pityriasis Rosea: A Comprehensive Classification. *Dermatology*. 2016;232(4):431-7.
7. Cohen OG, Clark AK, Milbar H, Tarlow M. Pityriasis rosea after administration of PfizerBioNTech COVID-19 vaccine. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2 de noviembre de 2021;17(11):4097-8.
8. síndrome de gianotti-crosti.pdf.
9. Romero A, Martín L, Hernández-Núñez A, Arias D, Castaño E, Borbujo J. Pseudoangiomatosis eruptiva. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. marzo de 2007;98(2):138-9.
10. Eruptive hypomelanosis in a child, a new viral exanthem.pdf.
11. exantema laterotoraxico periflexural.pdf.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.