



TALLER DE DERMATOLOGÍA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Paula Serrano Acebes
Elisa García García
Laura Calle Miguel

Hospital de Cabueñes (Gijón)

DEFINICIÓN:

- **Exantema:** Manifestación cutánea de una enfermedad sistémica. Más frecuente en niños por su origen vírico.
 - puede causar alarma familiar.
 - la mayoría autolimitados.
 - muchos sólo requerirán tranquilizar a la familia y tratamiento sintomático si lo precisase.



EPIDEMIOLOGÍA:

- **Frecuente motivo de consulta en la urgencia pediátrica**
- Los procesos más frecuentes son:
 - **infecciones/ infestaciones.**
 - **dermatitis atópica**
- El grupo de edad que más consulta:
Menores de un año.



VALORACIÓN LESIÓN CUTÁNEA:

- **Inspección ocular** → primera exploración.
- **Valorar sistemáticamente:**
 - Morfología de la erupción
 - Distribución
 - Forma
 - Características físicas
 - Color
- Preguntar por **estado previo del niño** a la aparición del exantema, antecedentes personales, familiares...



CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA

○ Exantemas maculo-papulares:

- Mácula: no sobreelevada al tacto
- Pápula: sobreelevada, sin contenido



○ Eritrodermia difusa

○ Exantema vesicular-pustuloso:

- Vesículas: contenido claro (<1cm)
- Ampolla (flictena, bulla): contenido claro (>1cm)
- Pústulas: contenido purulento



○ Exantema urticariforme

- Habón

○ Exantema petequeial-purpúrico:

Extravasaciones sanguíneas subcutáneas → no desaparecen a la presión

- Petequias: < 2 mm
- Púrpura: > 2 mm



CASO CLÍNICO N° 1

Una madre acude con su hijo de 8 meses porque tiene tos y mocos desde hace dos días y, ya que ha venido, nos comenta que la cara, los brazos, y a veces el tronco se le ponen rojos y parece que está molesto, como si le picara. Además al tacto la piel es áspera en esas zonas.





¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Dermatitis seborreica

Reacción alérgica

Dermatitis atópica

No tengo ni idea. Soluciono el catarro y que lo vea el dermatólogo





Placas eritematosas, edematosas exudativas con costra que respetan el triángulo nasolabial

DERMATITIS ATÓPICA

- Muy frecuente: Afecta al **5-10%** de los niños.
- **Fase del lactante:**
 - 5 meses de vida.
 - Localización: cara, respetando triángulo nasolabial.
 - Muy pruriginoso.
- **Fase Infantil:**
 - 2 - 7 años
 - Localización: flexuras.
 - Eccema con lesiones de excoriación.



DERMATITIS ATÓPICA

- **Diagnóstico diferencial:** Dermatitis seborreica.
- **Tratamiento:**
 - Medidas generales: higiene habitual, crema emoliente, evitar prurito.
 - Terapéutica tópica:
 - corticoides tópicos, potencia baja/media.
 - Antibióticos si lesiones sobreinfectadas.



CASO CLÍNICO N° 2

Un bebé de un mes acude con su padre porque en los últimos días presenta diarrea. Además nos comenta que le salen costras sobre todo en la cabeza, frente y cejas. A la exploración presenta además una zona eritematosa en el área del pañal.







¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

- Dermatitis seborreica
- Candidiasis del pañal y caspa
- Dermatitis atópica
- Eritema perianal estreptocócico





Placas eritematosas, bien definidas que se cubren de descamación amarillenta de aspecto graso

Eritema del pañal afectando a región inguinal y genitales externos



DERMATITIS SEBORREICA

- Frecuente: **11%** de los niños.
- **Localizaciones clásicas:** Cuero cabelludo, frente, pabellón auricular, pliegue retroauricular y nasogeniano, párpados, cuello y área del pañal.
- **Diagnóstico diferencial:** dermatitis atópica
 - Más precoz (2^a - 8^a semanas de vida).
 - Afectación del área del pañal.
 - No respeta surco nasolabial.
 - No pruriginosa.



DERMATITIS SEBORREICA

○ **Tratamiento:**

- No se debe ser agresivo con el tratamiento.
- Corticoides tópicos de potencia intermedia durante pocos días → respuesta terapéutica rápida (3 - 4 días).
- Cuero cabelludo: champú antifúngico.



CASO CLÍNICO N°3

Niña de 5 años que acude por aparición de unas lesiones en la boca que son levemente dolorosas, febrícula desde hace seis días y en las últimas 24 horas también granos en pies y manos.

Hermano mayor con varicela diagnosticada la semana previa.








¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO Y ACTITUD?

 Varicela. Tratamiento sintomático

 Enfermedad mano-pie-boca. Tratamiento sintomático

 Varicela. Dado que es segundo contacto en la familia trato con aciclovir oral

 Eccema herpético. Aciclovir oral



ENFERMEDAD MANO-BOCA-PIE:

- **Causa:** Enterovirus → Coxsackie A16
- **Clínica:** Cuadro febril de 1-2 días de evolución con posterior aparición de un exantema papulovesicular en mucosa oral, manos, pies y en ocasiones también en nalgas. No siempre tiene una distribución completa.
- **Tratamiento:** sintomático.







CASO CLÍNICO N°4

Niño de 18 meses que acude con su abuela, que está muy preocupada porque hoy le han aparecido unas manchitas en el tronco. Ha pasado los tres días previos con fiebre sin foco que hoy ha desaparecido.





¿ QUÉ HARÍAS?

-  Sospecho una escarlatina. Solicito test rápido de estreptococo grupo A en orofaringe
-  Impresiona de exantema vírico, lo confirmo con exudado nasofaríngeo.
-  Sepsis meningocócica. Hemograma, bioquímica y coagulación y hemocultivo
-  No precisa pruebas complementarias



EXANTEMA SÚBITO

- **Causa:** Herpes virus 6 y 7.
- **Clínica:** Buen estado general. Fiebre 3 - 5 días que desaparece previamente al exantema.
Máculas rosadas que blanquean y comienzan en tronco y cuello para extenderse a cara y abdomen.
No pruriginosas.
- **Tratamiento:** sintomático.



CASO CLÍNICO N° 5

Niño de 6 años.

AP: varicela a los 11 meses de edad.

EA: lesiones vesiculosas en lado derecho de la cara de 24 horas de evolución (pápulas sobre base eritematosa con rápida progresión a pequeñas vesículas agrupadas).





Afebril. Molestias (dolor y leve prurito) en la zona el día previo.





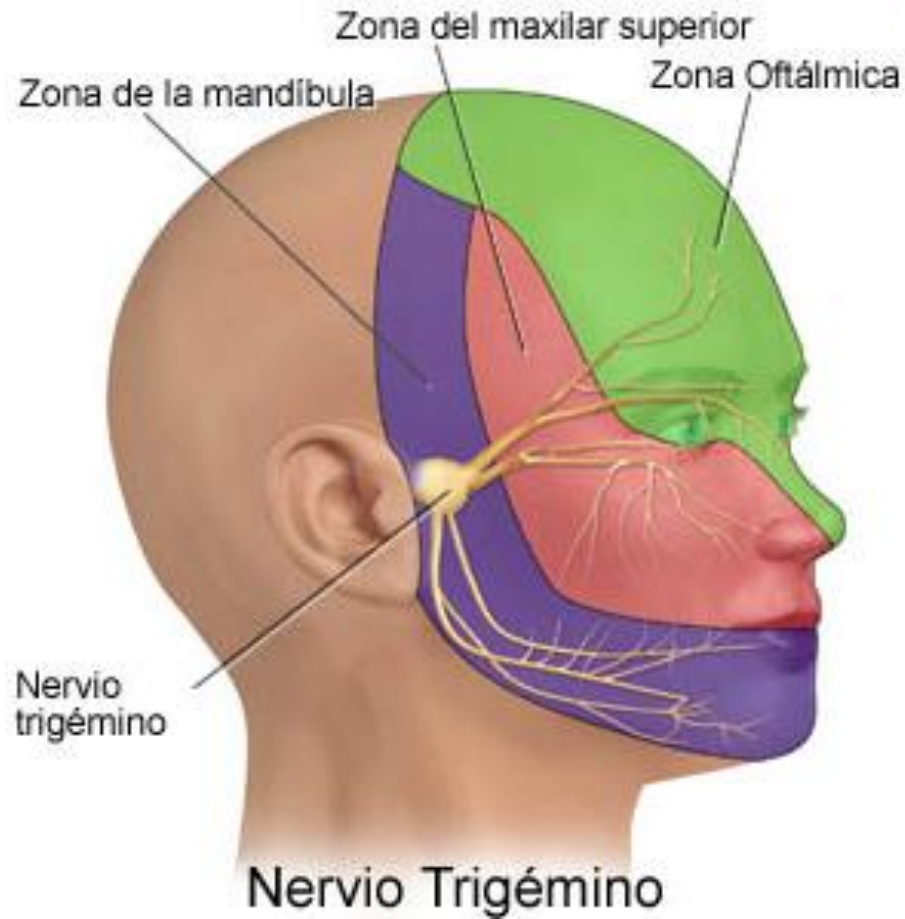
¿CUÁL ES TU IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA?

¿SOLICITARÍAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS?

-  Tiene vesículas pequeñas, con costra melicérica → Impétigo. No pruebas complementarias
-  Lesiones vesiculosas en zona de distribución de nervio sensitivo → Herpes zóster. Ya que es muy infrecuente en la población pediátrica, solicito analítica y estudio de inmunidad
-  Herpes zóster. No precisa pruebas complementarias
-  Impresionan de eccema de dermatitis atópica



NERVIO TRIGÉMINO



¿TRATAMIENTO?

- Es un paciente inmunocompetente: observación y tratamiento sintomático
- Aciclovir tópico: disminuye la aparición de lesiones vesiculosas
- Aciclovir oral siempre que se inicie en las primeras 72 horas del cuadro
- El zóster es infrecuente en la edad pediátrica: aciclovir intravenoso para disminuir el riesgo de diseminación visceral



HERPES ZÓSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE


- El beneficio del tratamiento no está claro.
- Disminuye la incidencia y duración de la neuralgia postherpética (excepcional en pediatría).
- Riesgo de efectos secundarios es muy bajo.
- Si se inicia en las primeras 72 horas: Aciclovir vo: 80 mg/kg/día, en 4 dosis (máx 800 mg/dosis), 5 días.



Y EN ESTE PACIENTE....



¿QUÉ HACEMOS?

 Observación y tratamiento sintomático.
Opción de aciclovir oral si se inicia en las primeras 72 horas del cuadro

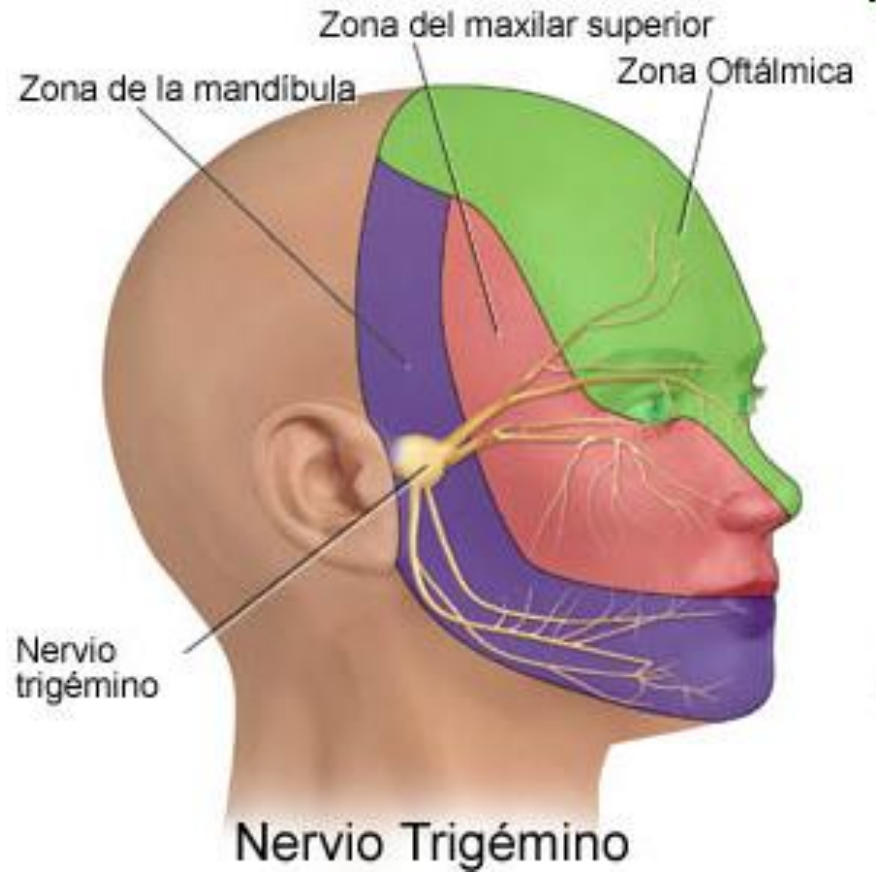
 Aciclovir tópico

 Aciclovir oral

 Aciclovir intravenoso



NERVIO TRIGÉMINO



HERPES OFTÁLMICO

- Si está involucrada la rama oftálmica (V_1) del trigémino, puede producir **herpes oftálmico**.
- Complicación grave, secuelas visuales.
- La rama nasociliar depende de V_1 : observar siempre punta de la nariz y fosa nasal (*Signo de Hutchinson*).
- Indicación de Aciclovir oral.



INDICACIONES ACICLOVIR ORAL

- Herpes oftálmico
- Zóster que cursa con importante dolor




¿Y EN ESTE PACIENTE....?

Niño con lesiones vesiculosas en cara anterior de tórax y cara interna de brazo derecho (C8-T1) + vesículas dispersas (en número de 10) en espalda (T3).



¿QUÉ HACEMOS EN ESTE PACIENTE?

 Observación y tratamiento sintomático.
Opción de aciclovir oral si se inicia en las primeras 72 horas del cuadro

 Aciclovir tópico

 Aciclovir oral

 Aciclovir intravenoso



- 17-35% de pacientes inmunocompetentes con zóster presentan vesículas aberrantes a distancia del dermatoma afectado.
- Se acepta hasta 25 lesiones.
- No implica peor evolución ni distinta actitud terapéutica.
- ZÓSTER DISEMINADO:
 - Afecta a más de tres dermatomas
 - Más de 25 lesiones aberrantes



ACICLOVIR IV

- Infección por VIH
- Pacientes oncológicos
- Inmunodeficiencias congénitas (L_T)
- Niños que reciben tratamiento inmunosupresor o corticoides a dosis altas
- Herpes zóster diseminado (más de tres dermatomas contiguos)

Objetivo: disminuir el riesgo de diseminación visceral

Lo más precoz posible (<24 horas del inicio de las lesiones)

CASO CLÍNICO N°6

Niña de seis años con síntomas catarrales y fiebre de 38.5°C de cuatro días de evolución con exantema en la cara, sobretodo en las mejillas que ha aparecido hoy.



¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Megaloeritema

Exantema súbito

Lupus eritematoso sistémico

Exantema fotoalérgico



MEGALOERITEMA

- **Causa:** Parvovirus B19.
- **Clínica:**
 - Síntomas catarrales con los que inicia la fase exantemática: enrojecimiento de mejillas con un exantema que se extiende con lesiones reticulares en brazos y nalgas.
 - Otras formas: petequias generalizadas, síndrome de guante y calcetín
- **Complicaciones:** Artralgias, artritis y crisis aplásicas.
- **Tratamiento:** sintomático.



CASO CLÍNICO N°7

Niño de 3 años que acude acompañado por su madre porque desde hace unos días y habiendo tenido previamente un herpes labial ahora tiene unas costras amarillentas alrededor de la nariz y la boca sin fiebre ni otros síntomas acompañantes.





¿SOLICITARÍAS ALGUNA PRUEBA COMPLEMENTARIA EN URGENCIAS?

 PCR de VHS-1 en las lesiones vesiculosas

 Es un diagnóstico clínico

 Cultivo de las lesiones para confirmar sobreinfección bacteriana

 Cultivo de la lesión y hemocultivo



¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

- Es un impétigo, ingreso y antibiótico de amplio espectro intravenoso debido al aumento de SARM adquirido en la comunidad
- Herpes diseminado, precisa aciclovir intravenoso
- Impétigo, tratamiento inicial con antibioterapia tópica y/o vía oral según extensión
- Aciclovir oral y antibiótico oral





Costras amarillentas exudativas: costra melicérica

¿Y EN ESTE PACIENTE?

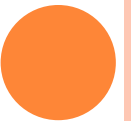
Neonato de 15 días de vida, que acude a Urgencias de Pediatría por lesiones ampollosas en el pie izquierdo.

Embarazo y parto normal. Prueba de detección de metabolopatías en talón realizadas (pendiente de resultado).

Antecedentes familiares sin interés.

Afebril. Buen estado general. No rechazo de la ingesta.





¿EN QUE ESTÁS PENSANDO?

- Epidermolisis bullosa. Interconsulta a Dermatología
- Impétigo ampolloso localizado. Antibioterapia tópica
- Impétigo ampolloso. Hemograma, bioquímica, RFA, hemocultivo. En función de resultados, considerar ingreso para antibioterapia intravenosa
- Impétigo ampolloso. Hemograma, bioquímica, RFA, hemocultivo. Antibioterapia intravenosa



IMPÉTIGO

- Infección bacteriana cutánea superficial.
- **Clínica:**
 - No ampolloso: Vesículas, pústulas que se transforman en costra melicérica. Es el más frecuente (70%). Causado por S.pyogenes y/o S. aureus.
 - Ampolloso: S. aureus (toxina epidermolítica A y B). Niños más pequeños. Causa ampollas que se rompen, sobre todo en extremidades. Menos frecuente y más grave.
- En los últimos años, aumento de las infecciones por SARM-AC como importante causa de infección de piel y tejidos blandos, en pacientes sin factores de riesgo.

TRATAMIENTO

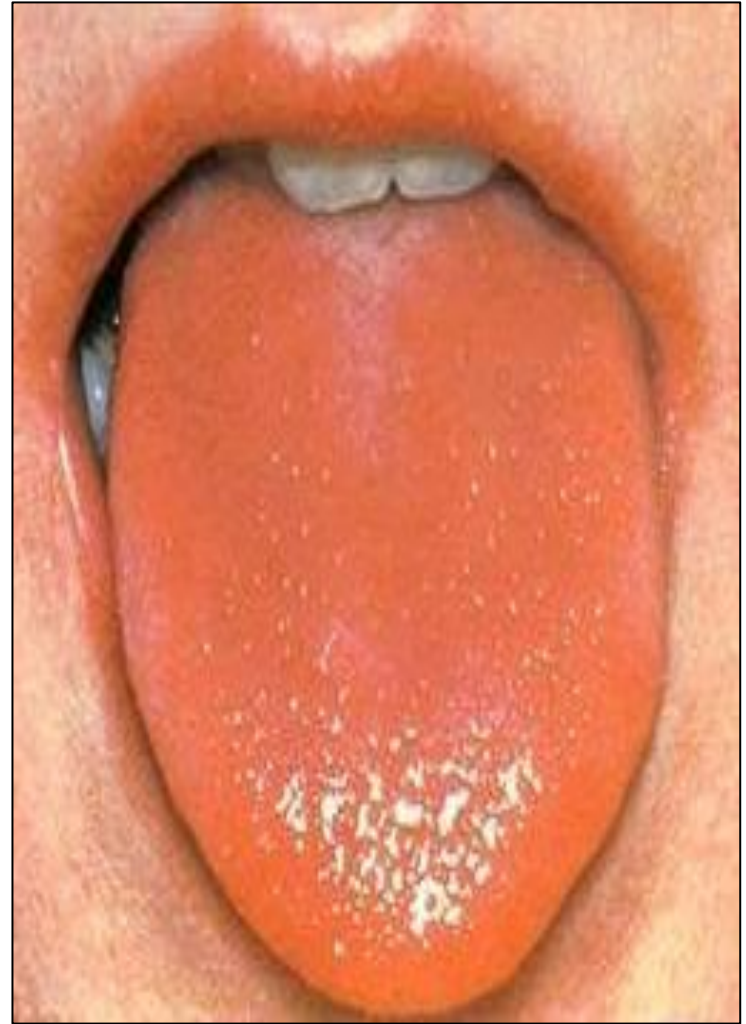
- Medidas generales: lavado de manos, evitar contacto y rascado.
- F. Leves localizadas: tratamiento tópico (ácido fusídico, mupirocina) 3v/día durante 5-7 días.
 - Buena respuesta de SARM-AC a mupirocina.
- Si extensión a zonas alrededor de nariz/boca considerar antibiótico sistémico (Amoxicilina-clavulánico, Cefadroxilo) 7-10 días
 - Si no respuesta en 48 horas: Sospechar SARM: TMP-SMX vo / Clindamicina vo → Vancomicina iv, linezolid iv.
- Ingreso y antibioterapia iv:
 - Casos graves: afectación del estado general, sepsis...
 - Pacientes neonatales



CASO CLÍNICO N°8

Niña de 6 años que acude con odinofagia y fiebre de 39°C. A la exploración física la orofaringe aparece hiperémica con enantema. Además exantema puntiforme en ingles y abdomen.





¿CUÁL ES SU TRATAMIENTO?

Tratamiento sintomático

Penicilina V oral

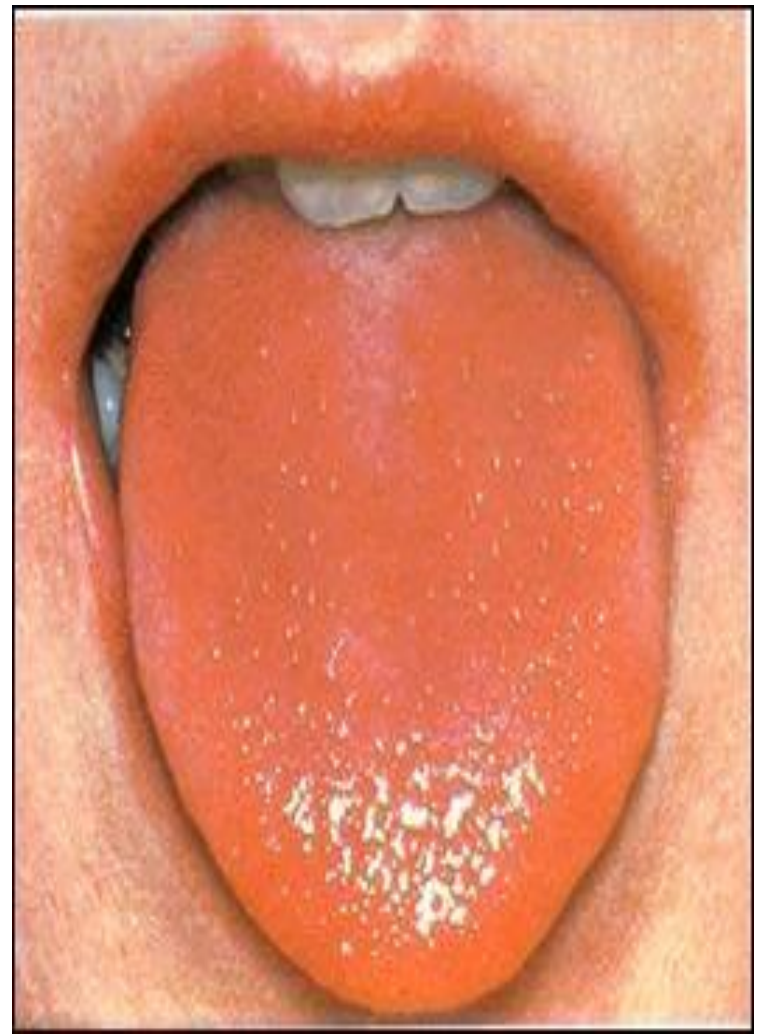
Amoxicilina oral

Opciones 2 y 3 son correctas





**Exantema micropapular,
como “lija”**



Lengua aframbuesada

ESCARLATINA

- **Causa:** Estreptococo B-hemolítico grupo A.
- **Clínica:**
 - Odinofagia, fiebre, cefalea, dolor abdominal.
 - Exantema: Pápulas eritematosas puntiformes ásperas al tacto de inicio en cara, cuello y parte superior del tronco generalizándose después.
 - Se acentúa en pliegues (líneas de Pastia) y palidez perioral (triángulo de Filatov).
 - Lengua aframbuesada.
 - Descamación descendente tras 7-10 días.
- **Tratamiento:** Penicilina / Amoxicilina.



ERITEMA PERIANAL ESTREPTOCÓCICO

- Dermatitis perianal, con eritema de bordes bien definidos, tono e intensidad variables.
- Prurito perianal.
- Dolor rectal con la defecación.
- Estreptococo B-hemolítico.
- Tratamiento con antibiótico +/- tratamiento tópico.



a)



CASO CLÍNICO N°9

Niña de 4 meses que viene traída por su padre porque al ir a cambiarle el pañal le ha visto que tenía la zona muy eritematosa y además al limpiarle la niña se queja y retira el culete.



¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

 Dermatitis seborreica. Corticoides tópicos

 Candidiasis del pañal. Antifúngico tópico

 Eritema perianal estreptocócico. Penicilina oral

 Dermatitis atópica. Emolientes





**Placas bien delimitadas de rojo intenso con
lesiones satélites**

CANDIDIASIS DEL PAÑAL:

- **Causa:** Candida albicans.
- **Clínica:**
 - Afección sintomática, erosiva con participación más intensa en los pliegues
 - Erupción de color rojo vivo con bordes nítidos y elevados.
 - Lesiones puntiformes pústulo-vesiculosas en periferia (lesiones satélite)
- **Tratamiento:** Antifúngicos tópicos.



CASO CLÍNICO N°10

Niño de 13 meses que acude con su madre porque en las últimas 12 horas le han salido unas manchas sobreelevadas que cambian de localización, aparecen y desaparecen. Muy pruriginosas.





¿CUÁL ES TU ACTITUD?

- Urticaria aguda. Investigación exhaustiva de todos los alimentos que ha ingerido en las últimas horas y restricción de aquéllos con potencial alergénico
- Urticaria aguda. Son lesiones muy extensas y muy pruriginosas, precisa corticoide oral
- Síndrome de Steven-Johnson. Ingreso y estudio de posibles infecciones relacionadas
- Urticaria aguda. Tranquilizo a los padres, antihistamínicos orales para el control del picor





Habones eritematosos, circunscritos, anulares que blanquean a la presión

URTICARIA:

- Es muy frecuente (10-20%)
- **Etiología:** difícil identificar la causa, lo más frecuente es secundaria a procesos víricos, también por fármacos, alimentos, insectos...
- **Clasificación:**
 - Aguda
 - Crónica: duración de más de 6 semanas. Sólo se identifica la causa en el 20% de casos
- **Clínica:** La lesión clásica es el habón, mácula sobreelevada policíclica que cambia de localización. Muy pruriginoso.
- **Tratamiento:**
 - Evitar contacto o ingesta si conocemos la causa.
 - Antihistamínicos v.o. en casos leves-moderados (no interfiere en la evolución del exantema)



CASO CLÍNICO N°11

Niña de 3 años que presenta lesiones de un mes de evolución. Etiquetado por su pediatra de exantema vírico. No otros casos en contactos próximos. No fiebre, ni prurito, ni dolor actualmente.








¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

 Púrpura de Schölein-Henoch

 Exantema inespecífico

 Síndrome de Gianotti-Crosti

 Esto si que es raro. Vamos a llamar a dermatología



SÍNDROME DE GIANOTTI-CROSTI

- Sd. Gianotti-Crosti/ Acrodermatitis papulosa infantil
- Etiología: VHB, CMV, VEB, Coxackie
- Erupción papulosa en zonas acras de forma simétrica. Pueden confluir y dar placas de aspecto purpúrico.
- Aspecto liquenoide.
- Lesiones de largo tiempo de evolución.
- Tto. Sintomático. Antihistamínicos si prurito.



PÚRPURA

- Trastorno in
- Etiología de bacterianos
- Clínica:
 - Pápulas-p
 - simétrica,
 - Edema sul
 - Artralgias/s
 - Dolor abdo
 - Afectación



DCH

tica

es patógenos

ida, distribución



PSH: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

- Diagnóstico:
 - Eminentemente clínico
 - Hemograma, bioquímica: no específicas
 - En Urgencias: TA, sistemático orina (proteinuria)
- Diagnóstico diferencial: PTI, sepsis meningocócica, Gianotti-Crosti...
- Corticoides si dolor abdominal intenso



CASO CLÍNICO N° 12

Niño de 11 años, que presenta lesiones orales vesiculosas dolorosas, ligero edema en hemicara derecha y fiebre de 38°C.

Afectación del estado general

Una semana antes: dolores articulares y febrícula tratada con ibuprofeno oral.





Dos días
después...



¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

 Síndrome del shock tóxico estafilocócico

 Enfermedad de Kawasaki

 Síndrome de Stevens – Johnson

 Primoinfección por VHS



SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON

- Reacción de hipersensibilidad de tipo IV cutánea
- Grave y rara (3-7 casos por millón por año)
- Alta mortalidad (5-15%)
- Idiosincrásica
- Etiología:
 - Infecciones: Herpes virus, Mycoplasma pneumoniae
 - Medicamentos: Sulfonamidas, fenobarbital, ácido valproico, paracetamol, azitromicina, ibuprofeno...
 - Otras
- Fiebre y lesiones mucocutáneas → necrosis → desprendimiento de la epidermis
- Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) VS Necrolisis epidérmica tóxica (NET)



	Eritema Multiforme	S.Stevens-Johnson	Necrolisis Epidérmica Tóxica	Escaldadura estafilocócica.	S. Shock Tóxico estafilocócico.
Etiología	Idiopático VHS	Fármacos Infecciones	Fármacos	S. Aureus (exfoliotoxina)	S. Aureus (TSST-1)
Localización	Acral	Acral y cara	Tronco y cara	difusa	difusa
Afectación mucosa	No /limitada	Prominente	Prominente	No	Sí
Sínt. Constitucionales	No	Presentes	Severos	Presentes	Severos
Afectac. Sistémica	No	Ocasional	Más frecuente	Sí	Muy importante
Tipo de lesión	Lesiones en diana	Lesiones en diana, ampollas	Eritema diseminado, despegamiento epidémico	Eritrodermia + ampollas (Nikolski +) Dolorosas	Eritrodermia ↓ Descamación
Mortalidad	Muy baja	5-15%	5-50%	1 -4%	Hasta 50%

¿QUE **NO** LE HARÍAS A ESTE PACIENTE?

 Control hidroelectrolítico y nutricional

 Cura de lesiones

 Administración de corticoides iv

 Control de sobreinfección



CONCLUSIONES

- Causa muy frecuente de motivo de consulta.
- Muchas etiologías.
- La gran mayoría con buen pronóstico y buena evolución.
- Importante realizar buena historia clínica y exploración física.
- Un exantema puede ser característico de una enfermedad y puede llevarnos al diagnóstico fácilmente.





MUCHAS GRACIAS