

# EXANTEMAS EN PEDIATRÍA

Ana Isabel García Rodríguez  
M<sup>a</sup> Magdalena Ramírez Arenas  
Servicio de Pediatría.  
Hospital Materno Infantil. CHUB 2010.

Las enfermedades exantemáticas se conocen desde hace cientos de años.



Se clasifican en 6 cuadros clínicos diferentes:

1ª y 2ª  
enfermedad:  
escarlatina y  
sarampión.

3ª: rubeola

4ª toxina  
epidermiolítica  
estafilocócica

5ª enfermedad  
o  
megaloeritema

6ª enfermedad  
o exantema  
súbito (roseola  
infantum)

Son muchos los virus, bacterias, parásitos y hongos relacionados con la aparición de manifestaciones cutáneas en la edad pediátrica.

El aislamiento de nuevos virus y otros agentes infecciosos, la emergencia de antiguos agentes microbiológicos, y el uso de nuevas vacunas, ha aumentado el espectro de enfermedades exantemáticas infantiles.

Mecanismo patogénico:

- Diseminación hematógena y posterior siembra en epidermis, dermis o endotelio vascular de los vasos sanguíneos de la piel.
- Por acción de toxinas bacterianas.
- Por mecanismos inmunológicos.

# Características del exantema

## Lesiones elementales

- Máculas
- Pápulas
- Vesículas
- Eritema difuso

## Coloración

- Rosado
- Rojo intenso
- Violáceo
- Purpúrico

## Distribución

- Localizado
- Generalizado

## Aspecto

- Discreto
- Coalescente
- Morbiliforme

## Forma de inicio

- Centrípeto
- Centrífugo
- Cefalocaudal
- Generalizado
- Pliegues

## Forma

- Monomorfo
- Polimorfo

# Clasificación

Máculo-papulosos

Vesículo-ampollosos

Habonosos

Purpúricos/petequiales

Nodulares

## Máculo-papulosos

### Morbiliformes:

- Infecciones víricas: sarampión, rubéola, eritema infeccioso, exantema súbito, síndrome de los guantes y calcetines (parvovirus B19), enterovirus, adenovirus, VEB, CMV, hepatitis B, VIH.
- Infecciones bacterianas: meningococemia (fase inicial), rickettsiosis, enfermedad de Lyme, fiebre tifoidea.
- Enfermedad injerto contra huésped.
- Artritis reumatoide juvenil.

### Escarlatiniformes:

- Escarlatina.
- Enfermedad de Kawasaki.
- Síndrome de shock tóxico

## Exantemas purpúricos

### Infecciones:

- Víricas.
- Bacterianas: sepsis meningocócica, endocarditis.

Vasculitis: púrpura de Schönlein-Henoch, panarteritis nodosa...

Hemopatías: coagulopatías, trombocitopenias...

## Máculo-papulosos

### Morbiliformes:

- Infecciones víricas: **sarampión, rubéola, eritema infeccioso, exantema súbito**, síndrome de los guantes y calcetines (parvovirus B19), enterovirus, adenovirus, VEB, CMV, hepatitis B, VIH.
- Infecciones bacterianas: meningococemia (fase inicial), rickettsiosis, enfermedad de Lyme, fiebre tifoidea.
- Enfermedad injerto contra huésped.
- Artritis reumatoide juvenil.

### Escarlatiniformes:

- **Escarlatina.**
- **Enfermedad de Kawasaki.**
- Síndrome de shock tóxico

## Exantemas purpúricos

### Infecciones:

- Víricas.
- Bacterianas: sepsis meningocócica, endocarditis.

Vasculitis: **púrpura de Schönlein-Henoch**, panarteritis nodosa...

Hemopatías: coagulopatías, trombocitopenias...

## *Exantemas vesículo- ampollosos*

Infecciones:

Herpes simple (VHS),  
Varicela zóster (VVZ),  
enfermedad mano-pie-  
boca,

impétigo ampolloso,  
síndrome de la piel  
escaldada.

Eritema multiforme.

Alteraciones  
metabólicas: porfiria  
cutánea tarda,  
diabetes, dermatitis  
ampollosa secundaria  
a hemodiálisis.

## *Exantemas habonosos*

Reacciones  
alérgicas.

Eritema  
multiforme.

## *Exantemas nodulares*

Eritema  
nodoso.

## Exantemas vesículo- ampollosos

Infecciones:

**Herpes simple (VHS),  
Varicela zóster (VVZ),  
enfermedad mano-  
pie-boca,**

impétigo ampolloso,  
síndrome de la piel  
escaldada.

**Eritema multiforme.**

Alteraciones  
metabólicas: porfiria  
cutánea tarda,  
diabetes, dermatitis  
ampollosa secundaria  
a hemodiálisis.

## Exantemas habonosos

Reacciones  
alérgicas.

**Eritema  
multiforme.**

## Exantemas nodulares

Eritema  
nodoso.

# EXANTEMAS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La mayoría de los exantemas que presentan los niños son de etiología viral, específicos o inespecíficos y habitualmente autolimitados en su evolución

## Específicos

- Sarampión
- Rubeola
- Escarlatina
- Exantema Súbito
- Eritema Infeccioso

## Exantemas virales no específicos:

- Enterovirus
- Adenovirus
- Epstein-Barr

## Otros exantemas no característicos:

- Mycoplasma
- Sífilis
- Kawasaki
- Picaduras de insectos
- Dermatitis de contacto
- Dermatitis por irritantes

# ¿Cuándo urge realizar un diagnóstico específico y seguro de un exantema?

## Emergencia epidemiológica:

- Sarampión
- Dengue

## Peligra la vida del paciente:

- Enf. Meningococcica
- Enf. Kawasaki

## Riesgo para los contactos:

- Eritema infeccioso

## Se requiere de un tratamiento específico:

- Escarlatina
- Enf. Kawasaki



**MACULOPAPULOSOS**

# ESCARLATINA

## Agente etiológico:

- **Streptococo Pyogenes (Streptococo B-hemolítico del grupo A, SGBHA)**

## Epidemiología:

- **Enfermedad universal**
- **Debido a la efectividad de los tratamientos antibióticos ha disminuido mucho, sobretodo en los países desarrollados.**
- **Pacientes de 4 a 10 años en invierno-primavera.**
- **Contagio a través de la vía aérea del sujeto portador**

**Implicadas exotoxinas A (responsable de los cuadros más graves) y exotoxinas B y C (responsables de los cuadros más leves)**

**La infección estreptocócica suele situarse en la faringe, y más raramente en la piel o heridas quirúrgicas.**

## Pródromos:

Fiebre alta.  
Amigdalitis.  
Adenopatía satélite



## Cuadro clínico:

- Exantema generalizado máculo-papuloso. Piel de lija.
- Predominio en tronco y pliegues (signo de Pastia)
- Signo de Filatow (respeta triangulo nasofacial)
- Enantema. Lengua aframbuesada.



Regresión en 3-4 días con descamación foliácea

## Complicaciones:

- Fiebre reumática
- Glomerulonefritis

## Diagnóstico:

- Clínico
- Detección rápida del antígeno del estreptococo, frotis faríngeo, ASLO.

## Tratamiento:

- Penicilina.

# SARAMPIÓN

- Séptima causa de mortalidad infantil a nivel mundial.
- Tres zonas: la centroafricana, del sudeste asiático y la del extremo oriente (más del 90% de los casos registrados a nivel mundial).

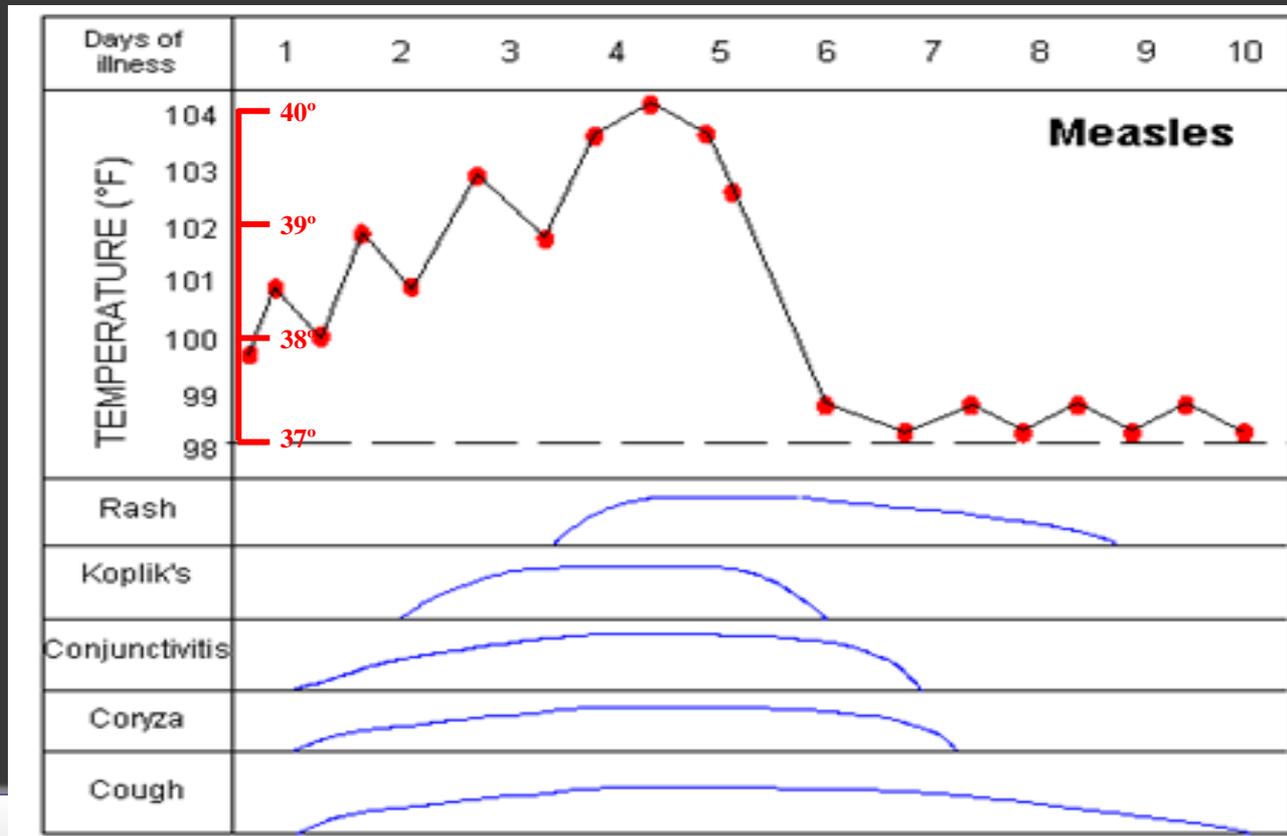
## Etiología:

- Virus RNA, género morbilivirus, familia Paramixoviridae

## Epidemiología:

- Brotes epidémicos.
- Modificada por vacunación en últimos años.
- Transmisión por contacto directo.
- Único hésped: humano.
- Contagio desde 3-5 días antes de exantema hasta 4-5 días tras su inicio.
- Inmunidad permanente.

**P. Incubación:** 10 días.



**P. exantemático** (5-7 días): exantema MORBILIFORME. Coincide con máxima elevación de T<sup>a</sup>.

**P.de remisión** (inicio a las 48 h de aparición exantema)

## P.prodrómico: 4 días

- Fiebre.
- Conjuntivitis purulenta.
- Rinitis.
- Tos seca.
- Enantema/ manchas de Koplik



**P. exantemático** (5-7 días): exantema MORBILIFORME.  
Coincide con máxima elevación de T<sup>a</sup>.



**P.de remisión** (inicio a las 48 h de aparición exantema):

Desaparición de la fiebre y resto de síntomas.  
Desaparición exantema con descamación residual fina.



## Diagnóstico:

- Clínico. Confirmación con IgM específica.

## Complicaciones:

- Respiratorias (OMA, neumonía por sobreinfección bacteriana, neumonía de células gigantes de Hetch)
- Neurológicas (encefalitis, PEES)
- Otras (p. trombocitopénica, miocarditis, úlceras corneales, reactivación TBC, etc)

## Tratamiento:

- Sintomático. (vitamina A)

## Profilaxis:

- Activa (vacunación)
- Pasiva (Ig inespecífica)

# RUBEOLA

Sarampión alemán o de los tres días

Etiología: virus RNA, género Rubivirus, familia Togaviridae.

Epidemiología:

- Humano es el único huésped natural
- Trasmisión por contacto directo o vía transplacentaria.
- Contagio desde 5 días antes hasta 7 días después aparición exantema.
- Formas subclínicas.
- Disminución con vacunación sistemática.
- Inmunidad permanente.

## Clínica:

- Leves síntomas prodrómicos o ausentes
- Fiebre  $>38^{\circ}\text{C}$
- Rash maculopapuloso leve, morbiliforme, afecta palmas y plantas, desaparece completamente en 3 días.
- Linfadenopatías generalizadas (retroauriculares, occipitales y cervicales posteriores) (muy característico)



Diagnóstico: clínico, confirmación con IgM específica.

Tratamiento: Sintomático.

Complicaciones (raras en infancia):

- Poliartritis
- Encefalitis
- Sdre de rubeola congénita o de GREGG (cataratas, sordera neurosensorial, microcefalia, cardiopatía)

Profilaxis:

- Activa (vacuna)

# EXANTEMA SÚBITO

Otras denominaciones:

- Roseola infantum
- Exantema del 3<sup>er</sup> día
- 6<sup>a</sup> enfermedad.

Etiología: virus ADN de la familia Herpesviridae, virus del Herpes Humano tipo 6 y 7.

Epidemiología:

- Niños entre 6 meses y 3 años
- No predominio estacional.
- Casos aislados.
- Exantema maculopapuloso más frecuente del lactante.

P. Incubación: 9- 10 días

P. Febril:

Fiebre alta de aparición brusca, de 3 días de duración (a veces 3-5 días)  
Buen estado general.  
Síntomas de vías respiratorias altas y/o adenopatías cervicales leves.

Exantema:

Inicio a las 24 h de la desaparición de fiebre  
Rubeoliforme (desde tronco se extiende a extremidades y cuello)  
Suele respetar cara.  
Color rosado  
Desaparición en 1-2 días (sin descamación ni pigmentación residual)



Diagnóstico: *clínico*, serológico.

Tratamiento: sintomático.

Complicaciones: Convulsiones febriles  
(Hipertermia súbita)

No profilaxis.

# ERITEMA INFECCIOSO

Megaloeritema o 5<sup>o</sup> enfermedad

Etiología: *Parvovirus B19*, virus ADN de la familia *Parvoviridae*

Epidemiología:

- Contagio por vía respiratoria, máximo 6-15 días post-infección (p. incubación). Posibilidad de transmisión materno-fetal.
- Edad de mayor incidencia: 6-12 años
- Predominio en primavera-verano

P. incubación: 1-2 semanas

P. Prodrómico (1-3 días):

- No fiebre o febrícula
- Posible catarro leve

Exantema (síntoma principal):

- Primera fase (2-3 días): Exantema en “alas de mariposa”; exclusivamente en cara (exantema en bofetada)
- Segunda fase (1 sem): A los 2-3 días se localiza en nalgas y extremidades: exantema anular
- Tercera fase (1 mes): reaparición del exantema de la cara ante: rayos solares, calor, ejercicio físico o llanto



nanas

as):



Exantema (síntoma ppal):



llanto.

(o o. Kas): E  
ara (

n): A  
es: e

: rea

estímulos. sol, calor, ejercicio físico o

## Complicaciones (5%):

- artritis
- anemia hemolítica
- Hidrops fetalis

## Tratamiento:

- Sintomático. Evitar factores desencadenantes 3ª fase
- El de las complicaciones.

No profilaxis.

# ENFERMEDAD DE KAWASAKI.

Enfermedad multisistémica, con vasculitis de pequeños y medianos vasos

Muy frecuente en Japón y Corea del Sur.

La patogenia es desconocida.

- Se cree que un agente no precisado, por ahora, origina una disfunción inmunológica en sujetos genéticamente predispuestos.
- Se considera que está mediada por superantígenos.
- *Cl. pneumoniae*

## Epidemiología:

- Propia de la edad pediátrica (80% de los casos en < 5a)
- Máxima incidencia entre los 12-24 meses.
- Predominio en invierno-primavera. Brotes epidémicos cada 2-3 años.

La principal causa de cardiopatía adquirida en los países desarrollados.

# Clínica.

● Fiebr

(5 días)



- Eritema palmo-plantar con desquamación en láminas
- Adenopatía cervical de 1,5 cm de diámetro, a menudo unilateral.

# Evolución

## **FASE AGUDA FEBRIL**

- Fiebre
- Inyección conjuntival
- Lesiones orofaríngeas
- Eritema indurado de manos y pies
- Exantema
- Adenopatía cervical
- Irritabilidad
- Anorexia
- Meningitis aséptica
- Diarrea
- Hepatitis

## **FASE SUBAGUDA**

- 4º día
- Cede la fiebre exantema y adenopatía
- Descamación furfurácea en dedos en láminas
- Artritis/ artralgias
- IAM
- Anemia
- Trombocitosis

## **CONVALECENCIA**

Clínica desaparece

Reactantes de fase aguda y alt. laboratorio se normalizan.

Aneurismas que se resuelven, persisten o presentan IAM

# Otras manifestaciones:

Cardiovasculares: condicionan el pronóstico:

- *Precoces (1<sup>os</sup> 10 días)*: miocarditis, pericarditis, ins. Valvular y arritmias
- *Tardías*: aneurismas coronarios

Irritabilidad marcada (100%)

Artritis/artralgias, manifestaciones neurológicas y gastrointestinales

# Diagnóstico

## A. Clínico

## B. Laboratorio: *No existe ningún*

- Leucocitosis (PMN)
- ↑ reactantes de fase aguda.
- Hipoalbuminemia
- Anemia normocítica y normocroma
- Trombocitosis ( a partir de la 2ª semana)
- Aumento de transaminasas
- Presencia de ICC.

## C. Alteraciones ecocardiográficas y ECG

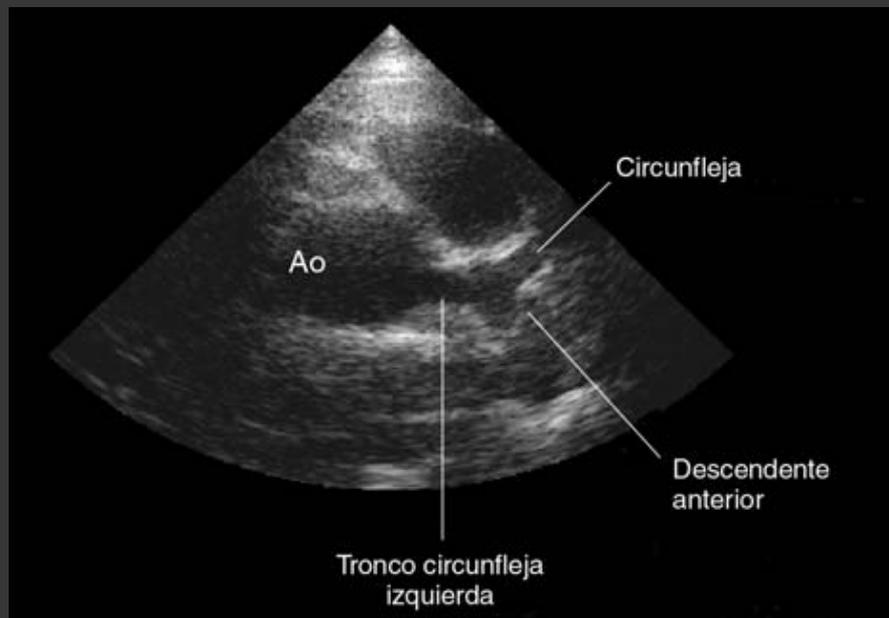
Existen también formas "incompletas" o "atípicas" de EK en la que no están presentes todas las manifestaciones, pero que deben ser reconocidas y tratadas.

En lactantes < 6 meses debe sospecharse la enfermedad aunque no se cumpla todos los criterios. Es típico en esta edad eritema intenso en la zona del pañal.

1. FIEBRE
2. INYECCIÓN CONJUNTIVAL
3. ADENOPATÍA
4. EXANTEMA
5. ALT. LABIOS – MUCOSA ORAL
6. ALT. EXTREMIDADES

*Fiebre y 4 de los 5 criterios referidos en la clínica, o 4 criterios con aneurisma coronario por ecocardiografía*

- ⦿ La ecocardiografía en la fase aguda puede mostrar alteraciones (disminución de la fracción de eyección y aneurismas a partir de la 1ª semana y sobre todo a las 3-4 semanas).



*Dilatación de coronaria izquierda*

# Tratamiento

Debe iniciarse de forma precoz, incluso en casos dudosos

- Gammaglobulina IV: 2 g/Kg/dosis única
- Aspirina: 100 mg/Kg/día hasta 2 días tras la desaparición de la fiebre; posteriormente a 3-5 mg/Kg/día

El paciente debe guardar reposo en cama durante las 2-3 primeras semanas de enfermedad ó al menos 72 horas después de ceder la fiebre por el riesgo de infarto de miocardio en la fase aguda.

# FIEBRE BOTONOSA (fiebre exantemática mediterránea).

- Etiología: *Rickettsia conorii* (bacteria intracelular obligada)
- Epidemiología: mecanismo de transmisión más habitual es la picadura de garrapata, que da lugar en el punto de inoculación a la MANCHA NEGRA (lesión necrohemorrágica, costrosa, indolora, algo pruriginosa)



## Clínica:

- ❖ Tras la picadura existe P.I. de 6-10 días.
- ❖ La sintomatología inicial es la fiebre alta con cefalea, astenia y artromialgias.
- ❖ A los 3-5 días aparece exantema centrípeto papulonodular de distribución predominante en las extremidades, con afectación de palmas que suele respetar cara.



- Suele ser una infección benigna y autolimitada de la infancia.
- Diagnóstico: fundamentalmente clínico, se confirma con pruebas serológicas.
- Tratamiento: doxiciclina 2-4 mg/kg/día, en 1-2 dosis, 3 días vía oral.

# Mononucleosis infecciosa

Etiología: VEB. Otros: CMV, Toxoplasma gondii, Herpes hominis 6 y 7, Mycoplasma pneumoniae y primoinfección por VIH.

## Clinica:

- Fiebre prolongada
- Astenia y anorexia marcadas
- Adenomegalias generalizadas (cervicales)
- Faringoamigdalitis y exudado faringoamigdalal
- Hepatoesplenomegalia



Adolescentes

- El exantema aparece hacia el 4<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> día de inicio de los síntomas, se extiende por tronco y EE y dura 3-5 días.
- Exantema macular, exscarlatiniforme, urticariales o incluso petequiales.
- Exacerbación con administración de amoxicilina/ampicilina.
- Más frecuente en el niño pequeño.



Diagnóstico: clínica, linfomonocitosis, serología, Monotest y Paul Bunnel positivos en fase aguda.

Complicaciones: obstrucciones VAS, neurológicas, hematológicas, hepáticas y renales.

Tratamiento: sintomático, antiinflamatorios y corticoides, reposo

A close-up photograph of human skin showing numerous small, clear, fluid-filled vesicles. The vesicles are scattered across the skin surface, which appears slightly red and irritated. The background is a dark, out-of-focus surface.

**VESÍCULAS**

# Varicela.

Etiología: Virus Varicela-Zoster (ADN), familia herpes virus. Neurotrópo.

## Epidemiología:

- Único reservorio: humano
- ↑↑ contagiosidad:
  - Transmisión por vía respiratoria, contacto directo con lesiones, fomites y vía transplacentaria.
  - P contagio desde 1-2 días antes aparición exantema hasta fase costrosa lesiones.
- Predominio a final del invierno y primavera.
- Inmunidad duradera.

○ Primoinfección → Varicela.

- P. incubación (14- 16 días): asintomático.
- P. Prodrómico (1-2 d): fiebre y malestar general con síntomas catarrales leves.
- Exantema :
  - Máculas-pápulas-vesículas-pústulas-costras.
  - En forma de brotes (aspecto “cielo estrellado”)
  - Se inicia en tronco y se extiende al resto. Afectación palmo-plantar y de mucosas.
  - Prurito intenso. Fiebre. Malestar general. Poliadenopatías.



Reactivación



Herpes- Zoster



Diagnóstico: clínico, aislamiento virus (tinción de Tzank), serológico (ELISA).

Tratamiento: curación espontánea sin

S.

Complicaciones:

- **Sobreinfección bacteriana (estafilococo, estreptococo).**
- **Neurológicas (ataxia cerebelosa, encefalitis, meningitis aséptica, mielitis transversa, síndrome de Guillén-Barré).**
- **Neumonía (adultos, niños inmunodeprimidos).**
- **Sd de Reye.**
- **Otras: artritis, púrpura trombocitopénica, miocarditis, GN, ...**
- *Infección prenatal / varicela perinatal.*



## Medidas generales:

- Baños frecuentes con jabón de avena.
- Higiene cuidadosa de manos y uñas.
- Antihistamínicos (vo) si prurito intenso, y antitérmicos (paracetamol o ibuprofeno).
- *“No usar antihistamínicos tópicos ni salicilatos para disminuir la fiebre.”*

Tratamiento: antibióticos si sobreinfección bacteriana.

# Tratamiento con aciclovir:

- *Intravenoso*: varicela y HZ en niños inmunodeficientes, neumonía y encefalitis varicelosa.
- *Oral*: primeras 24 horas de inicio del exantema (↓ leve en la duración e intensidad de la fiebre y en el nº y duración de las lesiones cutáneas). Indicaciones del tto:
  - Mayores de 12 años.
  - Enfermedades pulmonares o cutáneas crónicas.
  - Ttos con corticoides inhalados en series cortas o intermitentes.
  - Ttos crónicos con salicilatos.
  - Casos familiares secundarios (posibilidad de varicela severa).
  - Inmunodeficientes (solo casos muy seleccionados).
- *ZOVIRAX, VIRHERPERS*: 80 mg/Kg/día dividido en 4 dosis durante 5 días (máximo 3200 mg/día)

## ○ Profilaxis:

○ Activa  $\Rightarrow$  Vacuna antivariçela.

○ Pasiva  $\Rightarrow$  Ig específica.

Ante exposiciones importantes dentro de las primeras 96 h en:

- Inmunodeprimidos.
- Rn de madres con varicela 5 d previos y 2 d posteriores al parto.
- Embarazadas susceptibles.
- RNPT hospitalizados.

# HERPES ZOSTER

Reactivación del virus varicela-zoster (acantonado en ganglios sensoriales de raíces dorsales espinales o de los nervios craneales).

Propagación del virus a lo largo del nervio hasta alcanzar la piel.

Erupción pápulo-vesícula segmentaria, sobre base inflamatoria distribuida en forma de banda continua.

Grado variable de hiperestesia y dolor.

60% niño segmento torácico

Sintomatología más leve que en el adulto, de curso más corto y sin neuralgia.



# HERPES SIMPLE



Tras la infección inicial el virus herpes tipo 1 puede permanecer latente en el organismo, pudiendo ser reactivado por estímulos inespecíficos: fiebre, radiación solar o trauma.

Se diferencian de las primarias en el menor tamaño de las vesículas, su estrecha agrupación y la ausencia de síntomas generales (sensación de quemazón local).

La localización más frecuente de las infecciones recurrentes son los labios.



# SÍNDROME BOCA-MANO-PIE

Etiología:  
*Coxsackie*  
*A16,*  
*Enterovirus.*

Pródromos  
(1-2 días):

- fiebre alta, síntomas catarrales.

Cuadro  
clínico:

- úlceras orales
- vesículas en manos y pies

Tratamiento:  
sintomático.





**PURPÚRICOS /  
PETEQUIALES**

# PÚRPURA DE SCHONLEIN-HENOCH

Vasculitis leucocitoclástica más común en la infancia.

Etiología desconocida. Factores desencadenantes: infección SBH, virus, fármacos, alimentos, frío o picaduras.

Mediada por IgA, en vasos pequeños.

# MANIFESTACIONES CLÍNICAS

CUTÁNEAS: Exantema palpable eritematoso en las extremidades inferiores principalmente. Suele reproducirse a los 3-5 días de vida, diagnóstico diferencial con el edema de la mano.

ARTICULARES: Artritis y artralgias

GASTROINTESTINALES: Dolor abdominal

RENALES: Marcan la gravedad, desde una hematuria aislada a una glomerulonefritis rápidamente progresiva.



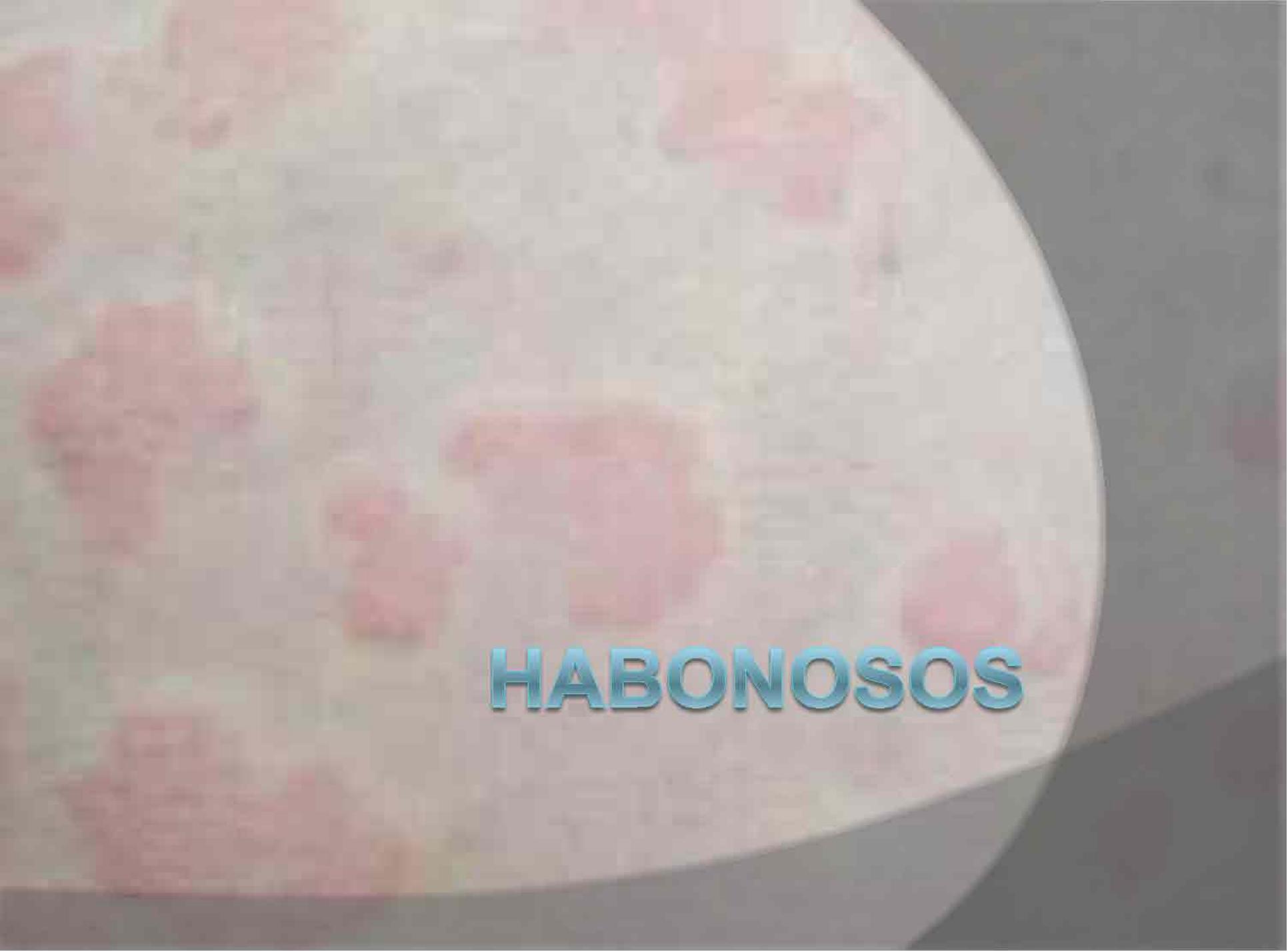
**Distribución  
simétrica de  
las lesiones,  
con  
predominio en  
miembros.**



DCO: Clínico

EVOLUCIÓN: Autolimitada en 4-8 semanas.

TTO: Sintomático. Reposo, AINES.  
A veces corticoides.

The image shows a close-up, circular field of view, likely from a microscope, of a skin surface. The skin is pale and shows several distinct, raised, reddish-pink lesions of varying sizes. These lesions have a slightly irregular, circular shape and a somewhat granular or textured appearance. The background skin is relatively smooth and light-colored. The overall appearance is consistent with a habronosis infection, which is a parasitic skin condition.

**HABONOSOS**

# ERITEMA MULTIFORME.



Agentes  
*tubercu*  
radioter

nes (*Mycoplasma*, *VHS*,  
(.), *neoplasias* hematológica

**Cuadro clínico:** Exantema urticariforme simétrico, no pruriginoso de morfología diversa siendo patognomónicas las lesiones en diana. Afecta sobre todo a extremidades, incluyendo palmas y plantas. Puede asociar fiebre discreta y lesiones mucosas (25%) o articulares.

**Ingreso:** si la afectación es extensa o se sospecha su forma mayor (**Steven-Johnson**), caracterizado por afectación del estado general e importantes lesiones cutáneas y mucosas.

# Parámetros clínicos de las enfermedades exantemáticas

Enfermedad	Agente etiológico	Periodo de incubación	Duración exantema	Periodo de contagio	Complicación
Escarlatina	<i>Streptococcus pyogenes</i>	2 a 7 días	3 a 6 días	variable	OMA, adenitis, absceso retrofaríngeo, nefritis, fiebre reumática
Sarampión	Virus del sarampión	9 a 11 días	4-7 días	Pródromo a 5 días después exantema	OMA, neumonía miocarditis, encefalitis PEES
Rubéola	Virus de la rubéola	14 a 21 días	1-4 días	7 días antes a 7 días después exantema	Fetopatía, artritis, encefalitis, púrpura trombocitopenia
Estafilococia	<i>Staphylococcus aureus</i> Toxina epidermiolítica				
Megaloeritema	Parvovirus B19	4 a 28 días	7 a 21 días	Antes aparición exantema	Artritis anemia hemolítica, encefalopatía
Exantema súbito	HHV 6	5 a 15 días	24 a 48 horas	Durante la fiebre	Convulsión febril
Varicela	VVZ	10 a 21 días	7-10 días	3 días antes - 5 días después exantema	Sobreinfección, cutáneas, respiratorias, neurológicas, inmunodeprimidos
Enterovirus	Enterovirus no polio				
Mononucleosis Infecciosa	Virus de Epstein-Barr	30 a 50 días	2 a 6 días	Hasta 1 año después de infección	Hematológicas



**GRACIAS**