

Exantema petequial generalizado

A. Díaz Conradi^a, R. García Puig^a, P. Vives Vila^b, X. Tarroch Sarasa^c y L. Tobeña Boada

Servicios de ^aPediatría, ^bDermatología y ^cAnatomía Patológica. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona.

(An Esp Pediatr 2001; 54: 603-604)

CASO CLÍNICO

Varón de 12 años que acudió al servicio de urgencias por presentar un síndrome febril de 24 h de evolución acompañado de exantema cutaneomucoso generalizado. Había recibido una dosis de recuerdo de la vacuna antitetánica (toxoides tetánico) 48 h antes de iniciarse los síntomas.

El paciente vivía en un área urbana y no tenía animales domésticos. Convivientes sanos.

Entre los antecedentes personales contaban varicela no complicada a los 2 años de edad. Se habían practicado drenajes transtimpánicos a los 5 años por otitis de repetición. No existían otros antecedentes patológicos de interés. Inmunizaciones al día.

En la exploración física se observaba un regular estado general. La temperatura axilar era de 38,9 °C. El paciente se encontraba hemodinámicamente estable. Presentaba exantema petequial generalizado con tendencia a la confluencia en tronco y extremidades, que afectaba palmas y plantas, así como mucosa yugal (figs. 1 y 2), y edema en el labio superior. La auscultación cardiorrespiratoria resultó normal, así como el resto de la exploración por aparatos.

A las 36 h de su ingreso comienza un cuadro de deposiciones semilíquidas (2 al día) sin productos patológicos y artritis leve de la rodilla derecha. Ambos cuadros cedieron en 48 h.

Se realizaron las siguientes exploraciones complementarias:

Analítica sanguínea. Hemograma: 4.600 leucocitos/ μ l (2.898 neutrófilos/ μ l) hemoglobina, 11,9 mg/dl; hematocrito, 36%; plaquetas, 220.000/ μ l.

Al cuarto día la leucopenia se acentuó aún más: 3.200 leucocitos/ μ l con 960 neutrófilos y 1.200 linfocitos totales.

Proteína C reactiva (PCR): 13,9 mg/dl (normal hasta 10 mg/dl); velocidad de sedimentación globular (VSG), 9 mm/primer hora. Funcionalismo hepático, normal salvo el tiempo de protrombina al ingreso de 59%, normalizándose a las 24 h. Funcionalismo renal: filtrado glomerular (recogida de orina de 24 h): 93 ml/min/m². Presencia de microhematuria. No existía proteinuria. Urea y creatinina plasmáticas normales.

Hemocultivos seriados. Negativos.

Frotis faríngeo. Se aísla flora normal.

Estudio inmunitario. Inmunoglobulinas normales (salvo unas IgE de 145 U/ml). Subpoblaciones linfocitarias, sistema de complemento, así como estudio de autoinmunidad dentro de la normalidad.

Serologías. Virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus del herpes simple, micoplasma, hepatitis B y C; todas negativas.

Parvovirus B19: IgM positiva, IgG positiva débil, 1/64.

Biopsia cutánea. Discreto infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular en dermis superficial y media con mínimo edema y extravasación de hematíes. No se observaron signos de vasculitis. La inmunofluorescencia directa fue negativa.

El tratamiento consistió en instaurar al ingreso ibuprofeno en dosis de 40 mg/kg/día y reposo relativo. Los síntomas mejoraron progresivamente hasta la resolución *ad integrum* en 4 semanas.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Exantema petequial en rodilla derecha.



Figura 2. Detalle del exantema petequial en rodilla derecha.

Correspondencia: Dr. A. Díaz Conradi.
Viladomat, 265, 2.º 4.ª 08029 Barcelona.
Correo electrónico: 29376adc@comb.es

Recibido en noviembre de 2000.

Aceptado para su publicación en diciembre de 2000.

EXANTEMA ATÍPICO POR PARVOVIRUS B19

El eritema infeccioso, megaloterema o quinta enfermedad es la forma cutánea típica en la infección por parvovirus B19. Existen otras formas menos frecuentes de afectación cutánea, algunas de ellas indistinguibles de un proceso vasculítico en su inicio, como por ejemplo la panarteritis nudosa (PAN) o la púrpura de Schönlein-Henoch (PSH). La asociación de lesiones mucosas en múltiples localizaciones, edema, exantema y adenopatías con posterior descamación han sugerido en ocasiones el diagnóstico de síndrome de Kawasaki¹. Sin embargo, los estudios que han evaluado el papel etiológico del PVH B19 en esta enfermedad, así como en la PAN han ofrecido resultados contradictorios. La aparición de lesiones purpúropetequiales no es infrecuente y se debe a una lesión vascular por inmunocomplejos². Se han descrito múltiples causas de exantema petequial generalizado. En la tabla 1 se muestran las causas más frecuentes.

En nuestro caso se planteó el diagnóstico diferencial inicial entre la enfermedad del suero (producido por el suero de caballo del toxoide tetánico) y una vasculitis sistémica. La afectación del estado general, la monoartritis y el cuadro diarreico autolimitado, así como la leucopenia y la microhematuria apuntaban en un principio hacia una vasculitis de afectación sistémica.

No obstante, los reactantes de fase aguda negativos en todo momento (PCR, VSG) hacían dudar de este diagnóstico inicial. La localización del exantema y la ausencia de abdominalgia no apoyaban el diagnóstico de púrpura de Schönlein-Henoch. Un cuadro infeccioso vírico, aunque menos frecuente, tampoco podía descartarse en un principio.

Dado que la mejoría clínica no fue evidente hasta transcurrir 8 días desde su ingreso se decidió practicar una biopsia cutánea pretibial en sacabocados para descartar un proceso vasculítico. Los cambios anatomopatológicos y la serología para parvovirus B19 confirmaron el diagnóstico.

El parvovirus B19 es el único parvovirus que causa enfermedad en seres humanos. Es un tipo frecuente de infección: a los 15 años de edad, el 50% de la población presenta anticuerpos de tipo IgG. La vía de transmisión más frecuente es la respiratoria, aunque también puede transmitirse por la sangre y los hemoderivados. El período de incubación oscila entre 4 y 21 días y el período de contagio por el eritema infeccioso comienza antes de manifestarse los síntomas y prácticamente no contagia una vez que ha aparecido el exantema. En pacientes con una enfermedad hemolítica de base el parvovirus B19 es la causa más frecuente de crisis aplásica transitoria, y en ocasiones requiere transfusión de concentrado de hematíes. En el niño inmunodeprimido la viremia persistente provoca aplasia pura de la serie roja y anemia crónica. El diagnóstico hoy día es fundamentalmente clínico (exantema típico o atípico) y se confirma mediante serología: IgM espe-

TABLA 1. Exantema petequial generalizado

<i>Etiología infecciosa</i>	
Bacteriana:	sepsis meningocócica, <i>Haemophilus</i>
Vírica:	citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus de la inmunodeficiencia humana, herpesvirus, parvovirus, fiebres hemorrágicas por arbovirus (enfermedad importada de países tropicales)
Rickettsias	
Protozoos:	leishmania, paludismo
<i>Etiología inflamatoria autoinmune</i>	
Vasculitis	
Arteritis:	periarteritis nudosa cutánea, síndrome anticoagulante lúpico, arteritis sistémica (poliarteritis, enfermedad de Takayasu)
Vasculitis de pequeños vasos:	
Estados de hipercoagulabilidad:	síndrome antifosfolípido, trombocitosis, crioglobulinemia, sepsis (CID)
Vasculitis linfocitaria:	fármacos, reacción a vacunas, enfermedades del tejido conjuntivo, infección
Vasculitis leucocitoclástica:	fármacos, neoplasias, infección, PSH, angitis por hipersensibilidad, PAN, síndrome de Behçet y vasculitis asociadas a enfermedades del tejido conjuntivo (lupus sistémico, AR, etc.)
Estado de hipocoagulabilidad: congénito o adquirido	

CID: coagulación intravascular diseminada; PSH: púrpura de Schönlein-Henoch; PAN: panarteritis nudosa; AR: artritis reumatoide.

cífica (detectable a partir de la segunda semana postinoculación, manteniéndose de 1 a 3 meses) y determinación de IgG que aumenta a partir del séptimo día del desarrollo de la enfermedad. Existen técnicas de detección de ADN vírico (hibridación o reacción en cadena de la polimerasa) reservándose para casos de infección crónica en el paciente inmunodeprimido.

Hasta la fecha *no existe un tratamiento específico* y se limita a la terapia sintomática¹.

Como conclusión creemos que el abanico de enfermedades sistémicas producido por parvovirus B19 es amplio y todavía está por completar. A pesar de que el cuadro cutáneo más frecuente es el eritema infeccioso pueden aparecer formas atípicas que se asemejan a vasculitis sistémicas. Por lo general, la evolución es satisfactoria salvo en caso de contagio intrauterino. La serología específica confirma el diagnóstico y puede prescindirse de otro tipo de pruebas más agresivas, como en este caso la biopsia cutánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khabbaz RF. Emerging viral infections. En: Aronoff, ed. *Advances in pediatric infectious diseases*. Mosby-Year Book, 1999; 14: 1-27.
2. Zerbini M, Musiani M, Venturoli L, Gallinella G, Gibenelli G, Sentilhommi G et al. Different syndromes associated with B19 parvovirus viraemia in paediatric patients: report of fourth cases. *Eur J Pediatric* 1992; 151: 815-817.