



IX Jornada de Patologia Cutània a l'Atenció Primària

PEDIATRIA I MALALTIES EXANTEMÀTIQUES

Elena Artal - EAP Encants
Àngels Casaldàliga - EAP Sant Joan de Vilatorrada
Mireia Serrano - EAP Martorell Rural
Zulema Martí - EAP Encants

Barcelona, 1 de juny de 2026

Nen de 8 a

3 dies febre 38°, tos,
conjuntivitis amb llagrimaig i
fotofobia
rinitis acuosa.

Exploració: ulls vermells,
llagrimaig i conjuntivitis

Orofaringe: no presenta exudat
amigdalar



Font CDC

En aquest cas, quina resposta us sembla més correcta?



Faria streptotest pot ser una escarlatina



Buscaria les taques de Koplik per orientar el cas



Pautaria tractament simptomàtic i control evolutiu

En aquest cas, quina resposta us sembla més correcta?



Faria streptotest pot ser una escarlatina



Buscaria les taques de Koplik per orientar el cas

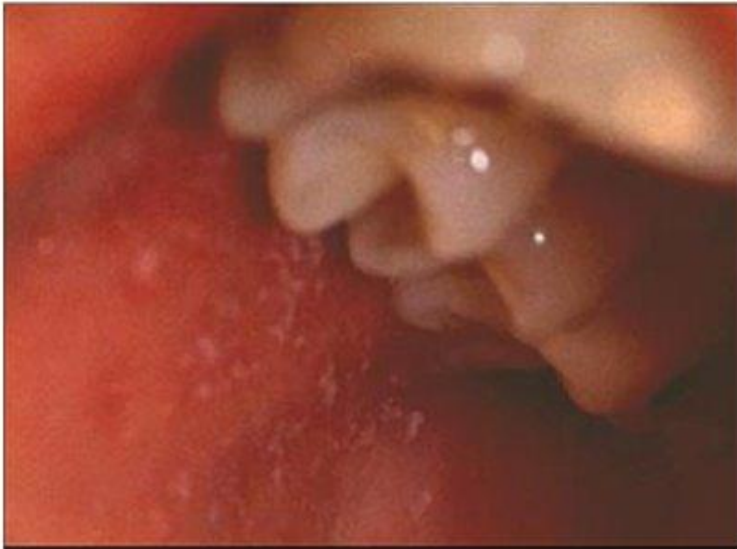


Pautaria tractament simptomàtic i control evolutiu

5

XARAMPIÓ

– Taques de Koplik



Font: CDC: Centers for Disease Control and Prevention



Xarampió

Clínica



Període d'incubació

Asimptomàtic

7-21 dies

7-21 dies

Període prodròmic o catarral

3-4 dies

Febre

Conjuntivitis purulenta

Rinitis, tos

Síntomes GIT

"Facies xarampionosa"

"Manchas Koplik"

4 dies

Període exantemàtic

48h

**Exantema màculo-papulós,
confluent, no pruriginós.
Progressió cefalo-caudal**

Afectació palmells i plantes

4-7 dies

Període de remissió

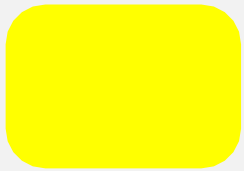
Remissió febre

Exantema 4-7 dies. Posterior desaparició i descamació.

Respecte al Xarampió quina és falsa?



Espanya ha deixat de ser considerat un país lliure de malaltia



Afecta només a menors de 15 anys no vacunats



Són necessaris nivells d'immunitat elevats (>95%) per interrompre la transmissió

Respecte al Xarampió quina és falsa?



Espanya ha deixat de ser considerat un país lliure de malaltia



Afecta només a menors de 15 anys no vacunats



Són necessaris nivells d'immunitat elevats (>95%) per interrompre la transmissió

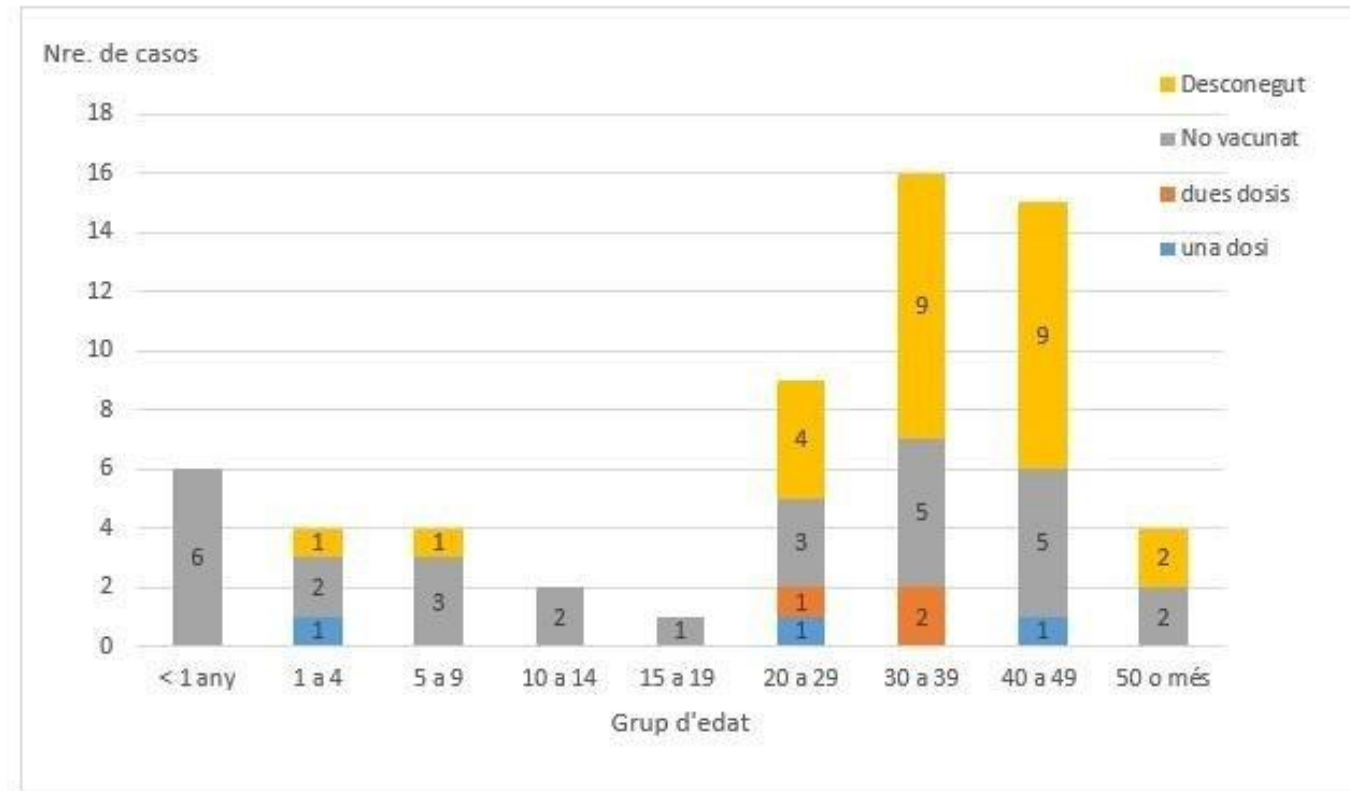
Virus RNA, gènere Morbillivirus, família
Paramyxoviridae

Brots epidèmics cada 3-5 anys (final d'hivern-
inici de primavera)

Infants < 5a, adults joves (20-40
anys)

Majoritàriament: **no vacunats o
pauta incompleta**

Distribució dels casos de xarampió segons l'estat vacunal i el grup d'edat. Catalunya 2025



Font: Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya (XVEC)

Per què torna el xarampió?

- 2024: 34 casos
- 2025: **75 casos (+120%)** (alt percentatge importats)

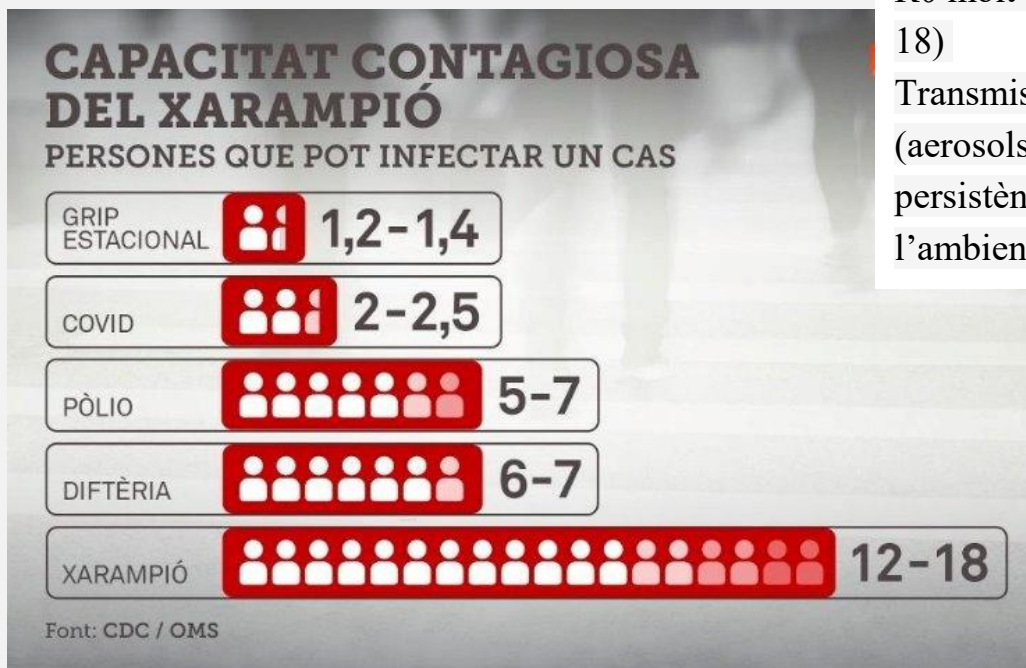


Per què torna el xarampió?

- Augment de la mobilitat
- Retard diagnòstic
- Alta contagiositat
- Disminucio cobertura vacunal

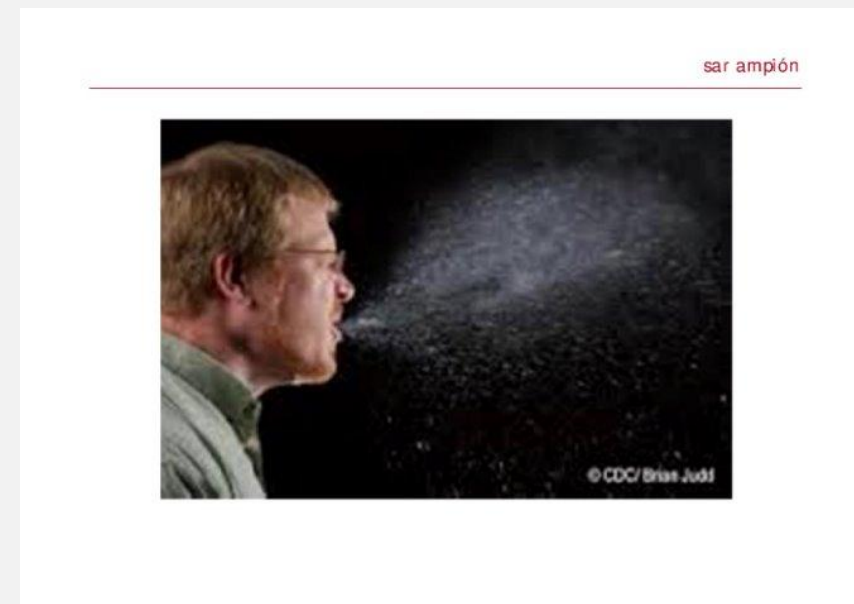


Alta contagiositat



R0 molt elevat (12–18)

Transmissió aèria (aerosols), amb persistència en l'ambient



Alta transmissió.

són necessaris nivells d'immunitat elevats (>95%) per interrompre la transmissió i eliminar el xarampió de la comunitat

Alta contagiositat

El xarampió necessita
>95% de cobertura
amb 2 dosis per
mantenir la immunitat de
grup



Font: evidencias en Pediatria, AEP

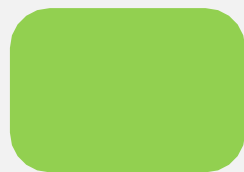
Disminució cobertura vacunal

Vacunació sistemàtica infantil 2 dosis, 12m i 3a

Vacuna triple vírica. (xarrampio, rubeola, parotiditis)

Adults nascuts a partir de 1970 no vacunats o que no han passat la amalaltia: 2 dosis amb interval mínim de 4 setmanes.

Cal sospitar-la... Quina et sembla més correcta?



Farem el diagnòstic amb la IgM a l'analítica les primeres hores



És una malaltia de declaració obligatòria individual No urgent



El diagnòstic el podem fer amb PCr orina

Cal sospitar-la... Quina et sembla més correcta?



Farem el diagnòstic amb la IgM a l'analítica les primeres hores



És una malaltia de declaració obligatòria individual No urgent



El diagnòstic el podem fer amb PCr orina

Diagnòstic:

Clínica + serologia IgM i /o PCR
nasofaringi o faringi o PCR orina

Complicacions:

Otitis mitjana

Pneumònia

Encefalitis aguda o panencefalitis esclerosante
subaguda (PEES: degeneració cerebral
progressiva amb mortalitat superior a 95%)



Font: Asier Apodaca

Tractament simptomàtic
vitamina A?



4 dies pre i post

Malaltia de declaració obligatòria urgent (sospita)

Contactes: totes les persones que han compartit espai tancat amb el cas positiu -->
estudi des de el XVEC/SUVEC

XARAMPIÓ

Per recordar....



Font: Asier Apodaca

- **Sospitar precoçment** davant febre + exantema + tos/coriza/conjuntivitis
- Preguntar sempre per:
Estat vacunal
Viatges recents
- **Notificació immediata** (malaltia de declaració obligatòria individual i urgent)
- Aïllament respiratori precoç (fins 4 dies rera l'exantema)
- Contactes : XVEC (93 2384545/627480828)

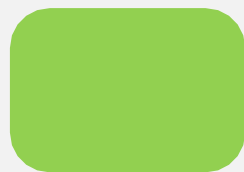
Nen de 5 anys, consulta per febre 39° i
odinofàgia d'aparició súbita fa 48h

Ara fa 12h inici d'un exantema vermellós a
galtes que s'ha anat extenent en sentit
descendent.



Font: Asier Apodaca

Quin signe clínic és característic del'exantema de l'escarlatina?



Exantema micropapulós que afecta boca, mans i peus



Exantema maculopapulós aspre “pell de paper de vidre”



Vesícules pruriginoses generalitzades

Quin signe clínic és característic del'exantema de l'escarlatina?



Exantema micropapulós que afecta boca, mans i peus



Exantema maculopapulós aspre “pell de paper de vidre”



Vesícules pruriginoses generalitzades

Streptococcus pyogenes

(estreptococo beta-hemolític del grup A producteur de toxina eritrogènica).

- Malaltia **clarament pediàtrica (2–10 anys)**

- Aparició típica en **context escolar + hivern/primavera**

- Augment recent: **postpandèmia + coinfeccions víriques**

incubació curta
2–5 dies

Inici brusc:

- Febre
- Odinofàgia

1-2 dies: Exantema eritematós,
“paper de vidre”



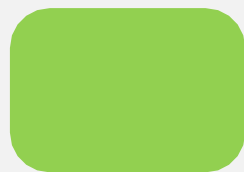


Font: Asier Apodaca

línies de Pastia



Quina troballa oral és típica de l'escarlatina?



Llengua en maduixa



Llengua depapilada



Taques de Kolplik

Quina troballa oral és típica de l'escarlatina?



Llengua en maduixa



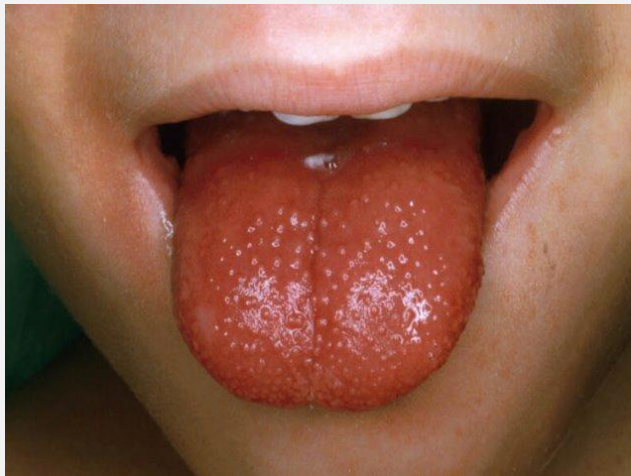
Llengua depapilada



Taques de Kolplik



Llengua “en maduixa”



Font: Asier Apodaca



Descamació tardana



Font: Asier Apodaca

El diagnòstic és principalment **clínic**

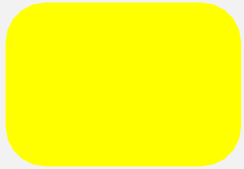
Clínica típica

- Febre i odinofagia , inici agut
- Faringoamigdalitis
- Exantema maculopapular eritematòs difús de tacte aspre (“paper de vidre”)
- Línies de Pastia
- Llengua maduixa
- Palidesa peribucal
- Descamació posterior (dies-setmanes)

Quan podem dir que es pot tornar a l'escola en l'escarlatina ?



Quan desapareix l'exantema i la febre



Quan acaba els 10 dies del tractament i no té febre



Rera 24h d'inici antibiòtic i no té febre

Quan podem dir que es pot tornar a l'escola en l'escarlatina ?



Quan desapareix l'exantema i la febre



Quan acaba els 10 dies del tractament i no té febre



Rera 24h d'inici antibiòtic i no té febre

Confirmació microbiològica

- **Test ràpid antigènic estreptocòcic (RADT):**
(alta especificidad)
- **Cultiu faríngi:** gold standard si RADT negatiu i alta sospita (pediatria).

Complicacions

- Supuratives: Abscés periamigdalí
- No supuratives:
 - Febre reumàtica
 - Glomerulonefritis postestreptocòccica



Font: blog.hospitalangeles.com

Tractament: penicil·lina/amoxicil·lina x 10 dies

(Si al·lèrgia: macròlid o la lincosamida)

poden tornar al'escola a les 24h d'iniciar ATB i si ja no tenen febre)

CAS CLÍNIC 3

Nena de 2 anys sense antecedents d'interès i amb calendari vacunal actualitzat per edat.

Consulta per:

- Febre de 38°C amb malestar general de 2 dies d'evolució
- Odinofàgia
- Lesions maculopapulars a zona perioral i petites úlceres a la boca que són doloroses



Font: Dra. Zulema Martí

Quin és el diagnòstic més probable?



Herpangina



Varicel·la



Boca mà peu



Al cap de 2 dies millora de la febre i l'estat general però reconsulta per aparició de les següents lesions als peus, mans i natges que no són doloroses.



Font: Dra. Zulema Martí

Quin és el diagnòstic més probable?



Herpangina



Varicel·la



Boca mà peu



Quin és el diagnòstic més probable?

Herpangina

Varicel·la

Boca mà peu



Quin és l'agent causal d'aquesta patologia?



Enterovirus



Parvovirus B19



Virus herpes simple



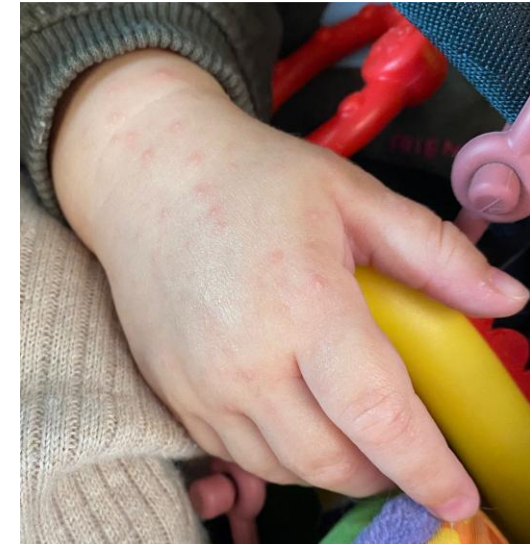
Quin és l'agent causal d'aquesta patologia?

- Enterovirus
- Parvovirus B19
- Virus herpes simple



MALALTIA BOCA MÀ PEU

- Causada per **ENTEROVIRUS: Coxsackie A16, EV A71**, Coxsackie A6, Coxsackie A5 i A10, Coxsackie B i Echo virus
- **PERÍODE INCUBACIÓ:** 3-6 dies (tot i que pot arribar a ser de 2 setmanes)
- **TRANSMISSIÓ:** Via fecal - oral, contacte directe amb secrecions respiratòries (mucositat) o saliva i per contacte amb objectes contaminats (joguines, llençols, tovalloles...)
- **PREVENCIÓ:** rentat freqüent de mans i dels objectes que han estat en contacte amb un nen malalt



Font: Dra. Marta Morros

MALALTIA BOCA MÀ PEU

- **CLÍNICA:**

- Febre i malestar general
 - Exantema maculo-papular a vegades acompanyat de petites vesícules a palmes i plantes (menys freqüent a dors de mans i peus), natges, perioral i lesions ulceratives a boca (genives, paladar i llengua)
-
- Es pot passar la malaltia de forma asimptomàtica
 - La febre habitualment es resol en 48-72h però les lesions poden tardar entre 7-10 dies a desaparèixer



Font: Dra. Marta Morros

MALALTIA BOCA MÀ PEU

- **TRACTAMENT:**

- Antitèrmics (paracetamol o ibuprofè)
- Hidratació
- Gels orals per les úlceres
- Evitar menjars calents i àcids

- No hi ha vacuna disponible

- Pot produir lesions a unghes 3-8 setmanes després d'haver passat la malaltia: **ONICOMADESIS**: desprendiment no dolorós de la ungha que inicia de forma proximal i s'estén distal fins a la pèrdua de la ungha.

Figura 1. Onicomadesis tras enfermedad boca-mano-pie



Font: Meseguer Yebra P, Meseguer Yebra C. Cuando las uñas se caen. La onicomadesis. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:161.e67-e70.

Quan seria recomanable tornar a l'escola?



Caldria esperar fins que les lesions cutànies s'hagin resolt



No és motiu d'exclusió escolar



Caldria esperar fins a 2 setmanes



Quan seria recomanable tornar a l'escola?

Caldria esperar fins que les lesions cutànies s'hagin resolt

No és motiu d'exclusió escolar

Caldria esperar fins a 2 setmanes



CAS CLÍNIC 4

Nen de 23 mesos amb AP dermatitis atòpica.

Consulta per lesions cutànies generalitzades de 2 dies d'evolució, no pruriginoses, més marcades a nivell perioral, que van iniciar per braços i s'han anat extenent.

També alguna afta a nivell de paladar tou.



a.

Font: Espiñeira Volo B, Montoro González BC. ¿Enfermedad mano-pie-boca? ¿Varicela? ¿Qué le ocurre a mi hijo?. AMF 2021;17(6);2948.

Quin és el diagnòstic més probable?



Eczema *coxsackium*



Varicel·la



Eczema herpeticum



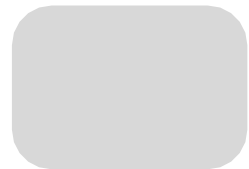
Quin és el diagnòstic més probable?



Eczema *coxsackium*



Varicel·la



Eczema herpeticum



ECZEMA COXSACKIUM

- És una forma atípica i més agressiva de la malaltia boca mà peu
- Causada per serogrups de Coxsackie menys freqüents, principalment pel Coxsackie A6
- Més freqüent si patologia cutània crònica (dermatitis atòpica)
- **CLÍNICA:**
 - Sol produir febre i més afectació sistèmica. L'afectació mucosa és menys freqüent.
 - Afectació de predomini a llavis i zona perioral, extremitats, mans i peus, glutis i zona perineal, tronc i coll.

ECZEMA COXSACKIUM

- **DIAGNÒSTIC:** Clínic. Si dubtes, es pot realitzar PCR de les lesions
- **TRACTAMENT:** simptomàtic



Font: Vázquez Sánchez M, Genzor Ríos C, López Campos M, Fuentelsaz del Barrio V, Fernández Lozano C. Eczema coxsackium en pacientes con dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e141-e145

Font: Martínez-Miravete MT, García-Romero R, de la Torre-Espí M. Eczema coxsackium. Anales de Pediatría. 2021;94(4):267-268.
doi:10.1016/j.anpedi.2020.10.008

CAS CLÍNIC 5

Nena de 4 anys amb antecedents de dermatitis atòpica i no vacunada.

Consulta per:

- Febre de 38-39°C de 2 dies d'evolució
- Malestar general
- Exantema maculo papular amb algunes vesícules i algunes crostes, pruriginós
- Lesions de predomini a cap i tronc



Quin és el diagnòstic més probable?



Herpangina



Varicel·la



MPOX (conegut anteriorment com verola del mico)



VARICEL·LA

La primoinfecció pel virus varicel·la-zoster produeix el quadre clínic de la **varicel·la**. La reactivació dóna lloc a l'**herpes zoster**.

TRANSMISSIÓ: Contacte directe amb el líquid vesicular o les secrecions respiratòries de la persona infectada

PERÍODE DE CONTAGIOSITAT: 1-2 dies abans de l'inici dels símptomes fins que totes les lesions estan en fase de crosta

PERÍODE D'INCUBACIÓ: al voltant 14 dies (entre 9-21 dies)



Font: Conejo Fernández AJ, Cruz Cañete M. Enfermedades exántemáticas víricas. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:33-49.

Quin és el diagnòstic més probable?

Herpangina




Varicel·la

MPOX (conegut anteriorment com verola del mico)



En relació a la varicel·la, quina és certa?



-  Les complicacions més freqüents són neurològiques (encefalitis, atàxia cerebel·losa...)
-  La vacuna està contraindicada en embarassades
-  Les lesions no afecten a mucoses

En relació a la varicel·la, quina és certa?



Les complicacions més freqüents són neurològiques (encefalitis, atàxia cerebel·losa...)

La vacuna està contraindicada en embarassades

Les lesions no afecten a mucoses

VARICEL·LA

CLÍNICA:

- Erupció pruriginosa vesicular que sol iniciar a tronc i cara i s'extén a la resta del cos, podent afectar a mucoses
- Les lesions evolucionen de pàpules a vesícules i posteriorment a crostes
- Es pot acompanyar de febre, astènia, irritabilitat
- En la majoria de casos es resol en 7-10 dies.



Font: Canal Salut Gencat

DIAGNÒSTIC: En la majoria de casos és **clínic**.

En casos atípics, greus o pacients immunodeprimits, es recomana diagnòstic de confirmació amb PCR (mostra de les lesions en fase de vesícula o crosta)

COMPLICACIONS:

Infeciosas	Sobreinfecció cutànea Neumonía bacteriana Osteomielitis
Neurológicas	Ataxia cerebelosa aguda Encefalitis, meningitis Vasculitis del SNC
Respiratorias	Neumonitis varicelosa
Hematológicas	Púrpura trombocitopénica idiopática Púrpura fulminante
Otras	Síndrome de Reye Hepatitis

SNC: sistema nervioso central.

Les més freqüents:

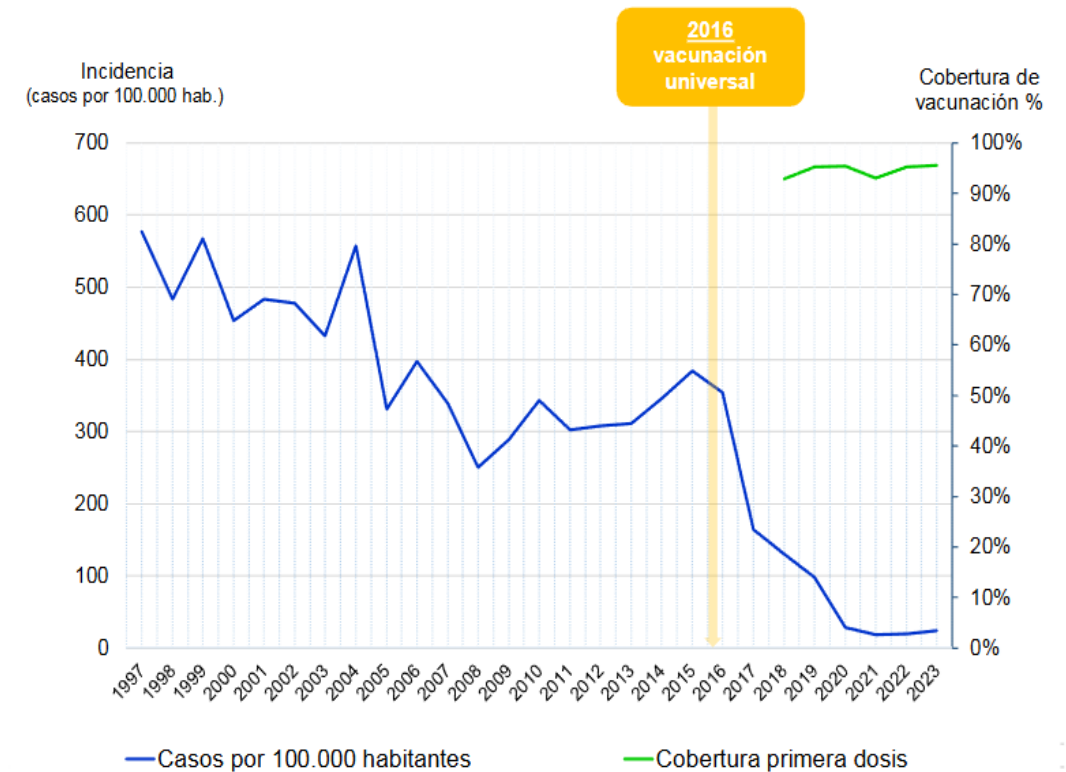
- Infecció bacteriana de la pell i teixits tous
- En adults: pneumònia bacteriana

VARICEL·LA

VACUNACIÓ: Als 15 mesos i als 3 anys
(inclosa a calendari vacunal des de 2016)

Contraindicada: embarassades i
immunossupressió

Nen no vacunat exposat a un cas: es pot
vacunar els 3-5 dies després del contacte. 2
dosis separades almenys 4 setmanes



Font: Torres de Mier MV, Masa-Calles J. Varicela en España, 1997-2023. Análisis preliminar del impacto de la vacunación universal en la infancia. Boletín Epidemiológico Semanal. 2025;33(1):45-57. doi: 10.4321/s2173-92772025000100004

Quina és la resposta falsa en relació al tractament?



- En nens sans el tractament és simptomàtic, sent d'elecció l'ibuprofè
- En nens amb factors d'alt risc, cal considerar Aciclovir ev
- En cas de persistència de febre, cal pensar en possible sobreinfecció bacteriana

Quina és la resposta falsa en relació al tractament?



En nens sans el tractament és simptomàtic, sent d'elecció l'ibuprofè

En nens amb factors d'alt risc, cal considerar Aciclovir ev

En cas de persistència de febre, cal pensar en possible sobreinfecció bacteriana

TRACTAMENT:

- **Nens i adolescents sans:** tractament simptomàtic (paracetamol, antihistamínics)
 - Evitar AINES: en alguns estudis associen a més risc d'infeccions cutànies
 - Evitar Aspirina: augmenta risc de Sd Reye
- **Risc moderat de complicacions greus:** Aciclovir (oral) 20 mg/kg/dosis (màx 800 mg/dosis) 4 vegades/dia x 5 dies
- **Alt risc de complicacions greus:** Aciclovir ev 10 mg/kg/dosis cada 8 horas x 7-10 dies

Factores de alto riesgo

- Lactantes < de 1 mes
- Inmunocomprometidos
- Ingresados por otros motivos y aún desarrollando nuevas lesiones
- Enfermedad muy severa

Factores de riesgo moderado

- >13 años en primeras 24 h
- Enfermedad dermatológica concurrente. Ej. dermatitis atópica.
- En tratamiento con aspirina
- Esteroides orales de corta duración o intermitentes

ACICLOVIR: eficacia màxima si inici < 24h

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓ: IMMUNOGLOBULINA VARICEL·LA ZÒSTER

- Què es considera exposició significativa?
 - Convivència domiciliària o mateixa habitació hospitalària
 - Contacte cara a cara prolongat o contacte directe amb lesions
- Quan cal administrar?
 - Embarassades sense antecedent de varicel·la ni vacunació
 - Recent nascuts si la mare desenvolupa varicel·la 5 dies abans del part o 2 dies després (risc elevat de varicel·la neonatal greu).
 - Prematurs <28 setmanes o <1000 g exposats i prematurs hospitalitzats sense immunitat materna coneguda
 - Immunodeprimits

Administrar 96h després de l'exposició (pot ser útil fins a 10 dies després del contacte)

Quan poden tornar a l'escola els nens?



Quan ja no tenen febre



No és motiu d'exclusió escolar



Quan les lesions estan seques i amb crostes



Quan poden tornar a l'escola els nens?

Quan ja no tenen febre

No és motiu d'exclusió escolar

Quan les lesions estan seques i amb crostes



Cas clínic 6

Nen de 3 anys que és portat a la consulta amb una erupció vermella molt cridanera a les dues galtes i un exantema en forma de xarxa al tronc.

La mare explica que fa uns 3 o 4 dies el nen va tenir febreta ($37'5^{\circ}\text{C}$), mocs i mal de coll, que van passar com un refredat comú. No presenta prurit important ni dolor. El nen està actiu i menja normal.

La mare està preocupada perquè l'endemà té una festa d'aniversari amb altres nens.



font: AEP

Quin seria el Dx més probable i la recomanació mèdica correcta respecte al contagi?



Exantema sobtat. El nen no ha d'anar a la festa ni anar a l'escola, ja que el moment de màxim contagi és precisament quan apareix l'exantema al tronc i galtes



5a malaltia o eritema infecciós. El nen pot anar a la festa sense problemes si es troba bé, perquè quan apareix l'erupció a la pell la malaltia ja no és contagiosa



Escarlatina. El nen pot anar-hi, però només si abans se li administra una dosi d'antibiòtic per tallar la transmissió del bacteri.

Exantema sobtat. El nen no ha d'anar a la festa ni anar a l'escola, ja que el moment de màxim contagi és precisament quan apareix l'exantema al tronc i galtes.

5a malaltia o eritema infecciós. El nen pot anar a la festa sense problemes si es troba bé, perquè quan apareix l'erupció a la pell la malaltia ja no és contagiosa

Escarlatina. El nen pot anar-hi, però només si abans se li administra una dosi d'antibiòtic per tallar la transmissió del bacteri.

ERITEMA INFECCIÓS

Popularment conegut com a "**cinquena malaltia**" o la malaltia de la "**bofetada**".

És una infecció viral lleu i molt comuna, especialment en infants d'entre 5 i 15 anys.

El seu tret més característic és una erupció de color vermell intens a les galtes que fa l'efecte d'haver rebut una bufetada.

Etiologia: **parvovirus B19**. És un virus exclusivament humà.

Síntomes i evolució:

- **Fase inicial (prodròmica):** Comença com un refredat comú. Pot incloure febre moderada, malestar general, mocs i mal de cap. Durada entre 2 i 5 dies.
- **L'erupció a les galtes:** Uns dies després del refredat, apareix un vermell brillant a les dues galtes. És indolor però pot picar una mica.
- **Erupció al cos:** Al cap d'1 o 2 dies, el brot s'estén al tronc, els braços i les cames. Aspecte **reticulat**. Aquesta erupció pot marxar i tornar a aparèixer durant setmanes si la pell s'exposa al sol, a canvis de temperatura o si l'infant fa exercici.

Contagi: a través de les **gotes de saliva o mocs** o per contacte amb mans o objectes contaminats.

La gran paradoxa del contagi: El moment de màxim contagi és **abans** que surti l'erupció a les galtes (durant els símptomes de refredat). Quan surt la taca vermella a la cara, l'infant **ja no encomana la malaltia** i, per tant, pot anar a l'escola perfectament si es troba bé.

Diagnòstic: Clínic. Només en casos molt concrets (com embarassades o persones amb defenses baixes) es fa una analítica de sang per confirmar la presència d'anticossos contra el virus.

Tractament

No existeix un tractament antiviral específic per curar-lo.

Síntomàtic:

- **Paracetamol o ibuprofèn** si hi ha febre o malestar.
- **Cremes hidratants** o antihistamínics si l'erupció pica molt.
- Molta **hidratació** (aigua) i repòs.

⚠ **Grup de risc important:** Tot i que és una malaltia benigna en infants, el parvovirus B19 pot ser perillós per a les **dones embarassades** (perquè pot causar anèmia greu al fetus) i per a persones amb anèmies cròniques o el sistema immunitari debilitat.

Novetats de la 5a malaltia

Augment molt important de casos a escala global (incloent-hi Catalunya i la resta d'Europa).

Després de la pandèmia de la COVID-19, els patrons de molts virus infantils van canviar. Com que els nens van passar molt de temps amb mascaretes i distanciament, es va crear una "escletxa d'immunitat" (molts infants no es van exposar al virus quan tocava). Això ha provocat que el virus torni a circular amb molta més força del que és habitual.

Les autoritats sanitàries han llançat alertes per monitorar de prop la situació, posant el focus en tres novetats o punts d'interès actuals:

1. Més casos en nens (i en edats una mica més grans)

Els brots a les escoles i llars d'infants han estat més intensos. S'ha vist que la taxa de positivitat i d'exposició en infants d'entre 5 i 9 anys s'ha multiplicat respecte als anys anteriors. En la gran majoria de nens continua sent una malaltia molt lleu (només les galtes vermelles i l'erupció), però en haver-hi tants casos positius, estadísticament s'han vist algunes complicacions més del que és habitual.

Novetats de la 5a malaltia

2. Alerta i cribratge estricte en embarassades

Com que el virus circula molt més en l'ambient, el risc que una dona embarassada que no hagi passat la malaltia es contagiï ha pujat.

- Més perill si el contagi es produeix **entre la setmana 9 i la 20 de gestació**.
- El virus pot travessar la placenta i provocar una anèmia greu al fetus (*hidrops fetal*).
- **Què es fa ara?** Davant de qualsevol sospita o brot escolar, els obstetres estan fent controls de sang molt més ràpids (analítiques d'anticossos IgM i IgG o proves PCR) a les gestants exposades per actuar de pressa si cal fer un seguiment ecogràfic estricte del nadó.

3. Increment de "crisi aplàstica" en pacients de risc

El parvovirus B19 té predilecció per infectar les cèl·lules mare.

A causa de l'augment global de casos, els hospitals han notificat un increment de **crisis aplàstiques**. Això afecta sobretot a:

- Persones amb anèmies cròniques (com l'anèmia falciforme o la talassèmia).
- Pacients oncològics o immunodeprimits.

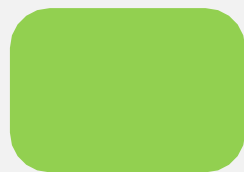
Cas clínic 7

Un lactant de 10 mesos és portat a la consulta de pediatria per presentar un quadre de febre alta (fins a 39,5 °C) de 4 dies de durada, sense un focus clar en l'exploració física, a excepció d'una lleu hiperèmia faríngia. Avui la febre ha desaparegut de forma brusca i, simultàniament, ha presentat un exantema de màcules i pàpules de color rosat, no confluent, distribuït principalment pel tronc i el coll, que respecta la cara i les extremitats.



Font: Associació de pediatria d'Extremadura

Tenint en compte el Dx de sospita més probable, quina de les següents afirmacions és CORRECTA?



L'agent etiològic més freqüent és el virus de l'herpes humà tipus 7 (HHV-7) i la complicació aguda més habitual són les convulsions febrils.



El virus causant presenta un tropisme especial pels limfòcits T CD4+ i el diagnòstic requereix de forma sistemàtica la determinació d'IgM específica o PCR en sang.



El quadre està causat principalment pel virus de l'herpes humà tipus 6 (HHV-6) i el contagi es produeix majoritàriament a partir de la saliva de portadors sans crònics (com els pares), ja que el virus persisteix latent a les glàndules salivals.

L'agent etiològic més freqüent és el virus de l'herpes humà tipus 7 (HHV-7) i la complicació aguda més habitual són les convulsions febrils.

El virus causant presenta un tropisme especial pels limfòcits T CD4+ i el diagnòstic requereix de forma sistemàtica la determinació d'IgM específica o PCR en sang.

El quadre està causat principalment pel virus de l'herpes humà tipus 6 (HHV-6) i el contagi es produeix majoritàriament a partir de la saliva de portadors sans crònics (com els pares), ja que el virus persisteix latent a les glàndules salivals.

Etiologia i Patogènia

- **Agents causals: Virus de l'Herpes Humà 6 (HHV-6)**, concretament el **subtipus HHV-6B** (responsable de més del 90% dels casos). El Virus de l'Herpes Humà 7 (HHV-7) n'és el causant d'un percentatge menor de casos, actuant de vegades com a segon episodi.
- **Mecanisme d'entrada:** Són virus d'ADN de doble cadena de la subfamília *Betaherpesvirinae*. El receptor cel·lular per al HHV-6B és el **CD134** (present en els limfòcits T activats), mentre que utilitza la molècula CD46 com a receptor secundari.
- **Latència:** Després de la primoinfecció, el virus estableix una **infininitat de latència permanent** en les cèl·lules mononuclears de la sang perifèrica, cèl·lules progenitores de la medul·la òssia i en el teixit de les glàndules salivals. Com a particularitat biològica, el HHV-6 es pot integrar en els telòmers dels cromosomes humans (transmissió vertical cromosòmica en un 1% de la població).

Dinàmica de Contagi i Epidemiologia

- **Via de transmissió:** via respiratòria mitjançant **gotes de Flügge o aerosols de saliva**.
- **Font d'infecció:** Atès que la malaltia confereix immunitat permanent respecte a la presentació clínica clàssica, el vector de contagi no solen ser altres infants malalts, sinó els **adults o germans grans portadors sans**. Aquests subjectes reexcreten el virus de forma intermitent per la saliva a causa de reactivacions asimptomàtiques en les glàndules salivals.
- **Perfil epidemiològic:** Afecta gairebé exclusivament lactants d'entre **6 i 15 mesos**. Abans dels 6 mesos, els nadons estan protegits pels anticossos IgG materns transmesos per via transplacentària, els quals van disminuint progressivament.

Exantema sobtat, rosèola o 6a malaltia

Diagnòstic:

Fonamentalment clínic a causa de la seva presentació cronològica patognomònica (febre molt alta que resol de forma mútua en el mateix moment en què emergeix l'erupció morbiliforme).

- **Diagnòstic diferencial en el laboratori (Generalment NO requerit):**
 - **Serologia (ELISA):** Demostració de seroconversió d'IgG o presència d'IgM específica. Cal precaució amb la IgM, ja que pot positivitzar-se falsament per reactivació d'altres herpesvirus.
 - **Càrrega viral (qPCR):** Útil per distingir la infecció activa de la latència cromosòmica. Una càrrega viral molt elevada en sèrum/plasma (no en sang total) indica replicació activa.
- **Hemograma típic:** Durant la fase febril pot haver-hi leucocitosi moderada, però en el moment de l'aparició de l'exantema és clàssica la **leucopènia relativa amb limfocitosi i neutropènia**, deguda al tropisme de l'herpesvirus per la línia blanca.

Tractament i Maneig de Complicacions

- **Pacient immunocompetent:** curs benigne i autolimitat. Tractament **exclusivament simptomàtic i de suport:**
 - Antipirètics de primera línia (**paracetamol** o **ibuprofèn**) per al control del malestar. S'ha de monitoritzar estretament la corba tèrmica a causa del risc de **convulsions febrils simples o complexes**
- **Pacient immunodeprimit (Transplantament d'òrgan sòlid/progenitors hematopoètics o VIH):** En aquests pacients, la reactivació pot provocar quadres greus com encefalitis, pneumonitis o fallida medul·lar. Només en aquests escenaris crítics està justificat el tractament antiviral amb:
 - **Ganciclovir** (teràpia d'elecció).
 - **Foscarnet** o **Cidofovir** (com a alternatives en cas de resistència o toxicitat).

NOVETATS sobre l'exantema sobtat

El misteri de la barrera hematoencefàlica i les convulsions

Sempre s'havia pensat que les convulsions febrils que pateixen un 10% i un 15% dels nens amb aquesta malaltia eren només "per culpa" de la pujada tan ràpida de la temperatura.

- **La novetat:** Estudis recents han descobert que el virus de la rosèola no és un simple espectador. S'ha vist que el VHH-6 té una capacitat real per alterar transitòriament la barrera hematoencefàlica (la "muralla" que protegeix el cervell).
- El virus eleva unes proteïnes anomenades *metal·loproteïnases*, fent que aquesta barrera sigui més permeable durant els dies de febre alta. Això explica per què aquest virus dona tantes convulsions en comparació amb altres que també provoquen febre alta.

NOVETATS sobre l'exantema sobtat

La revolució del diagnòstic ràpid (Panells Multiplex PCR)

Fins fa molt poc, si un nadó ingressava per febre alta i una convulsió, els metges havien de punxar l'esquena (punció lumbar) i esperar dies per saber quin virus era, o bé fer el diagnòstic un cop sortien les taques a la pell.

- **La novetat:** Als hospitals s'està instaurant de forma massiva l'ús de panells de PCR ràpida (com el *FilmArray*). Amb una sola mostra de líquid cefalorquídi o de sang, en poques hores el sistema detecta si l'origen és el VHH-6. Això evita l'ús innecessari d'antibiòtics a urgències i dona una tranquil·litat gairebé immediata als pares mentre s'espera que aparegui l'exantema.

NOVETATS sobre l'exantema sobtat

El fenomen del VHH-6 "integrat cromosòmicament" (ciHHV-6)

Aquesta és una de les troballes biològiques més importants. Es calcula que aproximadament l'**1% de la població mundial** té una característica única: el virus de la rosèola ha "cosit" el seu ADN a dins dels cromosomes de la persona. Això vol dir que es transmet de pares a fills per l'herència genètica.

- **La novetat i el maldecap clínic:** Actualment s'està formant molt els metges per identificar aquests casos. Si un nen amb aquesta condició es fa una PCR per qualsevol altre motiu, la prova sortirà amb una càrrega viral altíssima, ja que el virus forma part del seu propi ADN. Saber diferenciar una infecció activa de la rosèola d'una "integració cromosòmica" és clau per no tractar o alarmar el pacient sense necessitat.

Noi de 15 anys, procedent de país sense programa de vacunació sistemàtica.

Febrícula i cert lagrimeig des de fa 3 dies. Es queixa de dolor a la part posterior del coll.

Presenta avui un exantema rosat maculopapular lleu que ha començat a la cara i s'ha estès ràpidament cap al tronc i extremitats



Quin d'aquests signes prodròmics, present sovint abans de l'exantema, és el més característic d'aquesta patologia?



Conjuntivitis purulenta amb fotofòbia intensa.



Adenopaties retroauriculars, suboccipitals i cervicals posteriors doloroses.



Febre superior a 40 °C de més de 5 dies d'evolució.

Rojo Conejo P, et al. Enfermedades exantemáticas. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología. 3a ed. Madrid: Ergon; 2011. p. 279-296

Quin d'aquests signes prodròmics, present sovint abans de l'exantema, és el més característic d'aquesta patologia?



Adenopaties retroauriculars, suboccipitals i cervicals posteriors doloroses.

Rojo Conejo P, et al. Enfermedades exantemáticas. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología. 3a ed. Madrid: Ergon; 2011. p. 279-296

RUBÈOLA (o 3a malaltia)

Pròdroms: Més evidents en adolescents i adults. Febrícula, malestar, cefalea i la característica limfadenopatia retroauricular i suboccipital.

Enantema: Taques de Forchheimer (màcules o petèquies eritematoses al paladar tou i la campaneta) presents en un 20% dels casos abans de l'exantema.



RUBÈOLA (o 3a malaltia)

Etiologia: Causada pel **virus de la Rubèola** (gènere Rubivirus, família Matonaviridae). És un virus d'ARN.

Transmissió: Per contacte directe amb secrecions nasofaríniques (gotes de Flügge). El pacient és contagiós des de 7 dies abans de l'exantema fins a 7 dies després.

Període d'incubació: 14-21 dies.

Epidemiologia: Actualment rara al nostre entorn gràcies a la vacunació sistemàtica, però cal mantenir un **alt índex de sospita** en pacients **no immunitzats, viatgers o poblacions vulnerables**.

Kliegman RM, St. Geme JW. Nelson Tratado de Pediatría. 21a ed. Barcelona: Elsevier; 2020. p. 1700-1704.

RUBÈOLA (o 3a malaltia)

Exantema: Maculopapular, rosat, discret (menys confluent que el xarampió).

Distribució i evolució: Progressió craniocaudal ràpida (cara cap a tronc i extremitats). Sol desaparèixer en el mateix ordre en uns 3 dies (conegut com el "xarampió dels 3 dies") amb una mínima o nul·la descamació .



Bouthry E, Picone O, Rozenberg F, et al. Rubella and pregnancy: diagnosis, management and outcomes. Prenat Diagn. 2014;34(13):1246-1253.

RUBÈOLA (o 3a malaltia)



Diagnòstic Clínic: Difícil per la seva similitud amb altres virus (Parvovirus, Adenovirus, Enterovirus).

Proves Complementàries (de declaració obligatòria):

Serologia: Detecció d'IgM específica de rubèola (pot donar falsos positius amb parvovirus B19 o mononucleosi). Augment de 4 vegades el títol d'IgG en mostres agudes i convalescents.

PCR: Detecció d'ARN viral en exsudat faringi, orina o sang. És l'estàndard d'or actual per confirmació, preferentment en els primers 4 dies de l'exantema.

Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Manual de Infectología Pediátrica. 2a ed. Madrid: Panamericana; 2021

RUBÈOLA (o 3a malaltia)



COMPLICACIONS EN EL NEN/ADULT:

- Artritis/artràlgies (+ comunes en dones joves)
- Trombocitopènia postinfecciosa
- Encefalitis (rara, 1/6000 casos).

Lambert N, Strebel P, Orenstein W, et al. Rubella. Lancet. 2015;385(9984):2297-2307.

RUBÈOLA (o 3a malaltia)



SÍNDROME DE LA RUBÈOLA CONGÈNITA (SRC):

És el veritable risc d'aquesta malaltia. El contagi matern durant el primer trimestre de gestació comporta un risc >85% de defectes fetals.

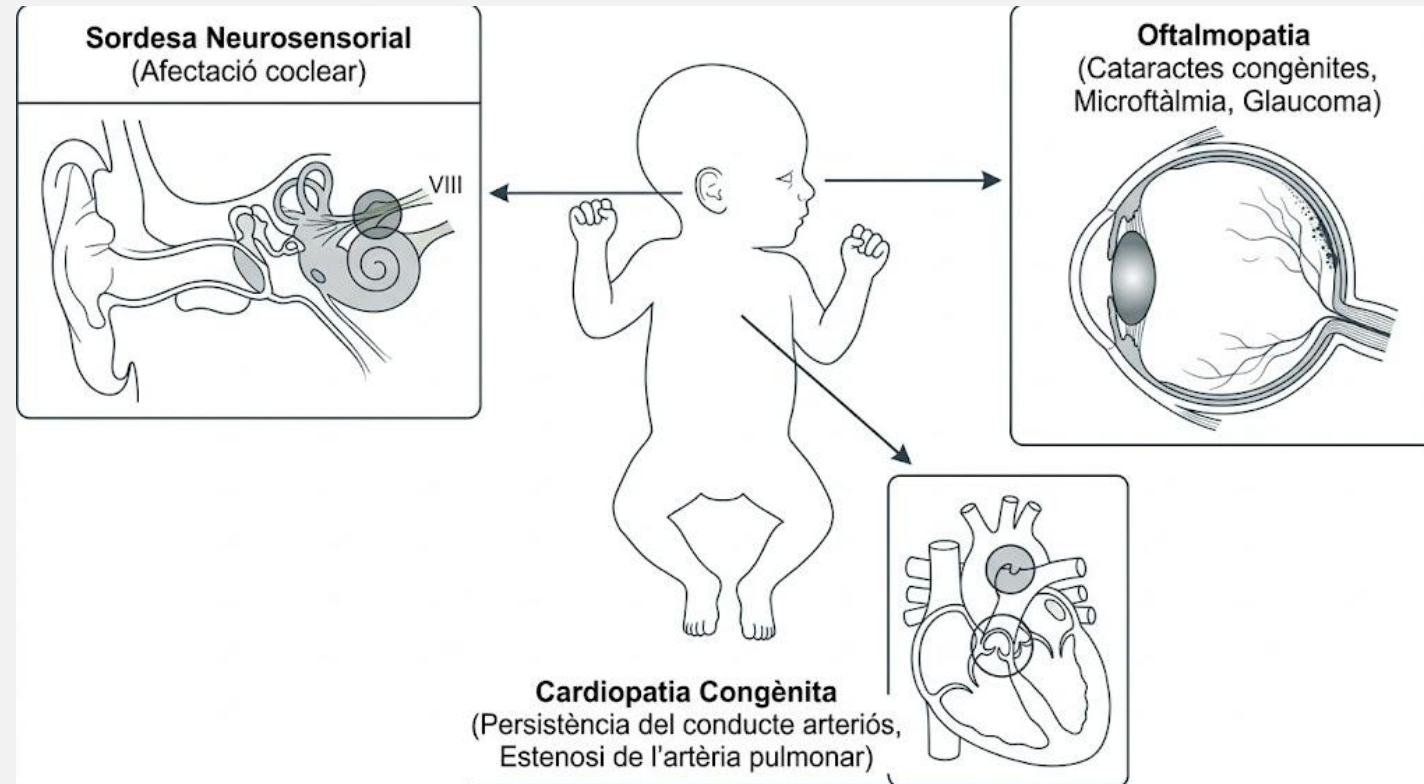
Tríada de Gregg (manifestacions clàssiques de la SRC):

- Cardiopatia congènita (Persistència del conducte arteriós, estenosi de l'artèria pulmonar).
- Oftalmopatia (Cataractes congènites, retinitis pigmentària, glaucoma).
- Sordesa neurosensorial (la seqüela aïllada més freqüent).

Lambert N, Strebel P, Orenstein W, et al. Rubella. Lancet. 2015;385(9984):2297-2307.

91 RUBÈOLA (o 3a malaltia)

SÍNDROME DE LA RUBÈOLA CONGÈNITA (SRC):



Lambert N, Strebel P, Orenstein W, et al. Rubella. Lancet. 2015;385(9984):2297-2307.

RUBÈOLA (o 3a malaltia)

Tractament: No existeix tractament antiviral específic. Mesures de suport i simptomàtiques (analgèsics/antitèrmics).

Prevenció i Aïllament: Exclusió escolar o laboral durant els 7 dies posteriors a l'inici de l'exantema. Evitar el contacte amb dones embarassades.



Comitè Assessor de Vacunes de l'AEP. Manual de Vacunes en línia de l'AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2026.

RUBÈOLA (o 3a malaltia)

Vacunació: **Fonamental.**

Vacuna de virus vius atenuats
(inclosa a la Triple Vírica: Xarampió,
Rubèola, Parotiditis).

Pauta habitual: Primera dosi
als 12 mesos i segona dosi als
3-4 anys.

Contraindicada en embaràs i
immunodeficiències greus.

Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la **Asociación Española de Pediatría**
Vacunación sistemática y de rescate en población sin condiciones de riesgo **2026**
www.vacunasaep.org

VACUNA O ANTICUERPO MONOCLONAL	Embarazadas	Niños (edad en meses)						Niños y adolescentes (edad en años)					
		0	2	4	6	11	12	15	24	4	6	10	12
Hepatitis B ¹			HB	HB		HB		HB					
Difteria, tétanos y tosferina ²	Tdpa		DTPa	DTPa		DTPa		DTPa		DTPa/Tdpa	Tdpa	Tdpa	
Poliomielitis ³			VPI	VPI		VPI		VPI		VPI	VPI	VPI	
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴			Hib	Hib		Hib		Hib					
Neumococo ⁵			VNC	VNC	(VNC)	VNC		VNC					
Rotavirus ⁶			RV	RV	(RV)								
Meningococo B ⁷			MenB	MenB			MenB		MenB		MenB	MenB	
Meningococos ACWY ⁸				Men ACWY			Men ACWY		Men ACWY		Men ACWY	Men ACWY	
Gripe ⁹	Gripe						Gripe						
SARS-CoV-2 ¹⁰	SARS-CoV-2												
Hepatitis A ¹¹							HA		HA				
Sarampión, rubeola y parotiditis ¹²							SRP	SRP	SRP-Var o SRPV	SRP-Var o SRPV			
Varicela ¹³							Var		SRP-Var o SRPV				
Virus del papiloma humano ¹⁴											VPH	VPH	
Virus respiratorio sincitial ¹⁵	VRS		AcVRS										

■ Vacunas sistemáticas
■ Rescate en la población sin condiciones de riesgo

caep Asociación Española de Pediatría
CAV Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones

Comitè Assessor de Vacunes de l'AEP. Manual de Vacunes en línia de l'AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2026.

Lactant de 4 mesos amb irritabilitat i febre.

Fa dos dies va presentar secreció purulenta umbilical.

Avui s'observa un eritema generalitzat, més intens a flexures, que es palpa aspre.

A la pressió tangencial sobre la pell aparentment sana, es produeix un despreniment epidèrmic (Signe de Nikolsky positiu).

Les mucoses estan respectades.



Anatòmicament, a quin nivell exacte es produeix l'esclivatge (separació) de l'epidermis en aquesta patologia?

A la unió dermoepidèrmica, causant dany als hemidesmosomes.

A l'estrat granulós de l'epidermis.

A la dermis papil·lar, provocant sagnat actiu en desprendre's

Liy-Wong C, Pope E, Lara-Corrales I. Staphylococcal scalded skin syndrome: An epidemiological and clinical review of 84 cases. Pediatr Dermatol. 2021;38(1):149-153.

Anatòmicament, a quin nivell exacte es produeix l'esclivatge (separació) de l'epidermis en aquesta patologia?



A l'estrat granulós de l'epidermis.

Liy-Wong C, Pope E, Lara-Corrales I. Staphylococcal scalded skin syndrome: An epidemiological and clinical review of 84 cases. Pediatr Dermatol. 2021;38(1):149-153.

Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

Signe Clínic Clau: **Signe de Nikolsky positiu**

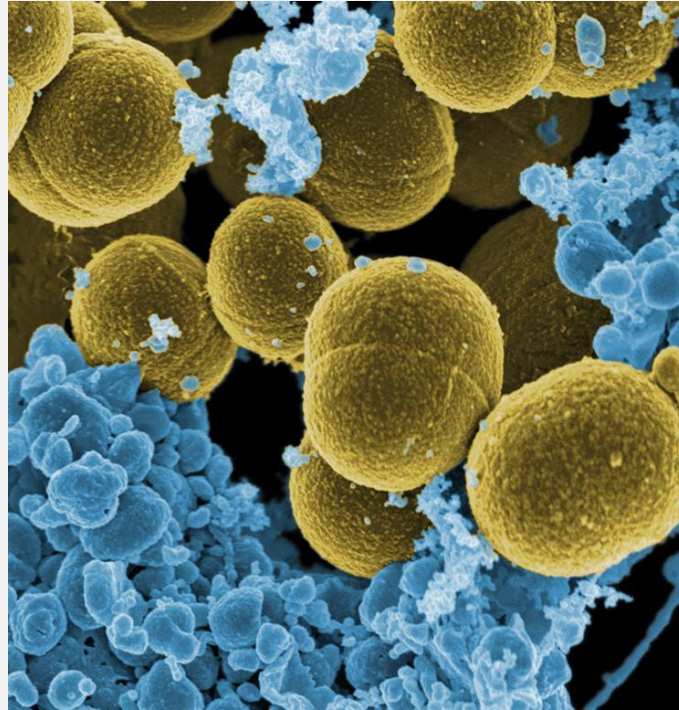
(la pressió mecànica lleugera sobre la pell eritematosa provoca el lliscament i despreniment de l'epidermis).



Handler MZ, Schwartz RA. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management in children and adults. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28(11):1418-1423

Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

Etiologia: Causada per soques de *Staphylococcus aureus* (principalment el fagotip 71).



Patel GK, Finlay AY. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management. Am J Clin Dermatol. 2003;4(3):165-175.

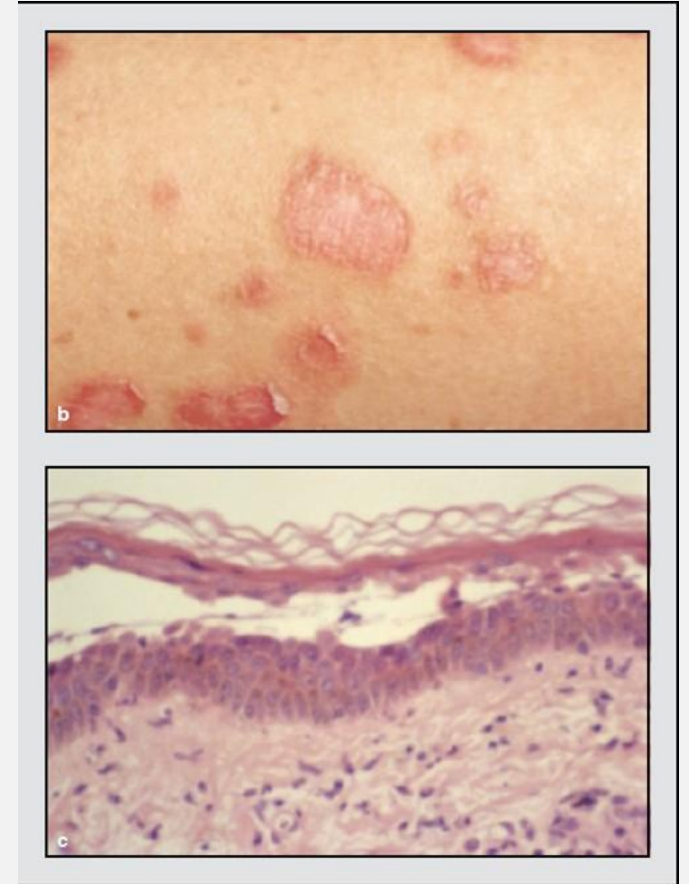
Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

Fisiopatologia:

El bacteri, des d'un focus infecció local (melic, conjuntiva, nas), produeix toxines exfoliatives (ETA i ETB) que passen al torrent sanguini.

Aquestes toxines actuen com a proteases de serina amb una diana molecular molt específica: trenquen la desmogleïna-1.

Com que la desmogleïna-1 s'expressa predominantment a la part superior de l'epidermis (i poc a les mucoses), es produeix un esclivatge superficial a l'estrat granulós, deixant la capa basal intacta.



Patel GK, Finlay AY. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management. Am J Clin Dermatol. 2003;4(3):165-175.

Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

Població diana: Principalment nens **menors de 5 anys i nounats** (la immaduresa renal dificulta l'aclariment de la toxina i tenen manca d'anticossos neutralitzants).

Presentació: Irritabilitat extrema i febre.



Handler MZ, Schwartz RA. Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management in children and adults. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28(11):1418-1423

Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

Exantema: Eritema difús que comença a la cara (periorifical), coll, axil·les i engonals. La pell adquireix un tacte abrasiu, com de "paper de vidre" i és exquisidament dolorosa al tacte.



Rivero BPP, Carranco-Dueñas JA, Gálvez-Martínez RE, Rivera-Echegoyen M. Síndrome de piel escaldada por estafilococo. *An Med ABC*. 2021; 66 (2): 146-150. <https://dx.doi.org/10.35366/100486>

Handler MZ, Schwartz RA. *Staphylococcal scalded skin syndrome: diagnosis and management in children and adults*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(11):1418-1423

Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

Fase Ampul·lar (24-48h):

Es formen butllofes flàccides i grans que es trenquen amb molta facilitat deixant àrees extenses de pell denudada (aspecte de pell escaldada o cremada).

Característica fonamental: **NO hi ha afectació de les mucoses** (a diferència d'altres processos greus, ja que a les mucoses predomina la desmogleïna-3, que no es veu afectada per la toxina).



Leung AKC, Barankin B, Leong KF. Staphylococcal-scalded skin syndrome: evaluation, diagnosis, and management. World J Pediatr. 2018;14(2):116-120.

Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

Fase de Resolució:

La descamació es produeix en grans làmines (penjalls). En estar el pla d'esclivatge tan superficial (estrat granulós), la reepitelització és ràpida (7-14 dies) i sense cicatriu.



Leung AKC, Barankin B, Leong KF. Staphylococcal-scalded skin syndrome: evaluation, diagnosis, and management. *World J Pediatr.* 2018;14(2):116-120.

Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

Diagnòstic:

Bàsicament clínic. El **cultiu de les butllofes serà NEGATIU** (són estèrils, causades per la toxina, no pel bacteri).

S'ha de buscar i cultivar el focus primari (exsudat conjuntival, faringi, melic).



Kliegman RM, St. Geme JW. Nelson Tratado de Pediatría. 21a ed. Barcelona: Elsevier; 2020. p. 3524-3526.

Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

Diagnòstic Diferencial:

Necròlisi Epidèrmica Tòxica (NET / Sd. Stevens-Johnson).

NET: Induïda generalment per fàrmacs, **afecta greument les mucoses**, pla d'esclivatge subepidèrmic (més profund, necrosi completa de l'epidermis), biòpsia cutània diferencial.

SSSS: Induïda per toxina bacteriana, **NO** afecta mucoses, pla d'esclivatge intraepidèrmic (estrat granulós).

Kliegman RM, St. Geme JW. Nelson Tratado de Pediatría. 21a ed. Barcelona: Elsevier; 2020. p. 3524-3526.

Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

TRACTAMENT

Mesures de suport:

INGRÉS HOSPITALARI

- Aïllament de contactes, monitoratge hidroelectrolític (risc de pèrdua de fluids i hipotèrmia per alteració de la barrera cutània) i control del dolor.
- Antibioteràpia Sistèmica: D'elecció antibiòtics antiestafilocòccics per via intravenosa (Cloxacil·lina, o Clindamicina, que a més inhibeix la síntesi de la toxina). Vancomicina si hi ha sospita de MRSA.
- Cures Tòpiques: Compreses suaus, aplicació estricta d'emol·lients, vaselina pura o antibiòtics tòpics (mupirocina) al focus primari.

Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatologia. 2a ed. Madrid: Springer-Verlag; 2001. p. 156-158.

Síndrome de la pell escaldada Estafilocòccica (SSSS)

TRACTAMENT

CONTRAINDICACIÓ ABSOLUTA: Els corticoides tòpics i sistèmics estan contraindicats (empitjoren el quadre immunològicament i afavoreixen la sobreinfecció).



Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatología. 2a ed. Madrid: Springer-Verlag; 2001. p. 156-158.

MOLTES GRÀCIES!!

