

NEN AMB EXANTEMA, MARE EMBARASSADA



MALALTIES EXANTEMÀTIQUES

- Una gran varietat d'agents microbiològics poden manifestar-se amb exanemes cutanis: virus, bacteris, paràsits, fongs.
- **ELS VIRUS** són els que **LIDEREN** com a agents etiològics de les malalties amb manifestacions exanemàtiques.
- Els virus implicats són de distribució mundial i confereixen immunitat permanent, fet que fa difícil arribar a l'edat adulta sense haver-hi estat en contacte. Són malalties més habituals de l'edat pediàtrica.
- La **majoria** d'aquests exanemes són **autolimitats**, amb **clínica** sovint **inespecífica** i queden catalogats com a "virals" (exanema víric **inespecífic**) sense que arribem a conèixer el seu diagnòstic etiològic.
- El diagnòstic és clínic. Al ser una infecció de caràcter benigne i autolimitat fa que no sigui fonamental el dx etiològic excepte en situacions especials: EMBARÀS, ID, factors de risc.

MALALTIA EXANTEMÀTICA EN L'EMARASSADA

- No evidència de major susceptibilitat a la infecció durant l'embaràs (Excepcions: P.falciparum i L. Monocytogenes: tropisme placentari)
- Qualsevol malaltia febril pot ocasionar pèrdua del fetus durant el primer trimestre
- Infeccions TORCH's (toxoplasmosi, altres: varicel·la i parvovirus, rubeola, CMV, Herpes) importants pels seus efectes adversos sobre el fetus o seqüeles al nou-nat.
- Risc de infecció materna i fetal és difícil de determinar. Depen de la infecció (sense saber-se risc específic de cada infecció) i del moment de la gestació.
- Clínica inespecífica, períodes de incubació i contagi llargs. Dificulta les mesures de prevenció
- Proves serològiques ens ajuden en alguns casos (dirigides a la prevenció en alguns casos, saber estat immunològic, infecció recent)



Educació sanitària (vacunació, mesures d'evitació i higiene)
Identificació precoç
Tractament apropiat



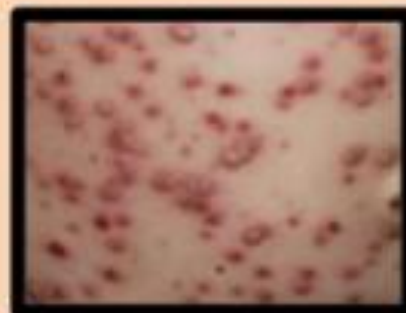
RUBÉOLA



SARAMPIÓN



MEGALOERITEMA



EXANTEMA SÚBITO



ESCARLATINA



CLASSIFICACÓ EXANTEMES SEGONS LESIÓ ELEMENTAL:

- **Exantema màculo-papulós**

- Molt freqüent
- Lesions rosades-vermelles planes (<1cm=màcules; >1cm=placa) o sobreelevades (pàpules)



- **Exantema purpúric:**

- Lesions de color violàci-granatós que no desapareixen a la vitropressió.

- Petèquia: taca plana <2 mm
 - Equimosis : taca plana >3 mm (>1cm)
 - Púrpura: palpable



- **Exantema vesiculopustulós**

- Vesícula: col·lecció de líquid (sèrum o sang) en epidermis o dermis $<0,5\text{cm}$. Si $>0,5\text{cm}$: Ampolla o flictena.
- Pústula: vesícula de contingut purulent. Si s'acumula en dermis o hipodermis: Abscess.



EXANTEMES MACULOPAPULARS

- El grup més important:
 - El més ampli entre les malalties exantemàtiques
 - Infeccions víriques potencialment més perilloses per l'embarassada
- Causes:
 - Xarrampió
 - Rubeòla
 - Parvovirus
 - Escarlatina
 - Exantema sobtat





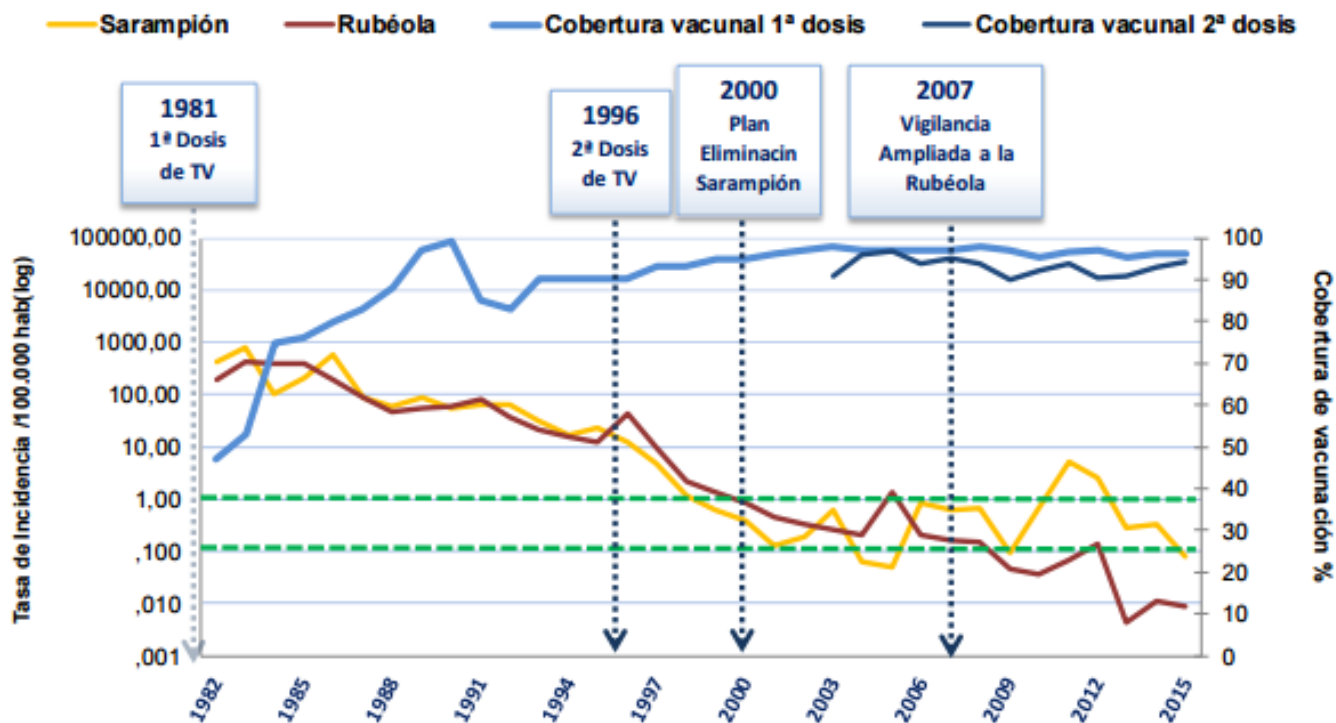


Xarampió,



Sarampión y Rubéola 1982-2015

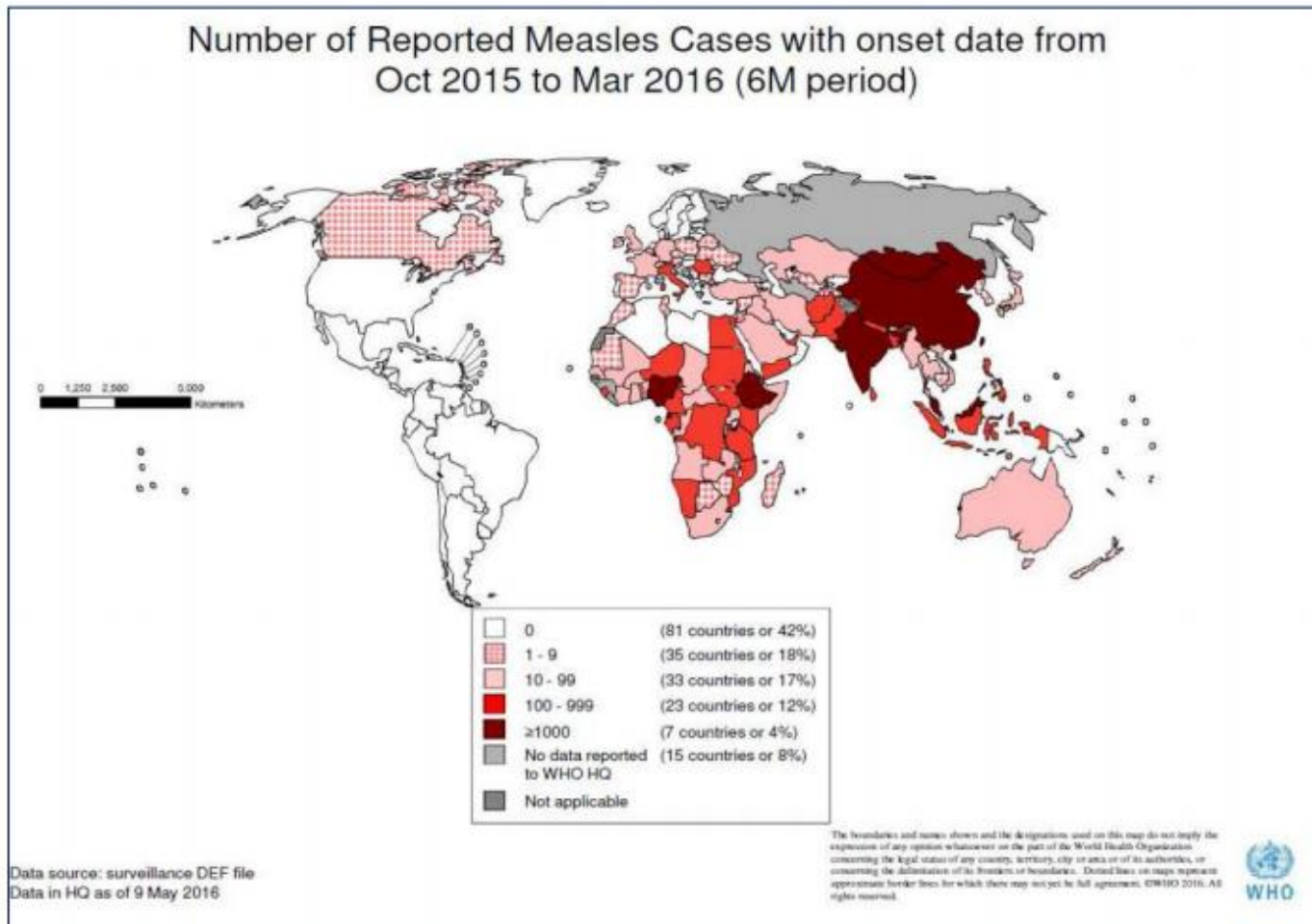
Incidencia por 100.000 hab. y Coberturas de Vacunación



Plan Nacional de Eliminación de Sarampión y Rubéola. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

Coberturas de Vacunación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INE: padrón municipal.

Situación Sarampión en el mundo



XARRAMPIÓ

- Virus Paramyxoviridae
- Final hivern i inici primavera
- Període incubació 8-14 dies
- Pròdroms (3-4 dies): Febre amb MEG, mucositats, tos, conjuntivitis, odinofàgia
- Exantema (3er-7è dia):
 - erupció cutània maculopapular eritematosa (vermell intens)
 - inici a zona retroauricular-cara amb extensió cefalo-caudal i generalització a tot el cos
 - Pot afectar palmes i plantes.
 - Taques de Koplick



- Període de contagi: 4 dies abans – 4 dies de l'inici de l'erupció cutània
- Forma de contagi: secrecions respiratòries, fòmites i transplacentària.

XARRAMPIÓ

- Complicacions:
 - <5 anys i >20 anys i embarassades.
 - 20% otitis mitjana, diarrea (DH), neumonies
 - 1/1000 encefalitis (mortalitat 1‰). 2 setmanes post-exantema
 - Panencefalitis esclerosant subaguda 1/10000-1/100000 (7-10 anys post-infecció).
 - Mortalitat 1/1000 a EEUU
 - Mortalitat 10% en països subdesenvolupats, especialment en zones de desastres naturals o conflictes (associat a malnutrició-dèficit vit A / danys o deficient infraestructura sanitària)

XARRAMPIÓ

- Tractament
 - De suport: antitèrmics, assegurar una nutrició i aport de líquids adequats (tractar la possible DH)
 - De les complicacions: atb si sobreinfecció respiratoria (otitis, pneumonia...)
 - Vit A
 - Ribavirina(????)

PREVENCIÓ XARRAMPIÓ: VACUNA XRP



- Malaltia de declaració obligatòria
- Calendari vacunal:
 - 1978: vacuna monocomponent enfront del xarrampió
 - 1981: XRP 1 dosi
 - 1988: 2 dosis (11 anys) i 1999 (s'avança la segons dosi als 3-6 anys)
 - Calendari oficial Espanyol actual: primera dosi entre els 12-15 mesos i segona dosi entre els 2-3 anys.
 - Elevada cobertura(95% 1^a dosi / 90%2^a dosi)
- Efectivitat 95% amb la 1^a dosi.
- El 5% restant es considera fallo vacunal per falta de resposta immunològica del receptor. Aquests s'intenten rescatar amb la 2^a dosi
- Protecció de per vida.
- Vacuna virus vius: contraindicada durant l'embaràs i mes post-part.

Quan hi hauriem de pensar?

- Població immigrant (Àfrica i Àsia) sense vacunació
- Població menor de 12 mesos (sobretot fills de mares vacunades)
- Una sola dosi vacunal (anys 70-80)

INFECCIÓ PER XARRAMPIÓ DURANT L'EMBARÀS

- Teratogeneicitat no ben definida (pocs estudis per la baixa incidència de la malaltia), el risc de malformacions sembla ser molt baix
- Pot estar associat a avortaments i parts prematurs
- Infecció congènita: manifestacions lleus (m. exantemàtica) fins a casos greus (30%) de pneumopatia o encefalitis
- Quadre clínic més tòrrid en l'embarassada
- En cas de brot valorar baixa laboral

EMBARASSADA EXPOSADA AL XARRAMPIÓ

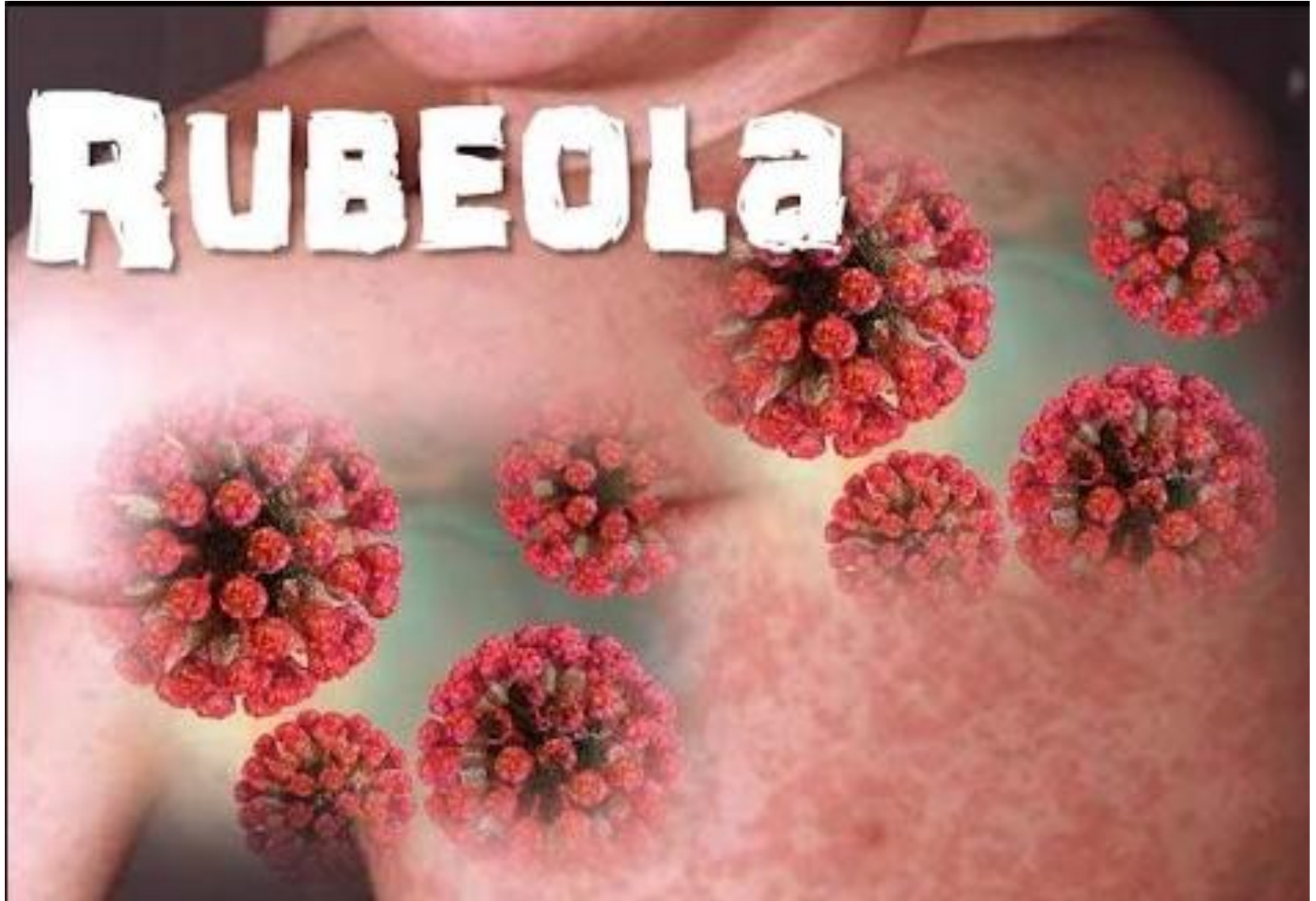
- Revisar estat immunològic de la pacient. És immune si:
 - Nascuda <1970 (47 anys...)
 - Infecció passada documentada
 - Vacunada amb 2 dosis XRP } Contactar si exantema
- Estudi serològic
 - IgG positiva: control clínic si exantema
 - IgG negativa: valorar administrar IG polivalent / vacunar post-part
- Si no tenim resultat serològic en 6 dies valorar administrar IG polivalent si el nen afectat:
 - Té xarrampió confirmat o contacte amb un cas confirmat
 - Ha visitat un país amb transmissió endèmica de xarrampió recentment
 - No està vacunat
 - ha estat hospitalitzat per la malaltia

CAS DE BROT EPIDÈMIC: MANEIG CONTACTES

- <6m : Immunoglobulina polivalent abans dels 6 dies d'exposició. Vacuna no indicada.
- 6-11m
 - <72h: 1 dosi XRP (no computable)
 - 72h-6 dies: Immunoglobulina polivalent + 1 dosi XRP al cap de 6 mesos.
 - Vitages internacionals: 1 dosis XRP (no computable)
- >1any potencialment susceptibles (nascuts >1966 sense antecedent de infecció passada o no vacunats amb 2 dosis)
 - <72h: vacuna XRP
 - 72h-6d: Immunoglobulina polivalent
 - Embarassada: contraindicada la vacuna, caldrà administrar IG polivalent abans dels 6 dies post-exposició.

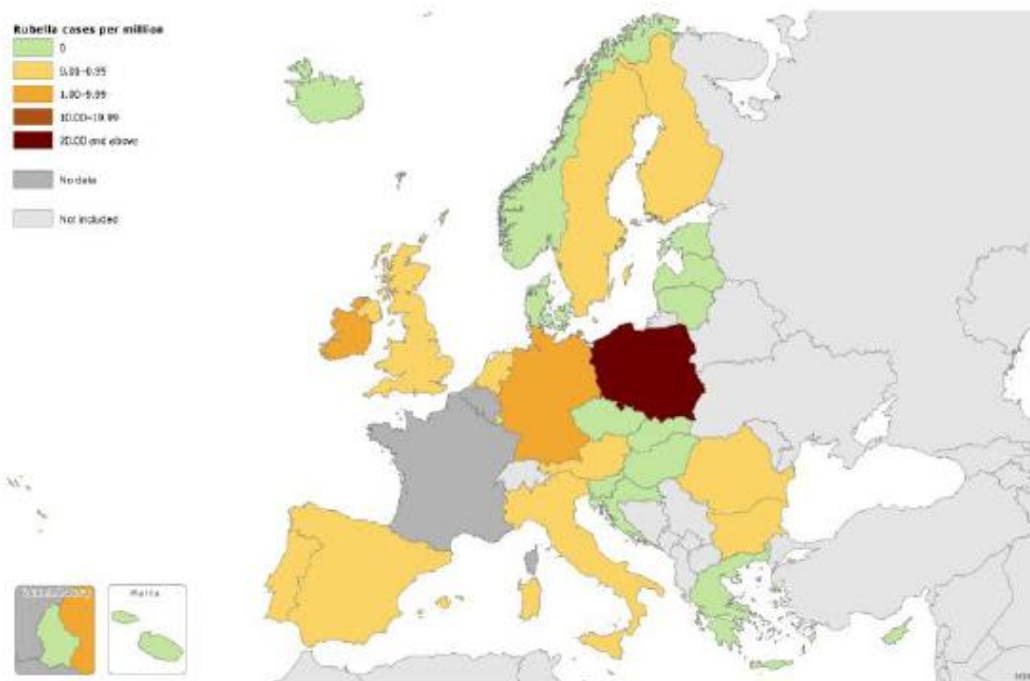


RUBEOLA



Situación Rubeola en Europa

Casos Rubeola en la UE/EEA junio 2015-mayo 2016

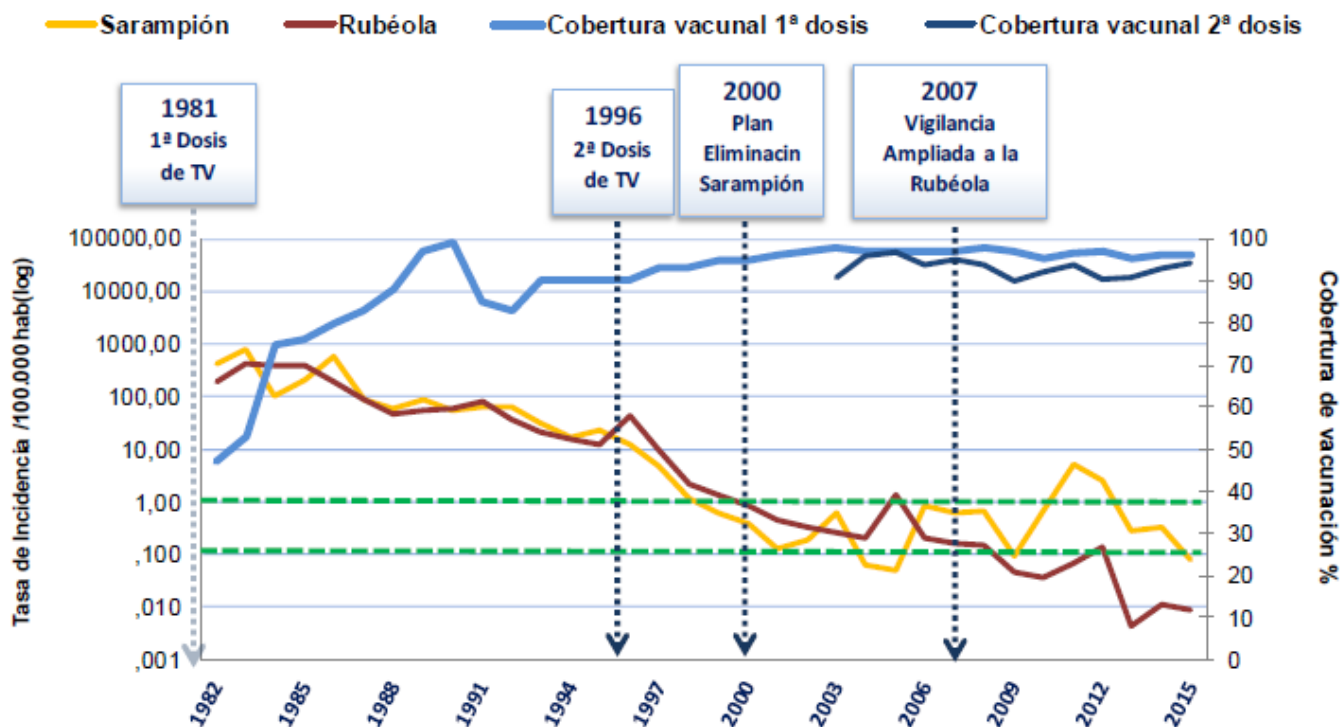


The vaccine coverage displayed in the maps was retrieved from the WHO Global Database available from:
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/vaccoveragerubella1.html

<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/rubella/epidemiological-data/Pages/rubella-maps.aspx>

Sarampión y Rubéola 1982-2015

Incidencia por 100.000 hab. y Coberturas de Vacunación

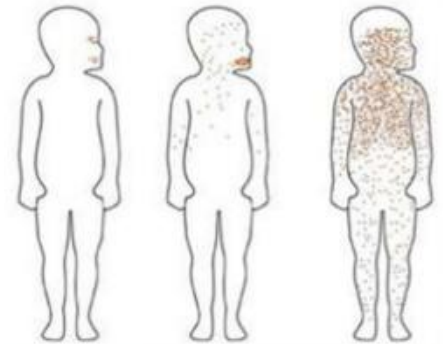


Plan Nacional de Eliminación de Sarampión y Rubéola. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

Coberturas de Vacunación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INE: padrón municipal.

RUBÈOLA

- Virus de la rubèola
- Finals hivern, principis primavera.
- Període incubació 14-21 dies
- Clínica: en els nens sol ser lleu amb febre poc intensa (<39°C), nàusees i conjuntivitis
- Exantema (50-80% casos):
 - erupció cutània maculopapular eritematosa
 - inici a cara i coll amb extensió cefalo-caudal. Duració 1-3 dies.
 - Adenopaties retroauriculars o cervicals posteriors.
 - En adults: artritis/atràlgies 3-10 dies.



- Període de major contagiositat: 1-5 dies després de l'exantema
- Forma de contagi: secrecions respiratòries, contacte pell o fòmites i transmissió vertical.
- Tractament: simptomàtic.

PREVENCIÓ RUBÈOLA: VACUNACIÓ

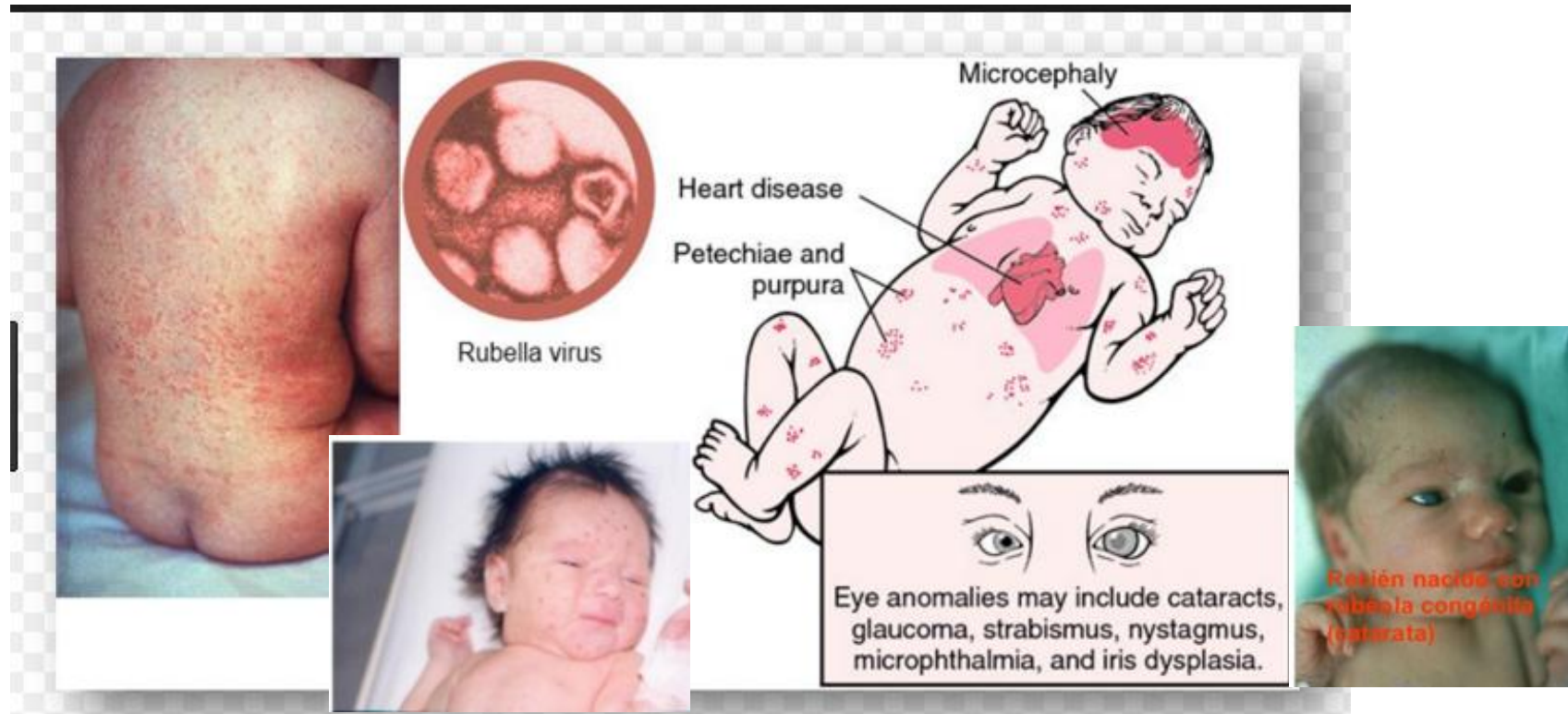
- Malaltia de declaració obligatòria
- Vacuna de virus vius atenuats (contraindicada durant l'embaràs i un més post-part)
- Segura i molt immunògena. Seroconversió 95-100% dels vacunats. Amb una primera dosi deixa immunitat de per vida en el 90% dels vacunats
- Calendari vacunal:
 - 1978: introducció de vacuna monovalent enfront la Rubèola a les nenes de 11 anys
 - 1981: Triple vírica 1 dosi als 15 mesos
 - 1995: Triple vírica 2 dosis : 15 m i 11 anys
 - 1999: Triple vírica 2 dosis: 15 m i 3-6 anys
 - Des de 2012: triple vírica: 12m i 3-4 anys (actualment als 3 anys)



INFECCIÓ PER RUBÈOLA DURANT L'EMBARÀS

- Risc pel fetus:
 - Avortaments, morts fetals
 - Síndrome rubèola congènita
- Major risc durant el primer trimestre, primeres 16 setmanes (90% risc)
- >20 SG: risc pràcticament inexistent
- En cas de brot, valorar baixa laboral

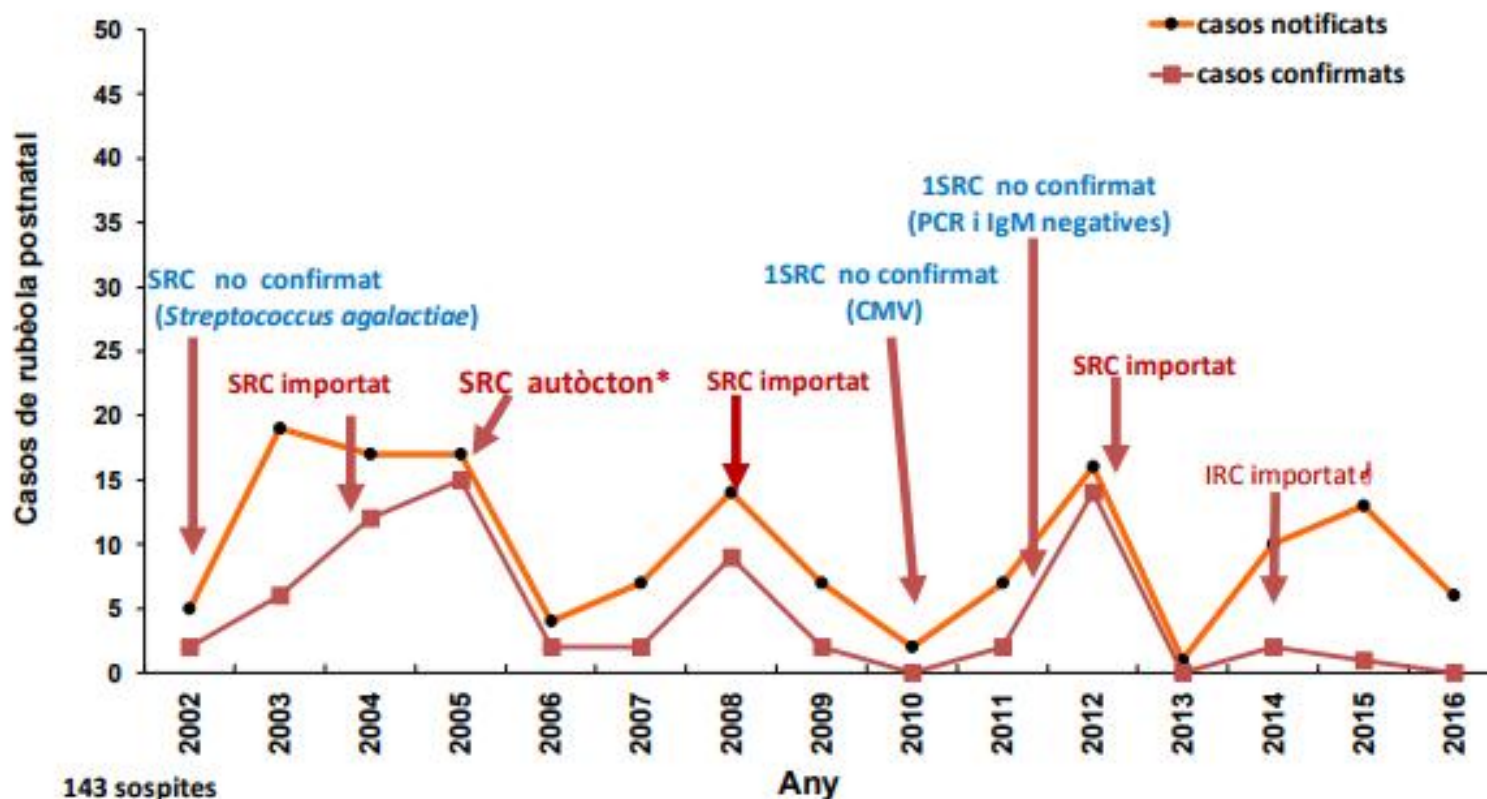
SÍNDROME RUBÈOLA CONGÈNITA



- RCIU
- Microcefalia (retard mental)
- Meningoencefalitis
- Defectes d'audició (sordera)
- Defectes oculars (cataractes, retinopatia)

- Cardiopatia congènita (ductus persistent o estenosis d'artèria pulmonar)
- Autisme
- DM
- Disfunció tiroïdal
- Immunodeficiències

Figura 8. Distribució dels casos de rubèola postnatal i congènita notificats. Catalunya, 2002-2016.



143 sospites

69 casos confirmats

2004, 2005*, 2008, 2012 casos SRC confirmats

*primer cas autòcton SRC des de 1990

2014: Infecció congènita no SRC

Font : Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències en Salut Pública

EMBARASSADA EXPOSADA AL VIRUS DE LA RUBÈOLA:

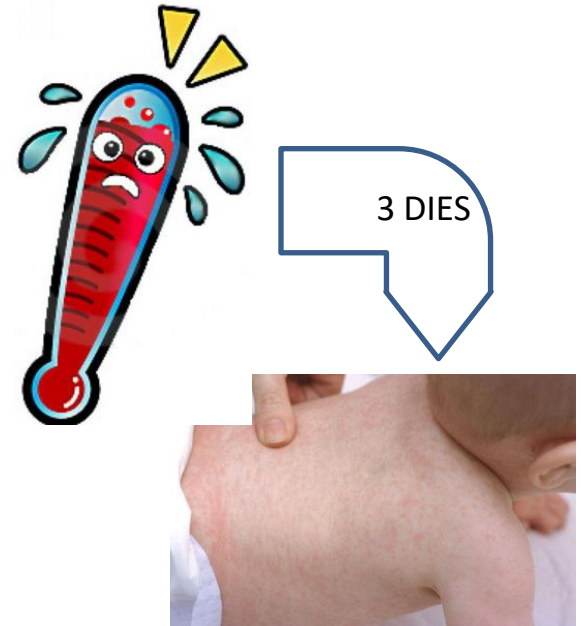
- Confirmar el cas índex (serologia, identifi del virus a orina o exudat faringi)
- Serologia a l'embarassada
 - Ac IgG enfront la rubèola $> o = 10$ UI/ml i IgM negativa: immune
 - Ac IgG enfront la rubèola $> o = 10$ UI/ml i IgM positiva: infecció aguda/reinfecció. CAL: estudi avidesa IgG i derivar a obstetricia per estudis fetals (IgM, ARN viral) i plantejar la continuïtat de l'embaràs.
 - IgG < 10 UI/ml i IgM positiva: Infecció aguda. CAL: verificar amb una nova mostra i quantificar IgG amb estudi d'avidesa. Derivar a obstetricia per Estudi fetal i valorar IVE.
 - IgG < 10 UI/ml i IgM negativa: mare susceptible. CAL: repetir serologia en 3-4 setmanes.
 - Si seroconversió: Infecció aguda i cal: estudi avidesa IgG i derivar obstetricia per estudis fetals (IgM, ARN viral) i plantejar la continuïtat de l'embaràs.
 - No seroconversió: mare susceptible. CAL: vacunar abans del pròxim embaràs.





EXANTEMA SOBTAT O ROSÈOLA

- Virus herpes 6 i 7
- Afecta a menors de 2 anys
- Final hivern-primavera
- Període incubació 7-10 dies
- Prodroms (2-4 dies): febre alta i síndrome catarral
- Exantema (3er-4art):
 - erupció cutània macular eritematosa a tronc i extremitats
- Període de contagi: 7 dies previ a l'inici de la febre fins que desapareix l'erupció cutània
- Forma de contagi: secrecions respiratòries, aerosols i fòmites.
- Possible complicació: convulsió febril
- Tractament: Simptomàtic.
- Prevenció: evitar exposició (no existeix vacuna)



EMBARASSADA EXPOSADA AL VIRUS HERPES 6-7

- No s'han identificat implicacions clíniques en l'embarassada tot i la detecció del virus en sang i a tracte genital de la mare
- Conseqüències a llarg termini per infecció congènita no estan definides
- No es recomana cap mesura especial en cas de contacte.

RUBEOLA

ORDINARY MEASLES

CONJUNCTIVITIS
COUGH
CORYZA
FEVER

KOPLIK SPOTS ON
BUCCAL MUCOSA

RASH
APPEARS
AT THE
HAIRLINE
AND
SPREADS
CEPHALOCAUDALLY
OVER 3 DAYS



RUBELLA

GERMAN MEASLES

HEADACHE
LOW GRADE FEVER
SORE THROAT
CORYZA

FORCHHEIMER SPOTS
ON SOFT PALATE

LYMPHADENOPATHY

RASH BEGINS
ON THE FACE
AND SPREADS
CEPHALOCAUDALLY



ROSEOLA INFANTUM

EXANTHEM SUBITUM

AFFECTS YOUNG CHILDREN
6-36 MONTHS OLD

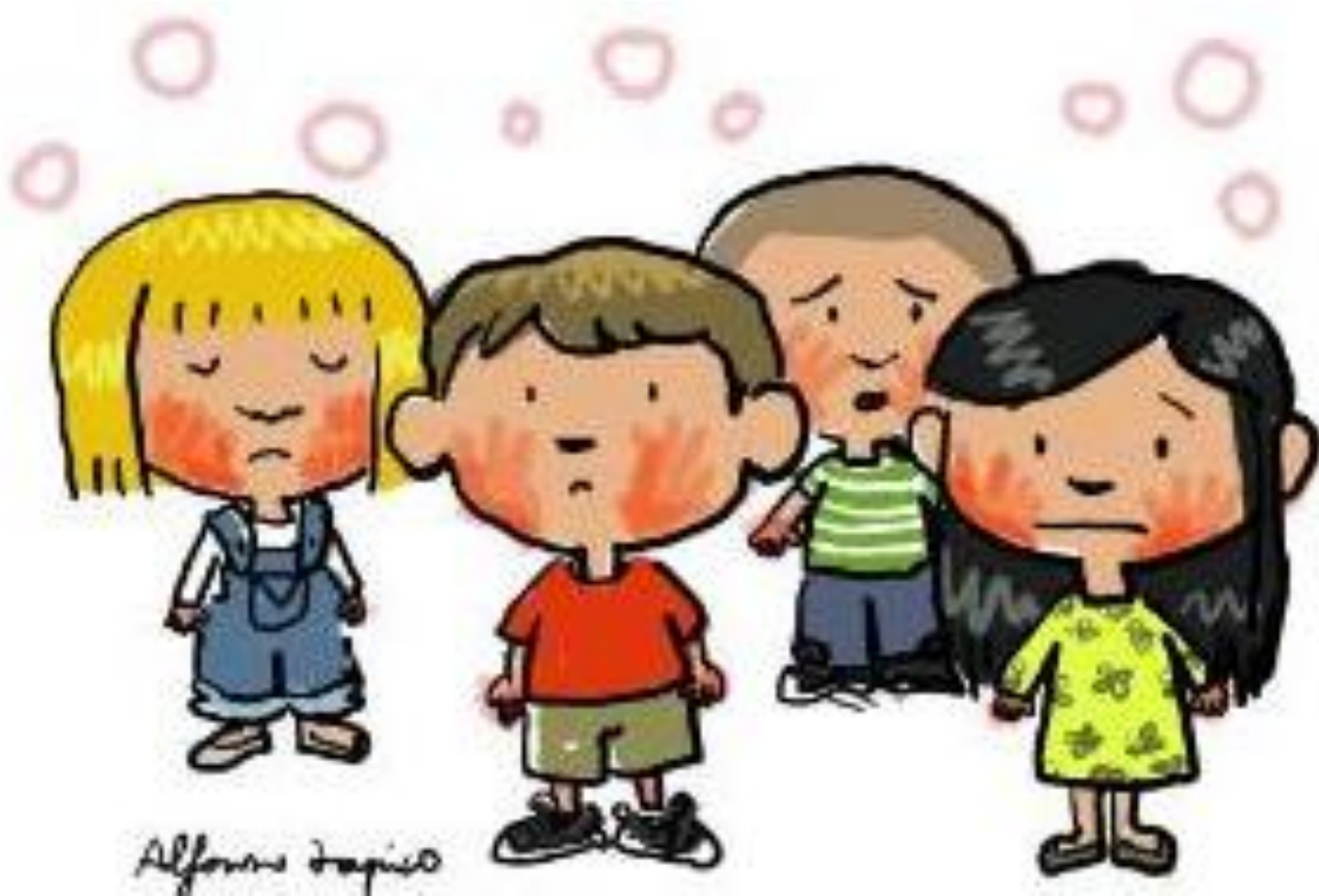
CAUSED BY
HUMAN HERPES
VIRUS 6

ABRUPT HIGH FEVER

AFTER FEVER SUBSIDES,
A RASH DEVELOPS, STARTING
ON THE NECK AND TRUNK
AND SPREADING TO THE
FACE AND EXTREMITIES







MEGALOERITEMA

MEGALOERITEMA

- Parvovirus B19
- Afecta a nens de 6-12 anys. Primavera-Estiu.
- Període incubació 6-15 dies
- La infecció pot ser asimptomàtica (25%) o sd pseudogripal autolimitat.
- Prodroms (2-3 dies): febrícula i síndrome catarral
- Exantema:
 - 1ª fase: eritema malar bilateral
 - 2ª fase: Eritema macular tipus anular-reticulat difús a glutis i zona proximal d'extremitats (zones extensió)
 - 3ª fase(al cap de 1 mes): reaparició de l'exantema a la cara després d'exposició solar, calor, exercici físic o plor (per vasodilatació)
- Període de contagi: període de incubació fins a l'aparició de l'exantema
- Forma de contagi: secrecions respiratòries, aerosols (i fòmites en escoles bressol). Transplacentària.
- Possibles complicacions:
 - Artropatia
 - Crisis d'aplasia transitoria
 - Afectació fetal: hidrops fetal i mort intraúter.
 - Síndrome papulo-purpúric en guant i mitjó: febre, prurit i edema-eritema dolorós a zona distal d'extremitats. Després de l'eritema apareixen lesions petequials +/- lesions orals. Afecta a adults joves-adolescents. Es resol de forma espontània en poques setmanes
- Tractament: Simptomàtic.
- Prevenció: evitar exposició (no existeix vacuna)

SÍNDROME PÁPULO PURPÚRICO EN GUANTES Y CALCETÍN



Figura 4. Eritema y edema de ambas manos y púrpuras



Figura 6. Múltiples petequias en paladar duro

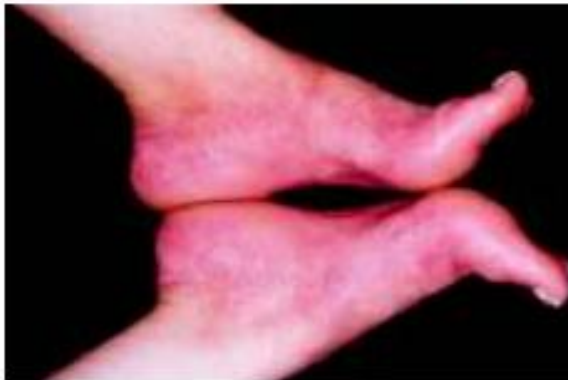


Figura 5. Erupciones cutáneas en ambos pies

INFECCIÓ PER PARVOVIRUS B19 DURANT L'EMBARÀS

- Infecció 1er-2on trimestre: mort fetal (15-32%), hydrops fetal
- Infecció 3er trimestre: més benigne. No manifestacions clíniques importants

Infección por B19 durante el embarazo

Hidropesía fetal



- Anemia greu. Fallo cardíac. Incapacitat pel maneig de líquids. Edema subcutani i acúmulo de líquids a cavitats (ascitis, pleuritis, pericarditis). Disfunció multiorgànica que pot desencadenar la mort fetal.
- Emergència mèdica
- Estudi matern i fetal
- Tract: trasfusió intraúter.

EMBARASSADA EXPOSADA AL PARVOVIRUS B19

- Investigar l'estat d'immunitat de l'embarassada
 - Seroprevalència en dones d'edat fèrtil 70%
 - Seroconversió en embarassades 1-1,5% (13-13,5% en períodes epidèmics)
 - Àmbit familiar: per la convivència amb un nen malalt, el risc per l'embarassada susceptible és del 50%
 - Àmbit laboral (mestres primària o guarderia, pediatria): no difereix de la incidència global excepte en brots epidèmics que augmenta a un 25%, valorar baixa laboral.

EMBARASSADA EXPOSADA AL PARVOVIRUS B19

- IgM negativa i IgG positiva: Immune. Baix risc. Només contactar si exantema.
- IgM negativa i IgG negativa: Embarassada susceptible o període finestra. Cal repetir serologies en 2-4 setmanes o abans si apareix l'exantema.
 - IgM negativa: embarassada susceptible. Cal extremar mesures higiene, individualitzar el risc d'exposició ocupacional i valorar baixa en cas de brot.
 - IgM positiva: Infecció recent. Derivar a obstetria de forma urgent per estudi matern (repetir serologies i avidesa per IgG) i estudi fetal.
- IgM positiva i IgG negativa: Infecció recent. Derivar a obstetria (de forma urgent si < 20 SG) per estudi matern (repetir serologies i avidesa per IgG) i estudi fetal.
- IgM positiva i IgG positiva: infecció entre 7-120 dies. Derivar a obstetria de forma urgent per estudi matern (repetir serologies i avidesa per IgG) i estudi fetal.

1

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA:



Figure 2. Neck inspection: note the goiter and lateral chain lymphadenomegaly.

CITOMEGALOVIRUS

- Infecció universal.
- Primoinfecció en la primera infància
- Clínica primoinfecció:
 - exantema maculopapular poc freq.
 - MNI (atípic) 7%
 - asimptomàtica.
- No immunitat permanent. Virus latent.
- Transmissió: respiratòria, feco-oral, transplacentaria.
- Període contagi: indefinit (mesos...)
- Tractament: simptomàtic
- Prevenció: mesures higiene (no vacuna)

INFECCIÓ CONGÈNITA PER CMV

- Causa més freqüent de infecció congènita als països desenvolupats
- Primoinfecció durant l'embaràs 1-4% de gestants seronegatives. 40% dels fetus s'infectarà i el 10% presentarà símptomes al néixer. El 50% d'aquests i el 13% dels nascuts asimptomàtics tindran seqüeles permanents: sordera neurosensorials i retard mental.
- Factor de risc: exposició >20h setmanals amb nens de <3 anys. Indicació serologia en embarassades que treballen amb nens o tenen nens <6anys
- No hi ha cap mesura per prevenir o reduir la transmissió vertical. Díficil esbrinar el contacte.
- Es pot fer diagnòstic de PI en l'embaràs i de infecció fetal per prevenir la infecció simptomàtica neonatal amb gammaglobulina hiperimmune durant l'embaràs enfront CMV.
- Tractament neonatal precoç: ganciclovir o valganciclovir. Prevenció sordera progressiva i afectació SNC.

EXPOSICIÓ AL CMV DURANT L'EMBARÀS

- Serologies IgM i IgG.
 - IgM negativa i IgG negativa: repetir en 2-4 setmanes
 - IgM negativa: mare susceptible. Cal recomanar mesures higièniques adequades
 - IgM positiva: Primoinfecció. Derivació urgent a obstetria (PCR LA, seguiment ecogràfic). Valorar gammaglobulina hiperimmune.
 - IgM positiva i IgG negativa: : Primoinfecció. Derivació urgent a obstetria (PCR LA, seguiment ecogràfic). Valorar gammaglobulina hiperimmune.
 - IgM positiva i IgG positiva: Avidesa IgG. : Primoinfecció. Derivació urgent a obstetria (PCR LA, seguiment ecogràfic). Valorar gammaglobulina hiperimmune.
 - IgM negativa i IgG positiva: immune.

VIRUS EPSTEIN VARR

- Clínica
 - Assimptomàtica
 - Quadre febril amb limfadenopaties i exantema maculopapular, MNI (90%)
- Infecció durant l'embaràs: no risc fetal
- Contacte amb el virus durant l'embaràs: no es recomana cap mesura especial.



ADENOVIRUS

- Distribució universal
- Quadre clínic: sd catarral amb faringitis (faringitis exudatives en nens < 4 anys), tos i conjuntivitis amb febre i exanemes maculopapulars morbiliformes.
- Està descrita la infecció congènita, pero no associada a risc durant l'embaràs
- No cal adoptar mesures en cas de contacte durant l'embaràs.





ENTEROVIRUS

- Enterovirus: poliovirus, coxsackievirus i echovirus
- Distribució universal
- Brots estiu i tardor
- Major afectació de nens (més com més petits)
- Transmissió feco-oral, respiratòria, transplacentària i per fòmites.
- Quadres clínics molt variats

CUADRO CLÍNICO

- **Varlado**, dependiendo de la respuesta inmunológica y del tejido afectado en caso de diseminación por viremia.

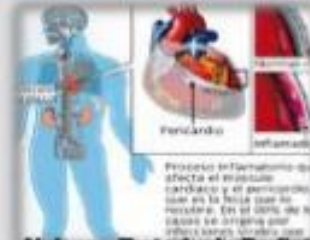
ENFERMEDAD DE
MANO-PIE-BOCA



EXANTEMA FEBRIL
INESPECIFICO

MANIFESTACIONES
RESPIRATORIAS

MANIFESTACIONES
CARDIACAS

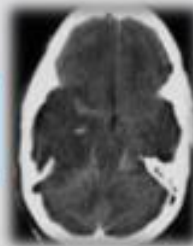


HERPANGINA

MANIFESTACIONES
OCULARES



MANIFESTACIONES
NEUROLÓGICAS



MANIFESTACIONES
GASTROINTESTINALES
Y GENITOURINARIAS

EMARASSADA EN CONTACTE AMB ENTEROVIRUS

- No associat a malformacions fetals, sembla que si a un augment de mort intrauterina i risc de diabetis en el nen
- Exposició durant l'embaràs cal recomanar mesures higièniques adequades
- Si el contacte és pròxim al part cal vigilar quadres greus en el nou-nat

Dengue



Febre alta

Tontura

Dor nas articulações

Fraqueza

Sangramento no nariz e na gengiva

Manchas vermelhas

Dor atrás dos olhos

Naúseas e vômitos

Perda de peso

Dor de cabeça

Chikungunya

Dores intensas nas articulações de pés e mãos

Dor muscular

Manchas vermelhas

Dor de cabeça

Febre alta



ZikaV



Dor muscular

Dor de cabeça

Febre alta

Olhos vermelhos

Lesões com pontos brancos e vermelhos na pele

Dor nas articulações

Dor nas costas

RISC FETAL:

- Transmissió vertical???
- Perinatal???
- 1er i 2on T: Mort intrauterí, RCIU.
- Quadre clínic dengue 3-9é dia

RISC FETAL:

- No transmissió transplacentaria
- Risc avortaments durant el primer T
- Infecció neonatal a través del canal del part/cessaria en mare amb infecció aguda.

RISC FETAL:

- Transmissió vertical
- Microcefalia, alteracions neurològiques greus, alteracions oculars i auditives. Més freq. Si la infecció és durant el 1er i 2on T.



Salpullido por escarlatina

Líneas de Pastia

EMBARASSADA EXPOSADA A L'ESCARLATINA

- No representen cap risc embriopàtic o d'afectació del fetus directament
- La infecció per SGA associa un major risc (x20) de malaltia invasiva durant l'embaras i postpart, RPM i corioamnionitis. En general l'inici del tractament és eficaç pel bon control de la malaltia i la disseminació. Cal tractar a l'embarassada amb Penicil.lina.

EXANTEMES VESICULARS



VARICEL·LA

- Molt freqüent a la infància. Als 14 anys 90% immunes i als 35 anys >95%.
- Final hivern-primavera
- Període incubació: 10-21d
- Contagi: 2 dies abans fins 5 dies després de l'inici de l'exantema o fase crosta.
- Transmissió: resp, contacte, transplacentaria, canal del part. (intrafamiliar risc 70-90%)
- CLÍNICA: febre + exantema en cel estrellat típic (maculo-papulo-vesicules-crostes)

INFECCIÓ DURANT L'EMBARÀS

- Risc infectar-se durant l'embaràs 2-3/1000 embarassos.
- RISC INFECCIÓ FETAL
 - 1er T: baix risc infecció (2-8%). Embriofetopatia: lesions cutànies, musculoesquelètiques, neurològiques i oftàlmiques
 - 2onT fins 21 dies pel part: fetopatia rara però herpes zoster durant la infància sense varicel.la previa
 - 20d-6d pre-part: varicel.la lleu (nens protegits per AC materns)
 - 5 dies pre-part fins 2 dies post-part: risc infecció greu, mortalitat 30%.

CONTACTE EMBARASSADA AMB NEN AMB VARICEL.LA

- Embarassada immune:
 - Antecedent varicel.la
 - Antecedent herpes zòster
 - 2 dosis de la vacuna enfront la varicel.la
- Embarassada no immune
 - Serologia IgG i IgM
 - IgG positiva i IgM negativa: immune
 - IgG negativa i IgM negativa: embarassada susceptible. Cal derivar a obstetrícia per valorar tractament amb gammaglobulina específica o inespecífica (72-96h fins 10 dies post-contacte). Vacunar després del part.
 - IgG dubtosa: repetir-la. Si no hi ha temps: tractar com a embarassada susceptible.



VIRUS HERPES

- Virus herpes simple 1
 - Incubació: 2-15 dies
 - Contagi: aprox. 1 setmana
 - Transmissió per contacte
 - Prevenció: higiene, evitar contacte
 - Quadres clínics:
 - Gingivoestomatitis herpètica
 - Panadís herpètic
 - Altres localitzacions
 - Risc fetal-neonatal: baix. Infecció per contacte si lesions herpètiques a genitals materns (poc freq VHS 1) o postnatal per contacte amb lesions
- Virus herpes simple 2
 - Risc d'infecció fetal-neonatal: Alt. Transmissió transplacentària (5%), a través de canal del part per contacte (80-85%). Sobretot per primoinfecció (risc més baix en recidives)

EXANTEMES PURPÚRICS

MENINGOCOCÈMIA



Important per la gravetat
de la infecció en sí

Tenir en compte que en la profilaxis
post-exposició d'una embarassada
s'ha d'evitar la Rifampicina i el
Ciprofloxacino.
Alternativa: ceftriaxona i.m.



CONCLUSIONS:

- Les malalties exantemàtiques són típiques de la infància però també poden patir-les adults susceptibles
- La majoria són víriques i estacionals (finals hivern i primavera)
- No edat concreta, excepte exantema sobtat que és més freqüent dels 2-24 mesos
- Les més comuns actualment són: escarlatina, megaloeritema, exantema sobtat i varicel·la.
- Solen ser de curs benigne durant la infància però poden cursar amb complicacions, sobretot a l'adult. La dona embarassada és un grup de risc.
- Existeixen algunes malalties exantemàtiques prevenibles amb la vacunació: xarampió, rubèola, varicel·la.
- En la resta de malalties exantemàtiques per evitar la infecció cal prendre mesures preventives de higiene i evitació de l'exposició en cas de brot.

CONCLUSIONS:

- Durant l'embaràs hi ha risc de transmissió fetal amb conseqüències a vegades molt greus.
- Per establir el risc cal tenir en compte:
 - el moment de l'embaràs
 - l'estat immunològic de la pacient
 - tipus de contacte
 - agent etiològic (anamnesis: epidèmies, prodroms, febre, tipus exantema...)
- Davant el contacte d'una embarassada amb un nen amb una malaltia exantemàtica cal
 - Comprovar estat immunològic i fer proves diagnòstiques: Xarrampió, rubèola, parvovirus, varicel.la, CMV.
 - Iniciar actituds terapèutiques: rubèola, xarrampió, varicel.la +/- CMV
 - Fer un seguiment en funció del risc matern i fetal: parvovirus, CMV, enterovirus