

EXANTEM INFECȚIOS

I. EXANTEM VEZICULAR

1. VARICELĂ
2. SINDROM MÂNĂ-GURĂ-PICIOR

II. EXANTEM MACULO-PAPULAR VIRAL

1. RUJEOLĂ
2. RUBEOLĂ
3. PARVOVIRUS B19
4. ENTEROVIRUS
5. HERPES VIRUS 6,7
6. CITOMEGALOVIRUS
7. VIRUS EPSTEIN BARR
8. CHIKUNGUNYA
9. DENGA
10. ZIKA
11. SARS CoV -2

III. EXANTEM MACULO-PAPULAR BACTERIAN

1. SCARLATINĂ
2. SCARLATINĂ STAFILOCOVICĂ
3. ȘOC TOXIC STAFILOCOVIC
4. ȘOC TOXIC STREPTOCOVIC
5. EPIDERMOLIZĂ ACUTĂ STAFILOCOVICĂ
6. ERITEM PERINEAL RECURENT
7. PURPURA FULMINANS
8. MENINGOCOCEMIA CRONICĂ
9. FEBRA BUTONOASĂ MEDITERANIANĂ

IV. ALTE EXANTEME

1. PSEUDOANGIOMATOZĂ ERUPTIVĂ
2. SINDROM GIANOTTI-CROSTI
3. EXANTEM UNILATERAL LATERO-TORACIC (Asymetric periflexural exanthem of childhood APEC)
4. PITIRIAZIS ROZAT GIBERT

SINDROM MÂNĂ-GURĂ-PICIOR

Este un exantem vezicular frecvent diagnosticat în mica copilărie, mai ales în perioada aprilie-octombrie, sub forma unor mici epidemii în creșe sau grădinițe.

Perioada de incubație este între 3 și 6 zile, transmiterea interumană de tip fecal-oral, mai rar pe cale aeriană, chiar între membrii aceleiași familii. Re-infecția este posibilă. Este numită și „boala mânilor murdare”, este foarte contagioasă la copiii cu vârsta de 2 ani. Contagiozitatea este maximă în primele 7 zile de boală deși enterovirusurile pot persista 1-4 săptămâni la nivelul căilor aeriene superioare și până la 18 săptămâni în materii fecale) [1].

Enterovirusurile sunt virusuri **ARN**, din **familia Picornaviridae**; peste 100 de serotipuri umane au fost izolate, incluzând 3 poliovirusuri, 23 coxsackie virusuri tip A, 6 coxsackie virusuri tip B, 31 echovirusuri și 39 enterovirusuri (EV68-71, EV 73-102, EV 104-107 și EV 109) [2].

Cele mai des izolate sunt Enterovirus 71 și Coxsackie 16,10, 6.

Rareori febra precedă apariția exantemului; veziculele sunt distribuite la nivel palmar, plantar și perioral în formele tipice (Fig. 1a - 1f).



Fig. nr. 1a - 1f: Leziuni tipice din boala mână-gură-picior.

Leziuni similare pot fi observate și la nivelul trunchiului sau membrilor. Diagnosticul este clinic, leziunile fiind caracteristice; diagnosticul diferențial cu varicela se bazează pe absența leziunilor la nivelul scalpului, aspectul monomorf vezicular și distribuția leziunilor (în varicelă predomină la nivelul trunchiului și extremitatea cefalică) [3,4].

Onicomadeza este caracteristică, apare la 3 săptămâni după exantem și poate confirma diagnosticul retrospectiv (Fig. 2).



Fig. nr. 2: Onicomadeză.

Complicațiile neurologice sunt rare, apar în formele severe de boală, posibil datorită unui subtip specific de Enterovirus 71.

Diagnosticul este **clinic**, confirmarea prin PCR pe probe de sânge, LCR, exsudat nazofaringian sau de la nivelul unei vezicule, este rar folosită, doar în cazuri severe sau scop de cercetare epidemiologică.

RUJEOLĂ

Rujeola este o boală infecto-contagioasă cauzată de un virus ARN aparținând familiei **Paramyxovirus**, genul **Morbilivirus**, virus uman cu tropism la nivelul celulelor epiteliale din faringe și plămâni.

Contaminarea este interumană, prin transmitere aeriană, prin picăturile Pfügge; virusul rămâne activ în aer și pe suprafețe maxim 2 ore. Perioada de contagiozitate este 7-18 zile de la expunere și până la apariția febrei, aproximativ 12-14 zile până la apariția rash-ului. O persoană infectată este contagioasă 4-5 zile înainte și 4-5 zile după apariția rash-ului.

Epidemiile sunt frecvente în perioadele ploioase, sfârșit de iarnă și început de primăvară, vârsta cea mai afectată fiind 4-5 ani, gravidele și persoanele imunosupresate [5,6].

Tabloul clinic se caracterizează prin triada celor 3 C (cough-tuse+conjunctivă+coriză); boala evoluează în 3 stadii: prodromal, faza eruptivă și convalescența. În faza prodromală, din primele 4-6 zile, copilul poate prezenta febră, curbatură, conjunctivă, coriză, edem palpebral (facies de copil plângăcios) și tuse (Fig. 3).

Semnul Koplik („granule de nisip” pe fond eritematos) pe fața jugală în dreptul molarilor 1,2, poate fi observat cu 2-3 zile înaintea rash-ului și dispare rapid în a treia zi. Faza eruptivă se caracterizează prin apariția rash-ului maculo-papular (morbiliform) care debutează retro-auricular și la nivelul liniei de implantare pilară, apoi coboară pe față, trunchi și extremități (evoluție cefalo-caudală). Faza de convalescență începe când rash-ul diminuează și dispare în același sens în care a apărut; poate lăsa o discretă pigmentare sau descuamare. Febra scade după apariția erupției cutanate [7].

Complicațiile sunt rare, dar posibile, reprezentate de pneumonie, otită, encefalită, hepatită, pancreatită, keratită [5-7].

Confirmarea serologică se face prin evidențierea IgM specifici, seroconversia IgG sau creșterea de 4 ori a titrului IgG specifici între faza acută și convalescență. Serologia poate fi negativă în primele 3 zile de la erupție și nu are valoare diagnostică decât în absența vaccinării [8].

ARN rujeolic poate fi detectat prin PCR pe exsudatul nazo-faringian sau pe probă de urină [6-8].



Fig. nr. 3: Facies tipic de rujeolă.

RUBEOLĂ

Virusul rubeolei este singurul membru din **genul Rubivirus, familia Matonaviridae**; este un virus ARN mono-catenar, încapsulat. Virusul rubeolei este sensibil la căldură (temperatură peste 56 °C), lumina ultravioletă, pH<6.8 sau >8.1 [9].

Calea de transmitere este aeriană. După introducerea vaccinării a scăzut incidența cazurilor, vârful incidenței fiind astăzi la grupa 15-25 ani, iar factorii de risc sunt reprezentați de lipsa vaccinării, turism în zone endemice, imunosupresia.

Infecția gravidei poate determina moartea fetală sau rubeolă congenitală [10].

Infecția fetală (**rubeola congenitală**) se poate produce transplacentar datorită viremiei materne; dacă infecția are loc înainte de 10 săptămâni de gestație afectarea multiorganică fetală este prezentă în peste 90% din cazuri, riscul infecției fetale scade pe măsură ce vârsta gestațională crește [9-11]. Rubeola congenitală (infecția în timpul embriogenezei) se caracterizează prin cataractă + anomalii cardiace+ surditate; manifestările clinice asociate rubeolei sunt variate: trombocitopenie, greutate mică la naștere, anemie hemolitică, hepatosplenomegalie, meningoencefalită, manifestări oftalmologice, neurologice (autism) [9-11].

O persoană este contagioasă 7-8 zile înainte și 7-8 zile după apariția rash-ului [10]. Perioada de incubație este 14-21 de zile, prodromul este discret, febra puțin crescută iar starea generală nu foarte afectată (ca în rujeolă).

Exantemul apare la 2-8 zile după viremie și dispare în 3 zile, datorită instalării răspunsului imun imun umoral specific. Imunitatea dobândită post-vaccinal sau după boală durează toată viața.

Exantemul este **morbiliform**, durează 4-5 zile, migrează cefalo-caudal și se asociază cu poliadenopatie bilaterală, simetrică, occipitală și retro-auriculară (Fig. 4).



Fig. nr. 4: Leziuni de rubeolă.