

247
207



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ENFERMEDADES EXANTEMATICAS
EN INFANTES

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ESTELA PALACIOS IZTETZI



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1993



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ENFERMEDADES EXTANTEMATICAS EN INFANTES

I N D I C E

INTRODUCCION

I.- ALGODONCILLO (CANDIDIASIS, MONILIASIS)

Definición

Etiología

Manifestaciones clínicas

Manifestaciones bucales

Diagnóstico

Tratamiento

Prevención

II.- ESCARLATINA

Definición

Etiología

Manifestaciones clínicas

Manifestaciones bucales

Diagnóstico

Tratamiento

Prevención

III.- RUBEOLA

Definición

Etiología

Manifestaciones clínicas

Manifestaciones bucales

Diagnóstico

Tratamiento

Prevención

IV.- SARAMPION

Definición

Etiología

Manifestaciones clínicas

Manifestaciones bucales

Diagnóstico

Tratamiento

Prevención

V.- VARICELA

Definición

Etiología

Manifestaciones clínicas

Manifestaciones bucales

Diagnóstico

Tratamiento

Prevención

VI.- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

El siguiente trabajo se realizó con el propósito de conocer sobre las enfermedades exantemáticas más comunes en los infantes, como lo son: algodoncillo (candidiasis), escarlatina, rubéola, sarampión y varicela; estas enfermedades se caracterizan por presentar erupciones en la piel como: ronchas, máculas, pápulas, vesículas y pústulas.

El conocer las manifestaciones clínicas que presentan estas enfermedades permitirá al odontólogo detectarlas en sus pacientes, ya que el atender a un paciente infectado por alguna de estas enfermedades implicaría contagiar a otros de sus pacientes y contagiarse el mismo, tomando en cuenta que algunas enfermedades son más severas en adultos que en los niños.

Por otro lado permitirá también al odontólogo realizar un diagnóstico presuntivo de cualquiera de estas enfermedades.

Las manifestaciones exantemáticas de las enfermedades infecciosas tienen un importante papel desde la prehistoria de la ciencia médica.

En los escritos de principios del siglo XX se hacía referencia a enfermedades exantemáticas maculopapulares infantiles, la escarlatina y el sarampión. A principios del siglo XX, la rubéola se reconocía como una entidad independiente y se convirtió en otra enfermedad exantemática maculopapular infantil.

En los últimos 30 años, el interés por las enfermedades exantemáticas se renovó por el descubrimiento progresivo de virus y otros agentes infecciosos desconocidos, causantes de manifestaciones cutáneas. Además, el patrón de la enfermedad originada por los clásicos agentes productores de exantema ha cambiado significativamente; se erradicó la viruela, se alteró la epidemiología del sarampión y la rubéola mediante inmunización, y los cambios ecológicos generaron diferencias en las erupciones por bacterias. (5)

Las enfermedades infecciosas pueden ser causadas por virus, bacterias, hongos, rickettsias o protozoarios, que evolucionan con manifestaciones cutáneas vinculadas. Las manifestaciones cutáneas de una enfermedad infecciosa

puede resultar de la inoculación directa de los microorganismos de la piel o indirectamente de la diseminación linfógena, hematógena o por contigüidad del patógeno.

Los exantemas son erupciones cutáneas debidas a la propagación sistémica o por contigüidad de un microorganismo. Estas erupciones pueden deberse a la multiplicación del agente etiológico en la piel o en la vasculatura dérmica o a la respuesta inmunitaria del huésped hacia el microorganismo.

El individuo sano vive en armonía con la flora normal de su cuerpo, pero este equilibrio puede alterarse por la enfermedad. Las defensas del huésped son un factor importante que determina si se produce la infección o no. Estas incluyen las barreras anatómicas, como la piel, y la mucosa respiratoria ciliada intactas; las barreras fisiológicas como la acidez gástrica; los factores inmunes, como los anticuerpos específicos y las células fagocíticas, como los neutrófilos o polimorfonucleares y los macrófagos del sistema reticuloendotelial.(4) Por lo que muchas de las manifestaciones de la infección no se deben a la acción directa del microorganismo infectante ni a sus productos, sino que son consecuencia de la respuesta del huésped.

Las enfermedades exantemáticas pueden manifestarse como máculas, pápulas, placas, pústulas, úlceras, vesículas, o ronchas.

Entenderemos por mácula, una alteración de la coloración de la piel, sin elevación o induración, que afecta a un área limitada; pápula como una lesión sólida, elevada sobre la superficie de la piel circundante, pueden ser rojas, de color cobrizo, violáceas o amarillentas; placas una lesión elevada sobre la piel circundante que ocupa un área relativamente extensa, puede estar formada por la confluencia de pápulas; pústula una elevación circunscrita de la piel de contenido purulento; úlcera una lesión secundaria a la destrucción de la epidermis y dermis papular superior; vesícula una lesión elevada circunscrita que contiene líquido y; por roncha una elevación de la piel con la parte superior plana o redondeada de color pálido, que tiene la característica de desvanecerse y desaparecer en pocas horas. (5)

I.- ALGODONCILLO

DEFINICION.- Conocida también como moniliasis o candidiasis, es una enfermedad que se caracteriza por placas de color blanco cremoso y de aspecto grumoso en cualquier sitio de la cavidad bucal y lengua. Y se presenta por el crecimiento exagerado de *Candida Albicans*.

ETIOLOGIA.- Se produce por *Candida Albicans*, que es una levadura oval con una sola yema, habitualmente saprofita. Forma parte de la flora normal de las mucosas de vías respiratorias, gastrointestinales y genitales femeninas. En los tejidos puede aparecer como levaduras en gemación o como "seudohifas" alargadas con yemas. Las reacciones de fermentación de carbohidratos la diferencian de otras.

Se le considera un microorganismo oportunista debido a que prolifera cuando las defensas locales o generales del huésped se alteran. Las localizaciones más susceptibles para la candidiasis son las zonas intertriginosas y mucocutáneas donde el calor y la maceración proporcionan específicamente un medio ambiente fértil.

Se presenta en lactantes y personas debilitadas que padecen alguna enfermedad crónica, como diabetes mellitus o avitaminosis.

Es una enfermedad que se considera no contagiosa y de baja virulencia.

MANIFESTACIONES CLINICAS.- El algodoncillo o candidiasis se debe al crecimiento exagerado de candida albicans, se caracteriza por placas de color blanco cremoso y de aspecto grumoso en cualquier sitio de la boca. La mucosa adyacente está habitualmente eritematosa y al desprender las lesiones se observa una superficie sangrante.

Con frecuencia puede presentar dolor y también puede observarse fiebre y linfadenitis.

Presenta síntomas de malestar bucal generalizado, con dolor, sensación de quemazón, mal gusto y halitosis.

MANIFESTACIONES BUCALES.- Las placas pueden presentarse también en la cara interna de labios y encías, paladar y lengua.

DIAGNOSTICO.- Se basa en manifestaciones clínicas que presenta, confirmándose con la realización de un cultivo.

PREVENCION.- El paciente deberá recibir una alimentación nutritiva con suplementos vitamínicos y reposo.

TRATAMIENTO.- Enjuagues de nistatina, 500,000 unidades tres veces al día. Solución acuosa de violeta de genciana al 1% aplicada en las zonas afectadas tres veces al día.

Se ha observado que los lavados orales con solución de sal cada dos horas dan alivio local y facilitan la curación.



Candidiasis en lengua, se caracteriza por presentar placas de color blanco cremoso con aspecto grumoso.

II.- ESCARLATINA

DEFINICION.- La escarlatina es una enfermedad infectocontagiosa, aguda y febril que manifiesta exantema y enantema. Se caracteriza por nasofaringitis y amigdalitis agudas. Ocurre en los sujetos con faringitis estreptococcica en quienes el microorganismo produce una toxina eritrógena y en quienes no son inmunes a la toxina por que no tuvieron exposición previa.

El exantema propio de la escarlatina incluye a la lengua, que puede ser de color rojo brillante con papilas grandes (lengua en frambuesa) o cubiertas, con protusión de las papilas rojas (lengua en fresa).

ETIOLOGIA.- Esta enfermedad es causada por el estreptococo beta hemolítico del grupo A, el cual elabora una toxina eritrógena.

La infección se presenta en niños de ambos sexos, siendo raro antes de los tres años y después de los quince años.

Se presenta en las estaciones de invierno y primavera.

La transmisión se lleva a cabo por medio de gotitas de secreciones nasofaríngeas expulsadas por un enfermo al

toser, estornudar o hablar. Por lo que la vía de entrada del microorganismo suele ser la boca. (12)

Tiene un período de incubación de 2 a 5 días. A partir de que el microorganismo penetra a través de la faringe, se espase libremente por los tejidos a lo largo de los vasos linfáticos hacia los ganglios linfáticos regionales.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Tiene un período prodrómico que inicia con fiebre, vómitos y dolor de garganta al paso de los alimentos. Presenta cefaleas y mialgias generalizadas más acentuadas en extremidades inferiores. Las amígdalas palatinas se encuentran tumefactas, de color rojo obscuro al igual que la úvula y pilares anteriores.

El período eruptivo comienza de 24 a 48 horas después del inicio de la enfermedad. El exantema se inicia por la cabeza, cuello, parte superior del torax y espalda, después se disemina hacia el resto del tronco y las extremidades.

El exantema consta de un eritema difuso que palidece a la presión, con muchas elevaciones puntiformes de 1 mm. que dan una textura de lija a la piel. Hay rubor facial generalizado, es frecuente observar una zona palida alrededor de la boca.

Afecta más frecuentemente al tronco y a las caras internas de brazos y muslos. (10 y 11)

El eritema desaparece hacia el 6o. o 9o. día después del inicio de la infección. La descamación de la piel es una característica de la escarlatina, empieza con descamación fina de cara y cuerpo y por lo general se completa durante la segunda semana.

Las complicaciones de la fase aguda que más se observa al no existir una terapia adecuada son: otitis media, renitis, sinusitis, neumonía, artritis, meningitis, púrpura y fiebre reumática. (6)

MANIFESTACIONES BUCALES.- Las principales manifestaciones orales son denominadas como estomatitis escarlatínica. (12)

La mucosa, en particular la palatina, puede presentarse congestionada y la garganta tiene un color rojo vivo. Las amígdalas y pilares de las fauces suelen estar inflamadas y a veces cubiertas de un exudado grisáceo.

Desde el momento que comienza la enfermedad, la lengua presenta una capa blanca y las papilas fungiformes están edematosas e hiperémicas y se presentan sobre la superficie

como pequeñas protuberancias rojas. Este fenómeno ha sido descrito desde el punto de vista clínico como "lengua de fresa". (10)

Poco después del período de convalecencia, la lengua y el resto de la mucosa recobran su aspecto normal. (13)

DIAGNOSTICO.- El exantema y enantema característicos, el signo Pastia, la palidez peribucal o signo de Filatow-Dukes constituyen signos importantes que facilitan el diagnóstico. La escarlatina puede confundirse con cualquier enfermedad exantemática por lo que requiere un cuidadoso examen de la orofaringe y amígdalas. (6)

El cultivo de exudado faringeo en los primeros días da un resultado positivo.

TRATAMIENTO.- La penicilina es el medicamento de elección para el tratamiento de esta infección estreptococcica. (6)

La administración de antibióticos no solo mejora la enfermedad sino también evita futuras complicaciones. (11)

Para el tratamiento sintomático se utiliza aspirina en dosis de 50mg/kg/día, trociscos de terramicina para el dolor de garganta y talco para el prurito producido por la

descamación y resequedad exagerada de la piel. (13)

PREVENCIÓN.- Actualmente no se encuentra medio profiláctico.



A las 24 o 36 horas aparece el exantema, que evoluciona de arriba abajo. Hay un brillante enrojecimiento en las mejillas y en la barbilla que contrasta con la palidez alrededor de la boca.



Lengua frambuesada. El estadio en fresa roja, la ilustración muestra una superficie roja y satinada con papilas prominentes y restos de la saburra blanca.

III.- RUBEOLA

DEFINICION.- Es una enfermedad infecciosa aguda, con frecuencia es benigna, caracterizada por una erupción cutánea que dura tres días, linfadenopatía generalizada y síntomas prodrómicos mínimos o ausentes. Esta enfermedad causa malformaciones congénitas cuando se presenta en los primeros meses del embarazo.

ETIOLOGIA.- La rubéola es causada por un virus RNA con cubierta lipídica, incluido en el grupo de los togavirus.

El hombre es el único huésped y la transmisión se realiza de persona a persona.

Se presenta en niños en edad escolar, entre 6 y 9 años. La estación de máxima incidencia es en la primavera.

Tiene un período de incubación de 14 a 21 días. El virus puede aislarse de la faringe, entre una semana y dos después de la instauración de la erupción.

MANIFESTACIONES CLINICAS.- Después de la invasión inicial de las vías respiratorias superiores, el virus se disemina al tejido linfóide local, donde se multiplica e inicia una viremia de aproximadamente 7 días de duración.

Después del nacimiento, de 14 a 21 días después de la exposición, se manifiesta con síntomas leves de malestar ocasional e inflamación de garganta, fiebre moderada, coriza y conjuntivitis leve, puede acompañar la erupción, linfadenopatía periférica generalizada y más raramente esplenomegalia.

El exantema es evidente en las 24 horas de aparición de los primeros síntomas, como eritema macular tenue que primero afecta la cara y el cuello. Se extiende con rapidez al tronco y a las extremidades, dejando un sitio indemne conforme aparece en otro. Las máculas son de color rosa, desaparecen con la presión y rara vez manchan la piel.

La erupción desaparece al tercer día. Puede haber rubéola sin erupción cutánea.

Las complicaciones en niños casi no se presenta, su recuperación es por lo general inmediata. La poliartralgia y poliartritis transitorias son más frecuentes en adolescentes y adultos en especial en mujeres, en quienes aparecen a los tres días o más después del inicio de la erupción cutánea y persistente 5 o 10 días.

Rubéola congénita.- La infección trasplacentaria congénita del feto se presenta como consecuencia de la infección materna, por lo general en los 4 meses del embarazo. Cuando se interrumpe la gestación, persiste la infección fetal; al nacer el niño se encuentra el virus en garganta, orina, conjuntiva, médula ósea y líquido cefalorraquídeo del lactante.

Los lactantes infectados en el primer trimestre, se identifican en el primer año de vida lesiones cardíacas y defectos oculares (cataratas, glaucoma, retinitis, microftalmia). Algunos lactantes al nacer solo puede sufrir retardo del crecimiento intrauterino, púrpura trombocitopénica, que desaparece poco después del nacimiento. La hepatosplenomegalia con hepatitis activa que puede persistir varios meses. Otros, neumonía intersticial, meningoencefalitis, pérdida auditiva de diversa amplitud y lesiones de huesos largos. (10)

Las secuelas a largo plazo en los lactantes son el retardo psicomotor, pérdida auditiva y retinopatía.

MANIFESTACIONES BUCALES. Pueden presentar enantemas consistente en ligero enrojecimiento de faringe y discretas manchas de color rosado o rojas en el paladar blando que se

conocen como manchas de Forchcimer, pero no son patognomónicos de la enfermedad.

DIAGNOSTICO.- Los signos y síntomas de la enfermedad no son patognomónicos, por lo que frecuentemente se confunde con otras enfermedades eruptivas.

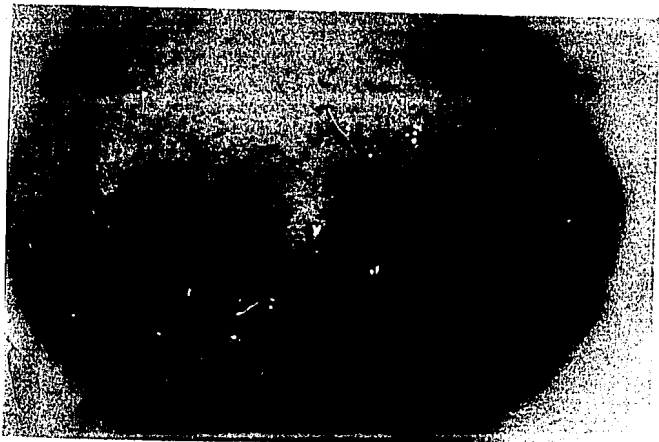
Se distingue del sarampión por la erupción más tenue que no mancha la piel, evolución más corta. El diagnóstico diferencial se basa en las características de evolución, y distribución del exantema, en la benignidad de los síntomas respiratorios, fiebre moderada y principalmente en la existencia de tumefacción ganglionar. Otra característica que lo diferencia es que el exantema aparece al final del período febril, en vez de hacerlo en el apogeo de las manifestaciones.

TRATAMIENTO.- El tratamiento es sintomático, descanso, el período de aislamiento solo previo al exantema.

PREVENCION.- Inmunización activa, vacuna con virus vivos atenuados aplicado a niños y adultos, sobre todo a mujeres no embarazadas que no hayan adquirido inmunidad, y en caso de querer embarazarse lo deberá hacer 3 meses después de la aplicación de la vacuna.



La conjuntiva no está marcada como en el sarampión. El grado de congestión de la conjuntiva y de la cavidad bucal es de valor para diferenciar la rubéola del sarampión y de la escarlatina.



Rubéola adquirida.- Después del nacimiento suele ser una enfermedad trivial y puede manifestarse con o sin erupción. La garganta puede ser dolorosa y estar ligeramente inflamada pero rara vez presenta exudado.

IV.- SARAMPION

DEFINICION.- Es una enfermedad aguda, altamente contagiosa, caracterizada por fiebre, tos, coriza, conjuntivitis, erupción (manchas de koplik) en la mucosa bucal o labial y un exantema cutáneo maculopapuloso diseminado.

Las tasas de morbilidad y mortalidad de esta enfermedad varían en gran medida según el huésped y el ambiente. Se presenta de manera más exagerada en poblaciones en desarrollo, en donde hay hacinamiento y malnutrición. (10)

Estudios realizados en niños con sarampión comprobaron que los problemas de xeroftalmía y vitamina "A" se incrementó durante y después del sarampión en niños con grado II y III de malnutrición. (1)

ETIOLOGIA.- Esta enfermedad es causada por un paramixovirus (RNA). Y se disemina por medio de gotitas expulsadas de nariz, garganta y boca, de una persona en la fase prodrómica o en la fase eruptiva inicial de la enfermedad y por gotitas transportadas por el aire. La infección indirecta por personas no infectadas o por objetos es rara.

El virus puede ser aislado más fácilmente en personas infectadas durante los primeros 4 o 5 días de la enfermedad.

El virus llega por inhalación a la nasofaringe y el tracto respiratorio superior, atraviesa la mucosa y probablemente establece una viremia primaria a los dos días y una viremia secundaria más extensa después de 5 días de la infección inicial. El virus se encuentra en muchos tejidos del organismo, pero tiene predilección por el tracto respiratorio. (7)

Por lo anterior, podemos decir que el virus se disemina por el tracto respiratorio, mediante la inhalación del virus contenido en gotitas de saliva expulsadas por el paciente.

Se presenta en niños en edad escolar.

Tiene un período de incubación de 7 a 10 días.

MANIFESTACIONES CLINICAS.- Después del período de incubación se presenta el período prodrómico que dura de 1 a 4 días, se manifiesta clínicamente con fiebre, mialgia y cefalea. En unas cuantas horas se presentan síntomas oculares de fotofobia y dolor ardoroso manifestado por inyección, lacrimo y exudado con el saco conjuntival. Al mismo tiempo, o poco después se presenta la inflamación catarral de vías respiratorias, ocasionando estornudos, tos y secreciones nasales. En este período prodrómico pueden aparecer - -

lesiones petequiales en el paladar y en la faringe, o bien las manchas de koplik en la mucosa bucal, que pueden anunciar aparición de la erupción cutánea. Estas manchas constituyen un signo diagnóstico patognomónico. El enantema puede comprender otras mucosas como conjuntiva palpebral y revestimiento vaginal.

Después de las manifestaciones prodrómicas aparece la erupción cutánea en 2 o 4 días y en ocasiones hasta 7 días. Se presenta primero detrás de las orejas o en cara y cuello un eritema manchado, que se extiende hacia abajo para cubrir el tronco y finalmente las extremidades.

Al principio la erupción consta de pequeñas máculas de color rojo que desaparece con la presión; después, se vuelven papulares, tienden a agruparse y pueden desarrollar un componente hemorrágico que no desaparece con la compresión. La erupción extensa se presenta ocasionalmente en niños con desnutrición proteico/calórica.

La erupción cutánea desaparece en el orden en que se presentó, que por lo general dura 5 días, acompañándose de descamación polvosa fina que respeta manos y pies.

La fiebre que presenta es de tipo tifoideo con elevación progresiva, que desciende por lisis. Persiste cerca de 6 días y alcanza 40 o 41 grados centígrados. Durante todo el período febril es evidente la tos productiva y en la auscultación se puede evidenciar bronquiolitis. La última manifestación en desaparecer es la tos ya que persiste al disminuir la fiebre.

Las complicaciones por persistencia o recurrencia de fiebre y la aparición de leucocitosis hacen pensar en la frecuente secuela de otitis media o neumonía bacteriana, laringitis, queratoconjuntivitis.

MANIFESTACIONES BUCALES.- Las manchas de koplik aparecen 2 o 3 días antes de la erupción cutánea y son patognomónicos. Estas manchas se presentan de manera característica laterales a los molares; son manchas grisáceas del tamaño de la cabeza de un alfiler sobre un fondo eritematoso. Puede haber inflamación generalizada, tumefacción y ulceración de encía, paladar y garganta. Pueden aparecer lesiones petequiales en el paladar y en la faringe.

DIAGNOSTICO.- El niño se muestra quejumbroso con ojos edematizados, cara enrojecida por la erupción y nariz con exudado y costras. Fiebre elevada, manifestaciones

catarrales, tos, conjuntivitis, fiebre y la aparición de las manchas de koplik seguidas del exantema, permiten dar un diagnóstico precoz del sarampión.

TRATAMIENTO.- Es sintomático, reposo, ingestión de analgésicos, antipiréticos, ingestión abundante de líquidos, dieta hiperproteica.

Se contraindica baño durante el período catarral y eruptivo. Cualquier complicación se tratará con el antibiótico apropiado.

PREVENCION.- La inmunización se logra por la vacuna de virus vivos atenuados aplicada a los 12 meses de edad.

Se puede obtener una inmunización pasiva mediante la gamaglobulina administrada durante los primeros 4 días después de ocurrir la exposición.

La enfermedad puede presentarse en adultos no inmunizados y en ellos puede ser más grave ya que son frecuentes las complicaciones.

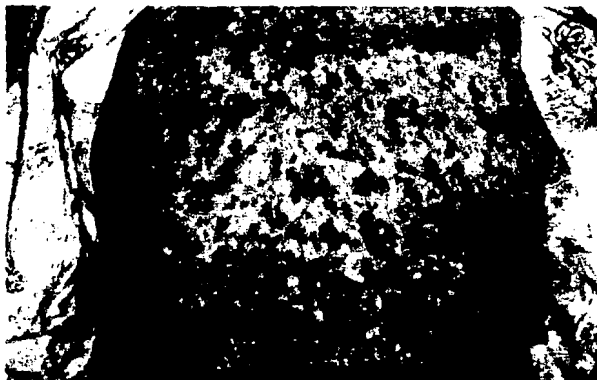
Con el objeto de evitar contagiar a los demás se aislará al paciente hasta que desaparezca la erupción cutánea, a los 4 o 5 días de brotar.



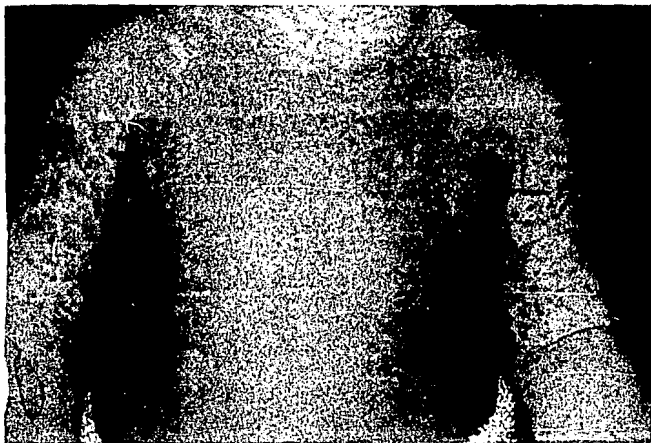
Manchas de koplik y exantema en sarampión.



Erupción temprana de sarampión.



Exantema desarrollado al segundo día, habitualmente con ligera prominencia.



Exantema al tercer día, la erupción puede haberse hecho confluyente sobre la mayor parte del cuerpo, pero queda con algunas manchas separadas especialmente en los brazos y piernas.

V.- VARICELA

DEFINICION.- Es una enfermedad aguda que se caracteriza por erupción vesicular generalizada, con síntomas sistémicos relativamente leves. Debido a que es muy contagiosa, la mayoría de los individuos la contrae en la infancia.

ETIOLOGIA.- Esta enfermedad es causada por el virus de varicela-zoster (DNA). Es poco resistente fuera del organismo y se distribuye rápidamente a la luz solar o ultravioleta.

La afección se disemina por contacto directo, también a través del aire. La diseminación nosocomial, se presenta por el aire que pasa de una habitación a otra o por el contacto de un paciente a otro.

El virus produce una erupción diseminada que indica que ocurrió una distribución sanguínea. La transmisión se produce a partir de gotitas infectadas de nariz y garganta. La vía de entrada del virus es probable que sea a través de la orofaringe, se sigue en el huésped susceptible por la replicación local para después producirse la diseminación a través de la sangre o linfocitos.

Las excoiaciones son frecuentes como demostración de la naturaleza pruriginosa de las lesiones. Continua la aparición de nuevas lesiones por un lapso de 3 o 4 días, después del inicial la cantidad de aparición de nuevas lesiones disminuye con rapidez.

Estas manifestaciones clínicas pueden proceder a las primeras lesiones de la piel de 24 a 48 horas. Es más grave esta afección en personas con afección del sistema inmune.

Las vesículas continúan erupcionando en la segunda semana de la enfermedad acompañadas por fiebre alta. Las lesiones tienden a poseer una base más profunda que superficial.

Hacia el final de la primera semana y el inicio de la segunda, las lesiones son más frecuentes en las extremidades que en el tronco. La distribución y el tipo de lesiones se puede parecer a las de la viruela.

Se considera que la varicela es más grave en la mujer embarazada.

MANIFESTACIONES BUCALES.- Simultáneamente a los elementos cutáneos se presenta enantema constituido por un número escaso de lesiones localizadas en el velo del paladar, pared posterior de la faringe, mucosa bucal, labios y lengua. Las lesiones son similares a las del herpes simple. (3)

DIAGNOSTICO.- Los elementos del exantema en distinta etapa de la evolución, la falta de unión de la vesícula, la ausencia de estas en palmas de las manos y plantas de los pies, la presencia de vesículas en boca y la mayor cantidad del exantema en tronco que en extremidades, son datos que permiten identificar la enfermedad. (3 y 11)

TRATAMIENTO.- El manejo del paciente es sintomático y debe enfocarse la atención a mantener las lesiones limpias y libres de irritación y rascado. (2)

En las lesiones bucales puede usarse como calmante un enjuague bucal fenoleo.

Es conveniente la permanencia en cama mientras siguen apareciendo las lesiones, aproximadamente 6 días después de su comienzo aunque haya costras. Así como también se deberá desinfectar todos los utensilios contaminados con secreciones nasofaríngeas.

Los objetivos principales del; tratamiento son la prevención de una sobreinfección y el alivio del prurito, éste último se puede lograr con la aplicación frecuente de loción de calamina. En ocasiones ésto no es suficiente y se podrá usar un agente antipruriginoso sistémico como la trimeprazina.

Se cortarán y limpiarán las uñas para reducir el daño por el rascado. La sobreinfección bacteriana se puede prevenir alentando el baño diario con jabón o hexaclorofeno, después de esto se puede emplear el baño con almidón para el alivio del prurito.

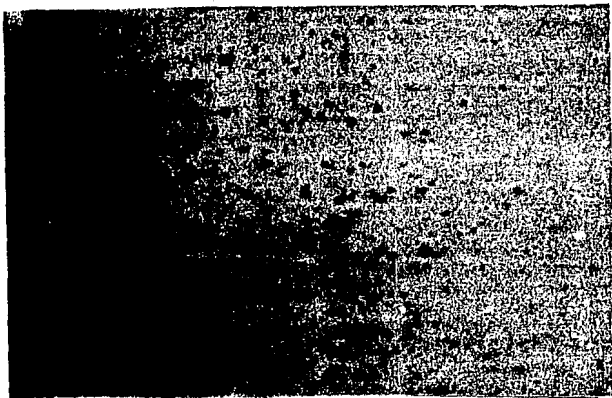
Para atenuar los síntomas sistémicos puede ser acetaminofén. En pacientes con afección inmunoinfectados que sufren varicela, acyclovir es eficaz en dosis de 500 mg. cada 8 horas.

PREVENCION.- La utilización de gamaglobulina ha demostrado no tener efecto preventivo, su uso se traduce en reducción de la fiebre, mejora el estado general y disminuye el número de lesiones.

Una afección de varicella da inmunidad permanente al paciente.



Las lesiones cutáneas se ven al principio sobre el cuerpo y caras internas de los muslos, pero se propagan rápidamente en cara, cuero cabelludo y partes próximas a los miembros.



Erupción pleomórfica. La erupción evoluciona muy rápidamente a través de las etapas de mácula, pápula, vesícula, pústula y costra.



Excoriaciones, como demostración de la naturaleza pruriginosa de las lesiones.

CONCLUSIONES

Con la realización de este trabajo, podemos concluir que las enfermedades exantemáticas en los niños tienen gran importancia clínica para el odontólogo por las características bucales y faciales que presentan.

El conocimiento de los signos y síntomas de cada una de las enfermedades facilitan el establecimiento de un diagnóstico diferencial entre cada una de ellas.

El diagnóstico precoz de este tipo de padecimiento es de importancia ya que si se diagnostica tempranamente, al mismo tiempo que disminuyan las posibilidades de contagio, las probabilidades de complicaciones severas son menores, lo cual ayuda a que el pronóstico para cada paciente sea más favorable.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- AM J. CLINICAL NUTRITION. Vol. 47 No. 1. Marzo 1990.
- 2.- CALDERON J.E. Conceptos clínicos de Infectología.
1a. edición. México 1979.
- 3.- COHEN L. Medicina para Estudiantes de Odontología. Ed.
Manual Moderno. 2a. edición. México 1980.
- 4.- EL MANUAL DE MERRK. Ed. Doyma. 8a. edición. España
1989.
- 5.- FEIGIN RALPH. Tratado de Infecciones en Pediatría. Ed.
Interamericana-McGraw-Hill. Edición 1987 Tomo I y II.
México 1987.
- 6.- HARRISON. Principios de Medicina Interna. Ed. MacGraw-
Hill. 6a. edición Tomo I. México
- 7.- KELLY WILLIAM. Medicina Interna. Ed. Médica
Panamericana. Edición 1990 Tomo II.
- 8.- KRUGMAN-KATZ-GERSHON-WILFERT. Enfermedades Infecciosas.
Ed. Interamericana-McGraw-Hill. 8a. edición. México
1988.
- 9.- LOUIS F. ROSE DONALD KAYE. Medicina Interna en
Odontología. Ed. Salvat. Edición 1992 Tomo I
- 10.- LLOYD H.S. Tratado de Medicina Interna de Cecil. Ed.
Interamericana. 18a. edición Tomo II. México 1987.
- 11.- ROBBINS, S.L. Tratado de Patología. Ed. Interamericana.
3a. edición. México 1971.
- 12.- SHAFER W.G. Tratado de Patología Bucal. Ed.
Interamericana. 3a. edición. México 1977.

- 13.- VALENZUELA R.H. Manual de Pediatría. Ed. Interamericana. 10a. edición, México 1987.
- 14.- EMOND R.T.D. Atlas de Enfermedades Infecciosas. Ed. Científico-Médica. Barcelona España 1975.