

## Elementos de diagnóstico de los exantemas infecciosos.

Para un médico sagaz, las fiebres eruptivas, en sus manifestaciones habituales, son fáciles de diagnosticar. Tanto si se trata del sarampión, como de la rubéola, de la escarlatina, de la viruela, de la varicela y también de la eripela facial, lo que domina la situación desde el punto de vista sintomático, es la aparición de una erupción con caracteres bastante típicos casi siempre, que permite evitar el error; este exantema representa, con sus rasgos personales, según la enfermedad de que se trata, el elemento más seguro para diagnosticarla. Sin duda alguna, es muy conveniente no ignorar los signos accesorios, sobre todo en la fase de invasión, pero por regla general no bastan para fijar el diagnóstico.

Conviene, pues, ante todo, conocer bien las diferencias fundamentales que separan a los diferentes exantemas infecciosos; de lo contrario, muchos estudiantes y hasta médicos pudran equivocarse. Ahora bien, no necesito encareceros la importancia que tiene poder hacer un diagnóstico exacto, no solamente para poder tratar como es debido al enfermo, sino también, y sobre todo, para poder tomar a tiempo oportuno todas las medidas profilácticas útiles, y no mandar un escarlati-

(1) Lección dada en el Hotel-Dieu de Lyon, y en la Clínica del Profesor Javiot.

noso, por ejemplo, a una sala de sarampionosos.

De aquí que haya considerado oportuno expresar las reglas generales de diagnóstico, insistiendo de un modo especial en el valor específico de algunos exantemas, pues si bien la mayoría de veces su aspecto no deja lugar a dudas, existen formas anormales o frustradas en las que es muy conveniente vengan en nuestra ayuda los signos anexos.

La descripción que voy a hacer forzosamente tendrá que ser algo esquemática, y parecerá hasta poco clínica a los que tienen la costumbre de hacer diagnósticos exactos. Pero esta lección no es para ellos; a pesar de este aspecto algo teórico la oposición de síntomas que voy a exponer contribuirá, dentro del cuadro en que me coloco, a mostraros la utilidad de una buena semiología y a desarrollar vuestro sentido clínico.

Ocurre a menudo que el diagnóstico de una fiebre eruptiva queda en suspenso en tanto no ha aparecido el exantema. Pero entonces, y hasta antes, existen elementos no despreciables que debemos saber.

A.—Sin duda alguna, los *datos epidemiológicos* tienen a veces un

cierto valor de orientación; pero concederles un crédito mayor nos induciría muchas veces acometer un error.

B.—Asimismo, excepto en un medio familiar u hospitalario, la duración conocida de la *incubación* de las diferentes enfermedades de poco nos servirá,

C—En cambio, la *invadan merece* llamar nuestra atención.

I.—En primer lugar, por su modo de comenzar:

1) Si el *comienzo ha sido brusco*, con escalofríos, cefalea, quebrantamiento general, elevación rápida de la temperatura hasta 40°, taquicardia, insomnio, a veces vómitos y delirio, se **tratará** casi con seguridad de una escarlatina, de una viruela o de una erisipela. Si la raquialgia tiene una gran intensidad y va acompañada-

pañada de epigastralgia intensa, hay grandes probabilidades de que se trate de una viruela.

2) Si el *comienzo es menos brusco*, puede tratarse de una forma atenuada de una de las enfermedades anteriormente enunciadas; la temperatura será de 38,5"

3) pero si entonces existen signos de catarro, es probable se trate de sarampión;

4) Cuando los signos de invasión son muy discretos, sin poder asegurar nada, es probable la varicela o la rubéola.

II.— Existen, además en este período, *algunas manifestaciones* cuya importancia, a veces ignorada en este período, adquiere retrospectivamente un gran valor en cuanto se presenta el exantema. Se tendrá siempre la precaución, si no hemos hecho en

tiempo oportuno las investigaciones necesarias, de interrogar minuciosamente al enfermo y sus familiares.

1° Fenómenos de *catarro* intenso, con lagrimeo, coriza, estornudos, tos, signos laríngeos acompañados a veces de laringitis estridulosa, habrán podido ser considerados al principio como de origen gripal. Si sale una erupción, es que se trata de sarampión;

2° Una estomatitis que se ha presentado antes de la erupción, permitirá muchas veces anunciarla con una antelación de 24 a 48 horas, cuando veamos en el velo del paladar un eritema punteado y, sobre todo, cuando en la cara interna de los carrillos, cerca del orificio de salida del canal de Stenon, haya el *signo de Koplick*, con sus pequeñas manchas de color blanco gris o azulado, de 1/5 a 1 milímetro de diámetro, que no se desprenden con la presión del depresor de la lengua, y cuyo fondo es ligeramente eritematopo; este signo, para el que sabe conocerlo, autoriza para hacer el

diagnóstico de sarampión; casi siempre existe, aun el primer día de la erupción;

3° Cuando el enfermo tiene dolor de garganta, podremos pensar en una erisipela, pero casi siempre es manifestación de una exantema escarlatinoso. Este angina es especialmente típica cuando es puramente eritematosa; entonces va acompañada de una sensación de sequedad y de un cierto grado de disfagia; la cara interna de las amígdalas los pilares, una parte del velo y de la cara posterior de la faringe son de un color rojo intenso.

III.— La *duración* del período de invasión es conveniente conocerla. En la escarlatina, el exantema se presenta 24 a 36 horas después de los primeros síntomas iniciales; nunca tarda más de dos días. En cambio en el sarampión el período de invasión acostumbra ser de cuatro días; es ello uno de los caracteres diferenciales entre el sarampión y la rubéola que en pocas horas, o todo lo más un día, exterioriza su erupción. El período de invasión de

la viruela es de dos a tres días. cuello, pliegues do flexión,  
pensaremos-

—o -----remos en la

En el período de erupción escarlatina o en la  
tendremos la precaución de re- viruela, quizás en la rubéola, pero  
cordar los síntomas indicados y nunca en el sarampión ni la viruela.  
estudiar detenidamente los aspec- A veces, el médico, ya habiendo  
tos variados del exantema y del tenido ocasión de presenciar la  
enantema. salida de la erupción, no consigue

A.—Por lo que se refiere al *ex-* obtener del enfermo ni de sus fa-  
*antema*, se impone un análisis miliares datos suficientemente  
minucioso. precisos. No por ello le han .de

I.— Debe precisarse el *punto por* faltar elementos precisos de diag-  
*donde comienza* la erupción, nóstico.

porque no es el mismo en las di- II. —El *aspecto de la erupción* se  
ferentes fiebres eruptivas. los suministrará de gran valor.

1° Si es *fácil*, prescindiendo 1° Unas veces la *erupción es*  
de la erisipela de la cara, se *difusa*; grandes extensiones del  
tratará de un sarampión o de una tegumento están invadidas sin  
viruela, pues ambas comienzan dejar intervalo alguno de piel sana.  
siempre por la extremidad cefá- Pocas afecciones proceden de  
lica. Puede también tratarse de este modo: la escarlatina, la rubéola  
una rubéola o de una varicela, escarlatiniforme y los rashes. SÍ hay  
pero nunca de una escarlatina. un eritema difuso completamente

2° Si es *extrafacial*, tronco, liso, que respeta

ía cara, pensaremos, en un rashs — eventualidad por cierto bastante rara -susceptible por su color y signos anexos de ser calificado **de escarlatiniforme**, ya purpúrico, ya astacoide - cuya causa será una erupción suérica, la viruela o la varicela. El exantema de la *escarlatina* es realmente bastante característico con su eritema en extensas placas, sobre las cuales se dibuja un punteado más obscuro, con pequeñas eminencias visibles con la lupa, sensibles al tacto suave, constituyendo el grano de la *escarlatina*, o también dando la sensación de piel chaginada. Este eritema forma estrías violáceas en el pliegue del codo; puede invadir la cara, respetando casi siempre la barbilla y el contorno de los labios. Desaparece momentáneamente con la presión (signo de la mano, signo de Borsieri), y durante veinticuatro horas o hasta varios días alrededor de una inyección de suero sanguíneo de *escarlatinoso* convaleciente (signo de Schultz-Charlton, o de suero antiescarlatinoso). La *rubéola escarlatini-forme* produce un eritema a veces difícil de diferenciar del de la *escarlatina*; pero lo importante es que se consigue casi siempre

comprobar la coexistencia, en algunas regiones de! cuerpo, de un eritema morbiliforme más o menos discreto, según los casos.

2° *Otras veces la erupción está constituida por elementos separados.*

a) Trátase de manchas redondeadas u óvalos del tamaño de uno a varios milímetros de **diámetro** y de color rosado o rojo intenso. Después de las máculas, de corta duración, aparecen pápulas en las que el elemento se acumina algo: se eleva ligeramente por encima del tegumento, permitiendo la vista y el tacto apreciar la existencia de esta segunda fase. Sean o no discreta la erupción, estén o no reunidos los elementos, el hecho importante es que se observan siempre **en** una misma región numerosos intervalos de piel sana. El sarampión, la rubéola, la viruela, la varicela, pueden producir estos aspectos.

Sin duda alguna la varicela es fácil de diferenciar; la fase maculosa raras veces va seguida de fase papulosa, y, a no tardar, la aparición de una viruela constituye un indicio de gran valor para el diagnóstico. Por otra parte,

muchas veces no comienza por la cara.

Por el solo aspecto del exantema, el diagnóstico no siempre es fácil de hacer entre el *sarampión* y la *rubéola morbiliforme*. En ambos comienza por la cara. En la rubéola, la generalización tiene lugar en 24 horas, en tanto que en el sarampión tarda 48 horas. La duración del exantema no acostumbra pasar de dos a tres días en el primer caso; persiste cuatro o cinco en el segundo. Las máculas de la rubéola son menos prominentes, su color es rosado o rosa pálido; las del sarampión son a veces papulosas, de color rosado más fuerte o hasta rojo, su contorno es más irregular, se reúnen a veces con algunos elementos próximos hasta formar pequeñas tiras o placas de contornos festoneados y hasta políciclos. Pero por interesante que sea lo que acabamos de decir, no siempre es fácil en la práctica hacer el diagnóstico; y teniéndonos tan sólo al exantema, el elemento de más valor en favor

de la rubéola sería la coexistencia con una erupción, en su conjunto morbiliforme, de elementos es-carlatíniformes en algunas regiones, especialmente en los pliegues articulares. Constituye una excelente medida clínica tener en cuenta todos los elementos posibles de diagnóstico, leeremos si existe o no un exantema típico, y su aparición anterior de algunos días con respeto a las manifestaciones cutáneas permitirá descartar la rubéola en favor del sarampión.

Esta fase de invasión con exantema, que acostumbra durar cuatro días, será conveniente tenerla presente para diferenciar el sarampión, y en especial el sarampión papuloso, de la *viruela* durante la fase papulosa de su exantema. En efecto, durante las primeras 48 horas de 3a erupción, la viruela no presenta aún vesículas; es en la cara, que las máculas, que no tardan en convertirse en pápulas, aparecen, y por ello es fácil confundirlas con el sarampión. El examen de]

modo cómo ha comenzado, el trazado de la curva térmica y los caracteres del exantema son entonces los que nos servirán de guía para la diferenciación.

b) Otras veces, ya fase maculo papulosa es ya substituida por la *vesiculación*. Al nivel de los elementos eruptivos, rosados o rojos, la epidermis se ha levantado, desprendido de las capas subyacentes por la exudación de un líquido claro: ha salido una vesícula. El problema que se presenta entonces es saber si nos encontramos frente a una *viruela* o una *varicela*. Sin duda alguna cabe oponer el comienzo brusco de la viruela con la invasión de aspecto benigno de la varicela, pero hay varioloides con fenómenos generales bastante atenuados, y varicelas confluentes acompañadas de fiebre elevada e invasión relativa del estado general. Es precisamente entre las formas frustradas y las formas graves de una y otra afección que debe saber hacerse el diagnóstico. Sería un error creer que la varicela no supura nunca, no produce vésico

pústulas, no va acompañada de una umbilicación del elemento eruptivo. Lo que debemos procurar saber es si la vésico-pústula tiene una pared delgada o gruesa, si descansa sobre una zona eritematosa que se extiende más allá de su periferie, si interesa tan sola la epidermis o profundiza algo más.

Si es superficial, con o sin un borde rosado o rojo a su alrededor, sin induración de la piel, es manifestación de varicela. Pero si la vesícula forma una perla dura profundamente enclavada en el dermis y su base está implantada en un tejido inflamado, diremos que se trata de viruela. Además, hecho capital, si no hay elemento alguno en la cara, cosa que ocurre a veces, no se tratará de viruela. Por otra parte, examinando atentamente el enfermo, veremos que en la viruela la vesiculación sigue en su extensión una marcha parecida a la de la fase máculo-papulosa, comenzando por la cara e invadiendo después las demás regiones del cuerpo. Además, el brote eruptivo

es único. En cambio, en la varicela es muy frecuente observar la aparición de varios brotes sucesivo, por lo cual vemos simultáneamente, en una misma región, elementos en distinta fase de su evolución: pápulas, vesículas, vesículo-pustulas, costras. Ello es un signo patognomónico de la varicela.

c) Hay un tipo de erupción muy especial, el de la *erisipela facial*. Trátase de una placa erisipelatosa, de un color rojo intenso, de extensión progresiva, acompañada de edema intersticial, lo cual produce una elevación general, fácil de comprobar en la periferia de la placa por un rodete bien marcado. Sobre esta placa, dolorosa espontáneamente y por la presión acusa a veces vesículas y ampollas, pero es verdaderamente imposible confundirla con cualquier otra enfermedad eruptiva.

B.~ Durante el período eruptivo, los datos suministrados por el *exantema* tienen un valor positivo y seguro para el diagnóstico.

I.— En algunos casos, los fenómenos catarrales son sumamente

acentuados. Existe congestión conjuntiva con mucosa muy roja en la cara palpebral, vasos dilatados formando estrías más o menos aparentes sobre el globo ocular; el lagrimeo va a veces acompañado de secreción moco-purulenta. La congestión de la pituitaria produce una ligera obstrucción nasal, a veces un cierto grado de tumefacción de las fosas nasales, coriza serosa o sero purulenta, estornudos repetidos. La tos es frecuente, seca, por accesos, más tarde va acompañada o no de expectoración, y en el pecho percíbense estertores mucosos o sibilantes.

Una sintomatología como ésta es casi siempre manifestación del *sarampión*; caso de prestarse a dudas la erupción, el cuadro sintomático indicado será de gran valor, máxime si se ha presentado durante la fase de invasión y persiste durante la erupción.

En la *rubéola*, estos fenómenos de catarro faltan o quedan reducidos a su más mínima expresión, y en este caso no preceden al exantema, sino que lo acompañan o le suceden.



En el período de la erupción, la *viruela* puede producir lagrimeo, fotofobia y congestión conjuntiva, coriza y tos; pero trátase entonces de fenómenos poco acentuados, y cuando existen ya en la fase de erupción figuran siempre en último término. — — —

En definitiva, el estudio ríe los fenómenos catarrales, de su grado de intensidad, de su comienzo, del lugar que ocupan en cuadro clínico, nos permitirá hacer, cuando la erupción es dudosa, un diagnóstico exacto.

II. -Examinaremos siempre cuidadosamente *las manifestaciones bucofaringeas*.

1° La presencia de *vesículas* al nivel de la bóveda palatina y del velo del paladar, con menor frecuencia en los labios y en la lengua, se observa con un aspecto más o menos típico en la *viruela* y la *varicela*. Generalmente están rotas, formando una ulceración rodeada de una zona inflamatoria; su abundancia puede producir trastornos funcionales. Cabe en lo posible que sean más numerosos y vayan acompañadas de una pérdida de substancia más acentuada en la *viruela* que en la *varicela*, pero en realidad este exantema no tiene gran interés diagnóstico para diferenciar estas dos afecciones.

2° Algunas *estomatitis*, tales orno el eritema punteado del velo del paladar y la *estomatitis eritemato pultácea* de Comby, se observan sobre todo en el *sarampión*, pero carecen de valor patogno-

mónico. No ocurre lo mismo con el *signo de Koplick*, existente aún el primero y hasta muchas veces el segundo día de la erupción, que nos permite afirmar se trata realmente del *sarampión*, por más que algunos autores dicen haberlo observado también en la *rubéola*.

3° La angina anterior a la erupción, coexistiendo con ella, tiene un valor extraordinario para el diagnóstico. Revela la naturaleza *escarlatinosa* de UB exantema. Pero es necesario que entre el comienzo de la angina y la aparición de los primeros elementos cutáneos no hayan transcurrido más de 48 horas; es un medio excelente para no confundir la *escarlatina* con algunas erupciones *escarlatiniformes* de origen suérico. En la *rubéola* de tipo *escarlatiniforme*, la angina acostumbra faltar; caso de existir, es muy atenuada y contemporánea de la erupción. Lo propio ocurre en los eritemas *escarlatiniformes* medicamentosos y en el eritema descamativo recidivante.

4° El estado de la *lengua* debe también llamar nuestra atención, porque la *escarlatina* en el período de estado descama primeramente la punta y los bordes, después el dorso, adquiriendo entonces un color rojo, que con las papilas al descubierto y prominentes constituye lo que se llama *lengua aframbuesada*. Entonces podemos afirmar que el exantema que hay en el cuerpo es debido a la

escarlatina.

C. - La *reacción ganglionar* contribuye también a hacer el diagnóstico.

Cuando haya una angina eritematosa, o también pseudo membranosa no diftérica, la presencia de ganglios dolorosos en el ángulo del maxilar, nos hará diagnosticar una *escarlatina*.

También las adenopatías son útiles para el diagnóstico diferencial entre el *sarampión* y la rubeola. Con sobrada frecuencia se ha dicho que en el *sarampión* no habían ganglios, pero ello no es rigurosamente exacto; pero, caso de haber tumefacción ganglionar, es poco intensa y necesita ser buscada con cuidado. En cam-

bio, casi siempre hay adenopatía en la rubéola, predominando en el cuello y en el hueco supra-clavicular, pero a veces es también difusa y de tamaño mayor que en el *sarampión*, pudiendo en ocasiones preceder al exantema.

D.—Los *signos generales* tienen también interés y podríamos señalar diferencias notables de la curva térmica en la evolución de la *escarlatina*, del *sarampión* y de la *viruela*; recordar que la taquicardia desproporcionada con la temperatura se observa en la *escarlatina*, que en ella existe con mayor frecuencia que en otras fiebres eruptivas, hay albuminuria, etc. Pero, en realidad, las bases diagnósticas que nos pro-

porciona el estado general son discutibles.

El examen de la *sangre* tiene más valor. Sin querer entrar en detalles, debemos insistir en la importancia de la *cosinofilia en la escarlatina*, cosinofilia a veces muy acentuada, y que persiste durante mucho tiempo, conforme lo he demostrado con la señorita Pallot; creo puede servirnos ello para diferenciarla de las eritemas escarlatiniformes suéricos, y también del sarampión, en el que falta o es muy moderada. Digamos también que la leucocitosis con mononucleosis y mielocitosis de la *viruela* contrasta, según E. Weill, Deseos y Roubier, con su ausencia en la *varicela*, afección en la cual no se observa modificación alguna o todo lo más muy ligera, de la fórmula hematológica.

Ocurre a veces que en la fase post-eruptiva el médico es llamado para hacer retrospectivamente el diagnóstico de eritema infeccioso.

Si encuentran costras en el cuerpo y en la cara, por los anamnésticos puede preguntarse si se ha tratado de *viruela* o de *varicela*. Casi siempre, cuando caen

las costras, aparece una cicatriz más o menos excavada, permanente cuando la *viruela* ha sido la causante; en cambio, *a varicela*, si se tiene la precaución de no rascar, no acostumbra dejar vestigios duraderos.

Cuando se le dice al práctico que ha habido un eritema infeccioso hoy desaparecido, procurará observar si ha habido o no *descamación*. La *rubéola* no la produce nunca. La del sarampión es ligera, furfurácea, y a veces tan fina que puede pasar desapercibida. Por el contrario, la *escarlatina* provoca casi siempre una descamación notable, a veces intensa y duradera. Esta descamación la encontramos en diversas regiones del cuerpo, pero con máxima intensidad en las manos y pies. Hecho importante, aparece cuando la erupción ha cedido, en tanto que el eritema descamativo recidivante es muy acentuada durante la erupción, desprendiéndose grandes tiras epidérmicas de una piel muy eritematosa aun. Es sobre todo por la descamación que el médico hará el diagnóstico retrospectivo de una escarlatina en caso de haber llamado tan sólo la atención la

angina por haber faltado la erupción o haber sido tan ligera que pasó desapercibida.

El recuerdo de las nociones clásicas respecto de las diferentes fiebres eruptivas me ha permitido mostraros diferencias fáciles de comprobar para un buen observador, **entre** los signos eruptivos cutáneos y mucosos que caracterizan estas enfermedades. La mayoría de las veces un médico observador no se equivoca una vez ha examinado atentamente el enfermo.

He creído conveniente indicaros las bases sobre las que deberéis fundar más especialmente el

diagnóstico diferencial, habiendo mostrado también que algunos eritemas que no son propios de las fiebres eruptivas podrán ser eliminados. He tenido que limitarme a los hechos más esenciales. Pero en la práctica os ocurrirá muchas veces tropezar con grandes dificultades, en especial con las formas frustradas o anormales de algunas **enfermedades**. Aquí es donde más especialmente vuestro espíritu clínico será secundado por un conocimiento profundo de los síntomas que os permitirá, gracias a un examen cuidadoso, evitar casi siempre el error.

*De Clinique et Laboratoire.*