



Prurito acral por parvovirus B19

Gerardo Vizmanos Lamotte^a, Josep Ramón Ferreres Riera^b

^aPediatra. Centre Mèdic i Quirúrgic. Escaldes-Engordany. Andorra. Pôle Pédiatrique de Cerdagne ALEFPA. Osséja. Francia. Hospital de Cerdanya. Puigcerdà. España • ^bDermatólogo. Centre Mèdic i Quirúrgic. Escaldes-Engordany. Andorra.

Publicado en Internet:
10-febrero-2025

Gerardo Vizmanos Lamotte:
gerardovizmanos@gmail.com

Resumen

Palabras clave:

- Megaloeritema
- Parvovirus B19
- Prurito acral

El megaloeritema es una infección causada por el parvovirus B19 que se da principalmente en la infancia. Las manifestaciones clínicas consisten en síntomas inespecíficos como febrícula y ligero malestar, acompañados de eritema malar y erupción simétrica reticulada en extremidades y tronco. Ante la presencia de prurito intenso nocturno plantar en niños que hayan presentado un exantema en los días previos, debería tenerse en cuenta la infección por parvovirus B19.

Acral pruritus secondary to parvovirus B19 infection

Abstract

Key words:

- Acral pruritus
- Erythema infectiosum
- Parvovirus B19

Erythema infectiosum is a common viral exanthem caused by parvovirus B19 commonly seen in children. It manifests with nonspecific symptoms, such as low-grade fever and slight discomfort, accompanied by malar rash and a symmetrical reticular eruption on the extremities and trunk. Parvovirus B19 infection should be considered in the presence of intense nocturnal plantar itching in children who have had a rash in the past few days.

INTRODUCCIÓN

El megaloeritema, eritema infeccioso o quinta enfermedad es una infección causada por el parvovirus B19, virus ADN monocatenario, que se da principalmente en la infancia (más frecuente en los niños de 5 a 7 años) y que a menudo cursa en forma de epidemias en primavera. Su curso es bien conocido y suele ser benigno y autolimitado, excepto en individuos afectados de hemoglobinopatías o inmunosuprimidos. Las manifestaciones clínicas en el niño sano consisten en síntomas inespecíficos,

como febrícula y ligero malestar, acompañados de eritema malar (“enfermedad de la bofetada”) y erupción simétrica reticulada en extremidades y tronco. La erupción puede reactivarse durante varias semanas por determinados factores como la luz, el sol o el calor. De forma excepcional, aparece el denominado síndrome pápulo-purpúrico en guantes y calcetines, consistente en lesiones pápulosas, purpúricas o petequiales, limitadas a manos y pies. Ocasionalmente, los niños describen un prurito leve en las zonas de la erupción¹.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una niña sana de 6 años, que consultó por prurito intenso de la planta de los pies que la despertaba de madrugada. En los días previos, estando de vacaciones y tras haberse bañado en una piscina, enviaron una foto al pediatra donde se apreciaba eritema malar (Figura 1) y erupción discretamente reticulada en extremidades. Se orientó inicialmente como urticaria solar y se aconsejó administración de antihistamínicos orales (desloratadina 2,5 mg al día) y crema hidratante. Ante la persistencia y el aumento de la intensidad del prurito plantar con sensación urente y que la despertaba de madrugada durante 3 horas, volvieron a consultar. Las plantas no presentaban eritema ni otras lesiones y el resto de exploración física era normal. El dermatólogo orientó el cuadro como prurito plantar intenso asociado a probable megaloeritema. Se inició tratamiento con hidroxycina (2,5 mg/kg/día) y prednisolona oral (1,5 mg/kg/día) con mejoría y desaparición del prurito a las 48 horas. Se solicitó análisis de sangre en el que el hemograma y fórmula fueron normales, así como la bioquímica y el metabolismo del hierro (para descartar un síndrome de piernas inquietas). Destacaban las serologías positivas a parvovirus B19 (IgM 3,97 e IgG 3,22), por lo que se confirmó el diagnóstico de prurito acral secundario a infección por parvovirus B19. Tras volver de

vacaciones a la playa, la erupción cutánea en cara (eritema malar) y tronco (exantema reticulado) se reactivó (Figura 2), tras 17 días desde el inicio de cuadro, sin que volviera a aparecer prurito acral.

DISCUSIÓN

El parvovirus B19 es un virus pequeño de ADN monocatenario que infecta principalmente a los humanos. Es conocido por causar una variedad de manifestaciones clínicas, la más notable de las cuales es la “quinta enfermedad” o eritema infeccioso, que se caracteriza por una erupción en forma de “mejilla abofeteada” en los niños². Sin embargo, el parvovirus B19 también puede provocar otros síntomas, como artralgia, anemia y manifestaciones cutáneas, como prurito acral³. La relación entre el parvovirus B19 y el prurito acral no suele enfatizarse en la literatura, pero hay casos en los que los pacientes presentan lesiones cutáneas pruriginosas durante o después de una infección⁴. El mecanismo exacto por el cual el parvovirus B19 induce el prurito sigue sin estar claro; sin embargo,

Figura 1. Infección por parvovirus B19: eritema malar

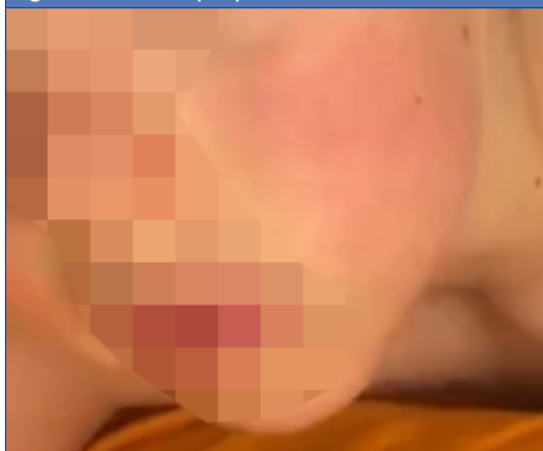


Figura 2. Infección por parvovirus B19: reactivación de la erupción



se plantea la hipótesis de que la respuesta inmunitaria a la infección viral puede desencadenar la liberación de histamina u otros mediadores inflamatorios que contribuyen a la sensación de picazón⁴. En la publicación de Lyon⁵, se destaca el prurito acral severo asociado con la infección por parvovirus B19, sugiriendo que el parvovirus B19 puede provocar un malestar significativo e impactar en la calidad de vida de las personas afectadas. Al evaluar a un paciente con prurito acral, es esencial considerar un diagnóstico diferencial amplio, particularmente cuando se sospecha una infección viral como el parvovirus B19. Se deben tener en cuenta las siguientes condiciones: reacciones alérgicas como dermatitis de contacto o reacciones alérgicas a agentes tópicos, metales o plantas, que pueden provocar picazón localizada⁶; urticaria aguda o crónica, que puede presentarse con picazón intensa y puede ser desencadenada por alimentos, medicamentos o factores ambientales⁷; causas infecciosas como sarna, que es una infestación parasitaria causante de prurito intenso, particularmente en los espacios interdigitales de los dedos y otras áreas acrales⁸; infecciones fúngicas como la tiña del pie (pie de atleta), que puede causar picazón localizada y puede imitar el prurito acral⁹; afecciones dermatológicas como el eczema o la dermatitis atópica, que pueden provocar picazón y suelen localizarse en las zonas flexoras y acrales; la psoriasis en placas, que puede presentarse con lesiones escamosas y pruriginosas, que suelen aparecer en los

codos y las rodillas¹⁰; afecciones sistémicas, como la enfermedad hepática —la colestasis y otras afecciones hepáticas pueden provocar prurito generalizado, a menudo más pronunciado en las palmas de las manos y las plantas de los pies¹¹—; la insuficiencia renal, siendo el prurito urémico un síntoma común en pacientes con enfermedad renal crónica¹²; causas neuropáticas como la neuropatía periférica, que puede provocar sensaciones de picazón, en particular en las extremidades¹³, y factores psicógenos como la ansiedad o la depresión, que pueden manifestarse como picazón sin una causa física clara¹⁴. Ante la presencia de prurito intenso acral en niños que hayan presentado un exantema en los días previos y después de descartar otras etiologías, debe considerarse la posibilidad diagnóstica de parvovirus B19. Al tratarse de una causa infrecuente, una anamnesis dirigida es importante en ausencia de otros datos de alarma para explicar la clínica sindrómica del paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido de forma equivalente en la elaboración del manuscrito publicado.

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conejo Fernández AJ, Cruz Cañete M. Enfermedades exantemáticas víricas. *Protoc diagn ter pediatr*. 2023;2:33-49.
2. Muzumdar S, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The rash with maculopapules and fever in children. *Clin Dermatol*. 2019;37(2):119-28. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.12.005>
3. Smith PT, Landry ML, Carey H, Krasnoff J, Cooney E. Papular-purpuric gloves and socks syndrome asso-

ciated with acute parvovirus B19 infection: case report and review. *Clin Infect Dis*. 1998;27(1):164-8. <https://doi.org/10.1086/514629>

4. Brown KE. Human Parvoviruses, Including Parvovirus B19V and Human Bocaparvoviruses. En: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. *Mandell, Douglas, and Bennett's. Principles and Practice of Infectious Diseases*. 9th Edition. Elsevier; 2019. p. 1968-75.
5. Lyon CC. Severe acral pruritus associated with parvovirus B19 infection. *Br J Dermatol*. 1998;139(1):153-4. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02336.x>

6. Li Y, Li L. Contact dermatitis: Classifications and management. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2021;61(3):245-81. <https://doi.org/10.1007/s12016-021-08875-0>
7. Antia C, Baquerizo K, Korman A, Bernstein JA, Alikhan A. Urticaria: A comprehensive review: Epidemiology, diagnosis, and work-up. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79(4):599-614. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.01.020>
8. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2021;118(41):695-704. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0296>
9. Ameen M. Epidemiology of superficial fungal infections. *Clin Dermatol*. 2010;28(2):197-201. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2009.12.005>
10. Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. *Int J Mol Sci*. 2019;20(6):1475. <https://doi.org/10.3390/ijms20061475>
11. Beuers U, Wolters F, Oude Elferink RPJ. Mechanisms of pruritus in cholestasis: understanding and treating the itch. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2023;20(1):26-36. <https://doi.org/10.1038/s41575-022-00687-7>
12. Mettang T, Ständer S, Kremer AE. Therapie des pruritus bei inneren erkrankungen. Was ist gesichert? [Treatment of chronic itch in systemic disease. Current standards]. *Internist (Berl)*. 2015;56(12):1369-78. <https://doi.org/10.1007/s00108-015-3755-3>
13. Castelli G, Desai KM, Cantone RE. Peripheral neuropathy: Evaluation and differential diagnosis. *Am Fam Physician*. 2020;102(12):732-9.
14. Buteau A, Reichenberg J. Psychogenic pruritus and its management. *Dermatol Clin*. 2018;36(3):309-314. <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.02.015>