

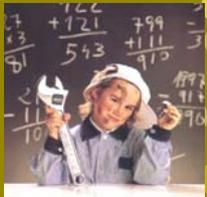
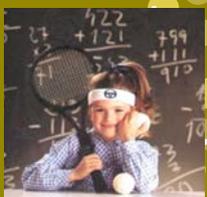
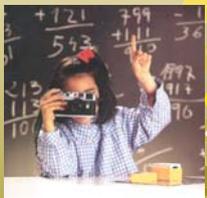
CUADROS CLÍNICOS

Tercer Fascículo

CRECIENDO



Exantemas febriles:
diagnóstico diferencial



Polper B12[®]

AMPOLLAS BEBIBLES

*Fuente de
energía
natural*

*Activo
colaborador
natural
del desarrollo
infantil*

PRESENTACIÓN

Envases por
10 y 30 frascos
monodosis



 **CASASCO**
www.casasco.com.ar



Editorial

En esta nueva entrega de "Creciendo", estamos enfocando un grupo de enfermedades que posiblemente constituyan uno de los motivos de consulta más frecuente: las enfermedades que cursan con exantema febril.

Las enfermedades exantemáticas representan en muchas ocasiones un verdadero desafío para el médico asistencial. Si bien la mayoría de ellos pueden presentarse en los primeros años de la vida, no es excepcional su presencia en la vida adulta. Genéricamente consideradas, las enfermedades exantemáticas se clasifican en dos grupos principales: maculopapulosas y papulovesiculosas.

En este artículo se hará una descripción de las características fundamentales de las enfermedades exantemáticas más frecuentes, haciendo foco en las claves diagnósticas, su abordaje terapéutico y las medidas de prevención.

Exantemas febriles:
diagnóstico diferencial



Dr. Gerardo E. Laube

- Médico Pediatra Infectólogo.
- Jefe de Guardia del Htal. F. J. Muñiz.
- Prof. Titular de Infectología, Facultad de Medicina, Fundación H. A. Barceló.
- Jefe de Trabajos Prácticos de Infectología, Facultad de Medicina UBA.
- Miembro del Comité de Infectología de la Sociedad Argentina de Pediatría.



C U A D R O S C L Í N I C O S
CRECIENDO



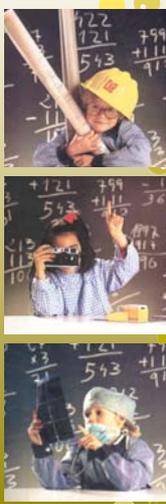
Temas a publicar

Primer Fascículo
Síndrome urémico hemolítico

Segundo Fascículo
Neumonías atípicas en pediatría

Tercer Fascículo
Exantemas febriles: diagnóstico diferencial

Cuarto Fascículo
Maduración y desarrollo



Introducción

Las enfermedades exantemáticas se clasifican en dos grupos principales: maculopapulosas y papulovesiculosas. Los exantemas maculopapulosos, a su vez, pueden ser morbiliformes –cuando dejan espacios de piel sana– o escarlatiniformes –cuando éstos son homogéneos. En muchas ocasiones, el exantema es el que inicia el período de estado de estas enfermedades, siendo comprobable desde algunas horas hasta varios días antes. Cuando el compromiso dermatológico es muy significativo, la descamación posterior puede ser importante. En otras oportunidades se comprueba que, una vez que desaparece el exantema, la piel presenta máculas hiperpigmentadas o hipopigmentadas que suelen persistir cierto tiempo.

Los antecedentes epidemiológicos pueden ser de ayuda para un diagnóstico correcto de cada una de ellas, particularmente en lo relacionado con la edad y los antecedentes de exposición en ambientes cerrados como jardines maternos, escuela, etc. Entre los datos que deben indagarse en el interrogatorio deberá prestarse atención al momento de aparición de la erupción, el lugar por donde comenzó, el tiempo en completarse, la existencia de prurito o dolor, la evolución y la presencia de otras manifestaciones sistémicas.

En este artículo se describirán las principales características de las enfermedades exantemáticas más frecuentes, las claves diagnósticas, su tratamiento y prevención.

Enfermedades maculopapulosas Sarampión

Es una afección infectocontagiosa que era endemoepidémica en nuestra región y solía

presentar brotes epidémicos cada 4-6 años. Es producida por un virus de la familia *Paramixoviridae*, género morbillivirus, que posee una envoltura sensible a las sales biliares y disolventes de lípidos, lo que explica por qué el ingreso de la partícula viral en el organismo debe realizarse a través del epitelio respiratorio.

El reservorio del virus es el ser humano, pudiendo ser aislado de las secreciones nasofaríngeas desde 4 a 5 días antes de la aparición de la erupción. En los países de climas templados la mayoría de los casos se presenta en los meses de invierno y primavera, afectando particularmente a niños de primera infancia. En nuestro país, los dos últimos brotes se registraron en los años 1991 y 1998, con 40.000 y 10.000 casos respectivamente. A partir de esta fecha, la incorporación de dos dosis de la vacuna triple viral al año y 6 años, así como las campañas de seguimiento han llevado a que prácticamente no se hayan comunicado casos en los últimos años en la República Argentina. Igualmente, esta enfermedad es de vigilancia epidemiológica intensificada, lo que implica la necesidad de comunicar todo caso sospechoso, la remisión de suero para la confirmación de todos los casos probables e indicar la vacunación de bloqueo a los convivientes.

Una vez alojado en el hospedero susceptible comienza la multiplicación, inicialmente en el epitelio respiratorio y posteriormente en los ganglios linfáticos. La diseminación viral se produce por la invasión de los leucocitos, con el posterior compromiso del sistema reticuloendotelial. La presencia de células multinucleadas gigantes, producida por la

fusión celular, es una de las características del sarampión.

Las manifestaciones clínicas pueden dividirse en cuatro períodos: el *período de incubación* es asintomático y dura aproximadamente 10 días. El *período de invasión* se presenta con un síndrome febril importante y el triple catarro (conjuntival, rinofaríngeo y traqueo-bronquial), y tiene una duración de 2 a 4 días. En este período aparecen las manchas de Koplik, que son características de la enfermedad. Estas pápulas miden aproximadamente 1 a 2 mm, son blanquecinas y se ubican principalmente a nivel del segundo molar superior, aunque pueden diseminarse por toda la mucosa oral. Este período es habitualmente el de mayor contagio. El *período de estado* comienza con la aparición del exantema que es maculopapuloso, suave al tacto, morbiliforme y habitualmente se propaga en forma cefalocauda (Foto 1). El aspecto del paciente, con el triple catarro y el exantema, configura la denominada "cara sucia" del sarampión. La erupción persiste aproximadamente 4 a 5 días, desapareciendo en el mismo orden en que apareció, dejando, en algunas oportunidades, máculas hiperpigmentadas. El *período de convalecencia* se caracteriza por una astenia psicofísica que puede persistir varios días.

Si bien el diagnóstico debe sospecharse por la clínica y los antecedentes epidemiológicos, todo caso probable debe confirmarse mediante el estudio serológico basado en la determinación de la IgM específica.

Las complicaciones del sarampión dependen de varios factores, como la edad del paciente y su estado de inmunocompeten-

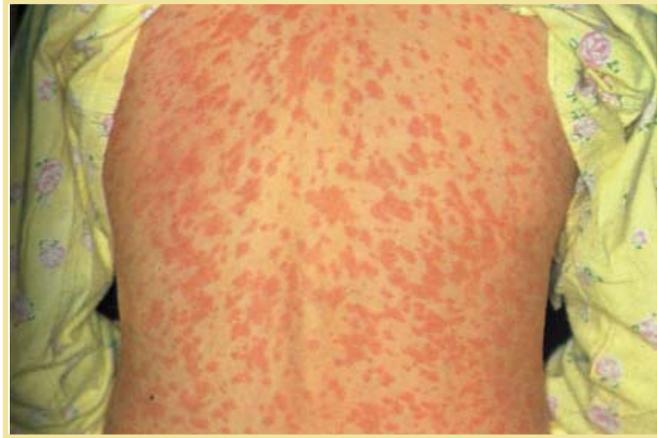


Foto 1 – Rash irregular con lesiones pequeñas aisladas y otras confluentes.

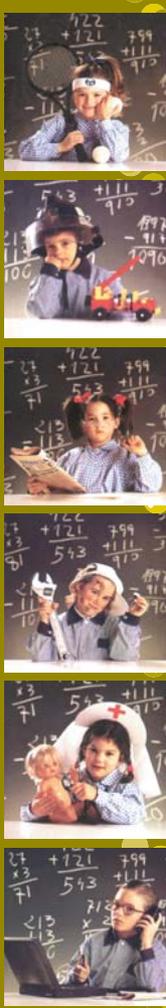
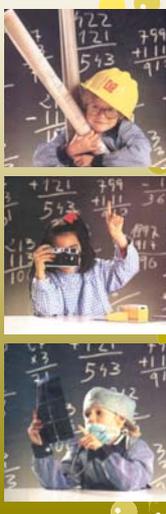
cia. Estas complicaciones pueden ser tempranas, asociadas a antígenos virales, o tardías, relacionadas con mecanismos inmunes. Las principales complicaciones se relacionan con el aparato respiratorio, con laringitis y neumonitis durante las primeras etapas de la enfermedad y sobreinfección bacteriana con neumonía y bronconeumonía posteriormente.

El pronóstico está determinado principalmente por la edad del paciente, la gravedad de la afección y la presencia de complicaciones. La prevención se basa fundamentalmente en la aplicación de la vacuna antisarampionosa, incluida en la triple viral. La misma debe aplicarse, dentro del programa nacional de vacunas obligatorias, al año y a los 6 años y, a partir de los 11 años, debe aplicarse una dosis a todo aquel adolescente que no certifique dos dosis previas aplicadas.

Rubéola

Es una enfermedad infectocontagiosa producida por un virus de la familia *Togaviridae*, género rubivirus, que ingresa al organismo a través del epitelio respiratorio. En su forma adquirida los síntomas son leves, en general,

Exantemas febriles:
diagnóstico diferencial



pero puede ser grave cuando produce el síndrome de rubéola congénita.

La rubéola adquirida presenta cuatro períodos. El *período de incubación* es asintomático y es de aproximadamente 14 días. El *período de invasión cursa*, en general, con un síndrome mononucleósico, con fiebre moderada, adenomegalias y exantema eritematoso, y dura de 1 a 2 días. El *período de estado* comienza con la presencia del exantema maculopapuloso y morbiliforme, que desaparece a los pocos días. En muchos casos las manifestaciones clínicas son leves, por lo que resulta imprescindible tener un elevado índice de sospecha de la enfermedad. El *período de convalecencia* puede manifestarse únicamente con un leve estado de astenia. Las complicaciones más frecuentes son las artralgias, si bien también pueden presentarse a nivel neurológico. La confirmación diagnóstica se establece por la presencia de la IgM específica, hecho que cobra vital importancia para el caso que acuda a la consulta una mujer embarazada con síntomas y signos compatibles con esta enfermedad. El tratamiento es sintomático. La profilaxis se realiza mediante la aplicación de la vacuna compuesta por virus atenuados, que es altamente inmunogénica. Ésta es componente de la vacuna triple viral, junto con la antisarampionosa y antiurliana, y debe aplicarse al año y a los 6 años de edad.

La **rubéola congénita** se produce a partir de la viremia materna. De acuerdo con el momento en el que se produzca la enfermedad en la mujer gestante se comprobarán diferentes manifestaciones en el recién nacido. Entre ellas deben mencionarse las alteraciones visuales, como cataratas, glaucoma y retinitis, anomalías cardiovasculares (persis-

tencia del conducto arterioso y miocarditis) y auditivas. También pueden comprobarse signos de sepsis, como meningoencefalitis y hepatoesplenomegalia. El diagnóstico diferencial de la embriopatía rubeólica debe realizarse con aquellas afecciones agrupadas bajo el acrónimo de TORCH (toxoplasmosis, citomegalovirus, lues, herpes simple, chagas, HIV). Una de las estrategias que se ha implementado para la prevención de esta entidad ha sido la aplicación de la vacuna doble viral en el posparto o posaborto por única vez, así como campañas masivas que abarcaron a todas las mujeres entre los 15 y 39 años de edad.

Megaloeritema

Es una afección de evolución benigna que también es denominada quinta enfermedad o eritema infeccioso. El agente responsable de la misma es el parvovirus B19. El exantema maculopapuloso, morbiliforme, que tiende a confluir en la zona de las mejillas (cara abofeteada o signo de la bofetada) se presenta después de un período de incubación de 1 a 2 semanas. Esta erupción puede exacerbarse con el frío o el calor y persiste durante aproximadamente 5 días. La enfermedad es autolimitada, siendo leves y poco frecuentes las complicaciones, como las artralgias y la anemia hemolítica.

Exantema súbito posfebril

Esta afección también es denominada sexta enfermedad o roséola infantil. Se la observa principalmente en lactantes y niños de 6 meses a 3 años de edad. Los agentes causales de esta entidad son los herpesvirus 6 y 7. La evolución clínica es bastante característica, ya que el exantema maculopapulo-

so morbiliforme aparece 3 días después de un cuadro febril persistente y sin otros signos orientadores. Es importante considerar este diagnóstico en todo lactante febril, ya que la administración de antimicrobianos puede llevar a la confusión al sospecharse erróneamente la probabilidad de hipersensibilidad a los mismos por la aparición posterior de una erupción luego del descenso de la fiebre.

Escarlatina

Es una afección de comienzo agudo relacionada etiológicamente con los estreptococos beta hemolíticos del grupo A, productores de la toxina eritrogénica, aunque otros agentes como *Arcanobacterium hemoliticum* y los estafilococos también están implicados en cuadros similares. Existen tres tipos de toxina eritrogénica (A, B, C) que son producidas por cepas lisogénicas. Las mismas no inducen inmunidad cruzada, razón por la cual esta enfermedad puede repetirse. La puerta de entrada es generalmente respiratoria con la formación de colonias a nivel faucial y la elaboración de la toxina eritrogénica. En el caso de la etiología esteptocócica, ésta es infrecuente antes de los 3 años de edad, al no encontrarse los receptores para los mismos a nivel de las fauces.

En esta afección se describen cuatro periodos. El *período de incubación* es corto y asintomático, de 2 a 4 días. El *período de invasión* es también corto, de 1 a 2 días, con inicio repentino con fiebre, odinofagia, faringitis eritematosa o eritematopultácea con vómitos y lengua saburral. El *período de estado* comienza con una erupción que se

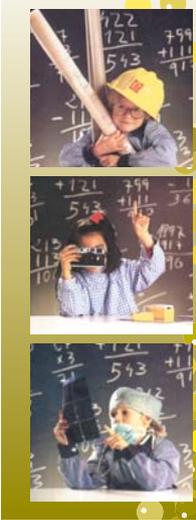
observa inicialmente en la cara y que se generaliza rápidamente. El exantema es áspero al tacto (piel de gallina o papel de lija), no dejando piel sana (exantema escarlatini-forme) (Foto 2), salvo en la cara (facies de Filatow) en la que se comprueba palidez periorificial. Existen signos de fragilidad capilar, con la prueba del lazo positiva. Entre el 3° y 5° día la lengua comienza a descamarse de adelante hacia atrás (lengua en W) y posteriormente se la observa totalmente depapilada con el aspecto de lengua de gato o aframbuesada. La descamación comienza aproximadamente al 4° día, y es del tipo furfuráceo, pudiendo ser más importante en los casos no tratados rápidamente. El *período de convalecencia* puede acompañarse de cierta astenia que puede persistir durante varios días.

Las complicaciones pueden ser supurativas (abscesos amigdalinos, otitis media, bacteriemias) o no supurativas (fiebre reumática). Estas pueden aparecer 2 a 3 semanas luego de la etapa aguda.

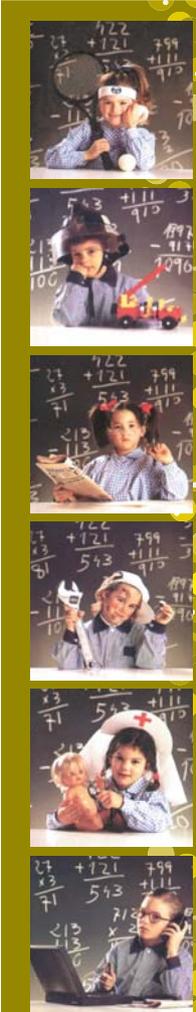
El estudio bacteriológico del exudado faucial suele revelar la presencia del agente cau-



Foto 2 – Rash en pierna y brazo con lesiones que pueden coalescer en discretas máculas distales.



Exantemas febriles:
diagnóstico diferencial



sal, particularmente el estreptococo. En estos casos, pruebas como el ASTO suelen ser positivas.

El tratamiento de elección es la penicilina, ya que en la práctica no se han comprobado cepas resistentes a la misma. Puede indicarse la fenoximetilpenicilina o eventualmente macrólidos, como la claritromicina, la roxitromicina y otros.

Enfermedad de Kawasaki

Es una enfermedad de evolución aguda y autolimitada que afecta principalmente a niños menores de 5 años, si bien pueden verse afectados niños mayores. Se considera que su etiología es infecciosa debido a su carácter endemoepidémico, aunque no se ha encontrado hasta el momento al agente causal, sospechándose que podrían estar involucradas toxinas relacionadas con estreptococos o estafilococos. Hasta en un 20% de los casos pueden presentarse secuelas cardiovasculares. Existen criterios que permiten sospechar esta afección, los que incluyen:

1. Fiebre elevada de más de 5 días de evolución.
2. Congestión conjuntival sin secreción, que suele presentarse luego del comienzo de la fiebre.
3. Labios secos y agrietados, con tendencia al sangrado y con lengua aframbuesada.
4. Induración dolorosa de palmas y plantas, con importante descamación posterior que comienza en la zona periungular de los dedos.
5. Exantema maculopapuloso, de tipo morbiliforme, escarlatiniforme o mixto que incluso puede adoptar un aspecto urticariano o polimorfo, que predomina en el tronco.

6. Adenomegalia cervical subangulomaxilar, habitualmente única.

Este cuadro clínico suele acompañarse de una leucocitosis con neutrofilia y eritrosedimentación acelerada. La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica que afecta las arterias de calibre pequeño y mediano. El riesgo coronario se acentúa en los lactantes varones y menores de 1 año, cuando la fiebre dura más de 14 días, se comprueba trombocitosis y se palpan aneurismas periféricos.

El tratamiento se basa en la administración de aspirina y gammaglobulina IV en dosis de 1-1,5 g/kg a fin de reducir la incidencia de complicaciones cardiovasculares.

Enfermedades papulovesiculosas Varicela

Entre las afecciones que cursan con un exantema papulovesiculoso debe mencionarse principalmente a la **varicela**.

Se trata de una enfermedad endemoepidémica producida por el virus varicela-zóster, perteneciente a la familia Herpesviridae. Es un virus con envoltura que ingresa al organismo a través de las vías aéreas respiratorias, donde produce la replicación primaria y una viremia posterior. Esta es la que desencadena el exantema máculo-pápulo-vesículo-costroso. A partir de estas lesiones el virus asciende por los nervios periféricos hasta alcanzar los ganglios nerviosos donde permanece en estado latente. Al igual que en las otras afecciones se describen cuatro períodos de evolución: el *período de incubación* es de aproximadamente 2 semanas y es asintomático. El *período de invasión* es corto, de 1 a 2 días, caracterizado por fiebre y un exantema faucial. El *período de estado*



Foto 3 – Rash precoz con lesiones de tipo mácula, pápula y vesículas.

comienza con la presencia de un exantema pápulo-vesiculoso y que evoluciona hacia las costras. Cada una de las lesiones se caracteriza por la presencia de una mácula que evoluciona hacia la pápula y vesícula (Foto 3). Ésta, habitualmente tiene un eritema que la rodea y contiene un líquido que al comienzo es incoloro, haciéndose más opalescente con posterioridad. Esta erupción se presenta por brotes, lo que origina el polimorfismo local y general propio de esta entidad.

Desde el punto de vista de la contagiosidad, las costras ya no contagian, por lo que el paciente puede reanudar paulatinamente sus actividades habituales al encontrarse en este período costroso.

El *período de convalecencia* dura en algunas ocasiones varios días y se caracteriza por astenia psicofísica.

La complicación más común es la infección secundaria de la piel, con la formación incluso de abscesos y flemones cuando afecta al tejido celular subcutáneo. También puede presentarse compromiso respiratorio grave y del sistema nervioso central con meningoencefalitis.

El diagnóstico diferencial de la varicela deberá realizarse con otras afecciones que en algún momento de su evolución cursan con pápulas y vesículas, tales como el herpes zóster generalizado, el herpes simple diseminado, prurigos, impétigos, escabiosis impetigenizada, picaduras de insectos, la dermatitis herpetiforme de Duhring, y la erupción variceliforme de Kaposi. Esta última es desencadenada por el virus herpes simple y afecta a niños con

eccema atópico.

En las formas comunes, el tratamiento es sintomático, pero en las formas graves se utiliza el aciclovir, el que debe ser administrado dentro de los primeros días de la enfermedad.

Para la profilaxis puede indicarse una vacuna compuesta por virus vivos atenuados (cepa OKA), que no es obligatoria en nuestro país, pero de aplicación recomendable desde el momento que la varicela es muy frecuente en nuestro medio y, en ocasiones, las complicaciones pueden ser muy graves e incluso fatales.

CASO CLÍNICO

Es traído a la consulta un niño de 4 años por fiebre y vómitos de 48 horas de evolución. Ese mismo día aparece un exantema maculopapuloso que, desde la cara, progresa hacia el tórax. Al examen físico presenta una importante faringitis exudativa, con petequias en el paladar y adenomegalias subangulomaxilares dolorosas bilaterales. Presentaba, además, un exantema maculopapuloso áspero al tacto que predominaba en facies y tórax.

Exantemas febriles:
diagnóstico diferencial



◆ ¿Qué conducta adoptaría?

R: Hisopado de fauces.

◆ El mismo demuestra en el examen directo y en la prueba de detección rápida la presencia de estreptococo betahemolítico. ¿Qué conducta adopta?

R: Se indica un antimicrobiano betalactámico, en este caso, fenoximetilpenicilina, y antitérmicos.

◆ Existen otros datos de laboratorio que permitan sospechar la etiología estreptocócica?

R: Sí, el hemograma mostrará una leucocitosis con neutrofilia, la eritrosedimentación está acelerada y el ASTO es positivo.

◆ ¿Durante cuánto tiempo deberá indicarse el antimicrobiano?

R: El tiempo de tratamiento es de 10 días.

◆ ¿Cuáles son las complicaciones posibles?

R: Supurativas (abscesos amigdalinos, otitis, neumonía, sepsis) y no supurativas (fiebre reumática y glomerulonefritis) a las 2-3 semanas.

◆ ¿Este cuadro clínico puede ser causado por otros microorganismos?

R: Sí, están descritos cuadros clínicos similares producidos por estafilococos y *Arcanobacterium haemolyticum*.

Bibliografía

1. Cecchini E, González Ayala S, Exantemas. Línea editorial Fundación Argentina, 1989.
2. Feigin R, Cherry. *Tratado de Infecciones en Pediatría*. Cuarta edición, 2002.
3. Laube G, Palmieri O, *Enfermedades exantemáticas*. En Palmieri O: *Enfermedades Infecciosas*, 2005.
4. Libro Azul de la Sociedad Argentina de Pediatría, 2ª. Ed. 2000.
5. Mandell, Douglas y Bennet, *Enfermedades Infecciosas, Principios y Práctica*, Sexta edición, 2005.

Enfermedades exantemáticas

MACULOPAPULOSAS

Sarampión

- **Incubación:** asintomático, 10 días.
- **Período de Invasión:** fiebre alta y triple catarro (conjuntival, rinofaríngeo y traqueobronquial). Dura 2 a 4 días.
- **Período de estado:** exantema maculopapuloso, morbiliforme de propagación cefalocaudal. Persiste 4 a 5 días
- **Período de convalescencia:** astenia psicofísica.
- **Diagnóstico:** clínico
- **Tratamiento:** sintomático
- **Complicaciones:** neumonitis, sobreinfección bacteriana (neumonía, bronconeumonía)
- **Prevención:** vacunación, incluida en el programa nacional obligatorio, al año y a los 6 años de edad. A partir de los 11 años debe aplicarse una dosis a todo aquel adolescente que no certifique dos dosis previas aplicadas.

Rubéola

- **Período de incubación:** asintomático, dura 14 días.
- **Período de invasión:** síndrome mononucleósico, con fiebre moderada, adenomegalias y un enantema eritematoso, que dura 1 a 2 días.
- **Período de estado:** exantema maculopapuloso y morbiliforme, que desaparece a los pocos días.
- **Período de convalecencia:** leve astenia
- **Diagnóstico:** clínico, aunque puede confirmarse por la presencia de la IgM específica (mujeres embarazadas)
- **Tratamiento:** sintomático
- **Prevención:** vacuna triple viral (al año y a los 6 años de edad).

Megaloeritema (o quinta enfermedad)

- **Incubación:** 1 a 2 semanas.
- **Período de estado:** exantema maculopapuloso, morbiliforme que tiende a confluir en la zona de las mejillas (cara abofeteada o signo de la bofetada), y dura aproximadamente 5 días.
- En general autolimitada, leve y con complicaciones poco frecuentes (artralgias y anemia hemolítica).

Escarlatina

- **Incubación:** asintomático, de 2 a 4 días.
- **Período de invasión:** 1 a 2 días, con inicio repentino con fiebre, odinofagia, faringitis eritematosa o eritematopultácea con vómitos y lengua saburral.
- **Período de estado:** exantema es áspero al tacto (piel de gallina o papel de lija), no dejando piel sana (exantema escarlatiniforme), salvo en la cara (facies de Filatow) en la que se comprueba palidez periorificial. Entre el 3º y 5º días la lengua comienza a descamarse adelantando hacia atrás (lengua en W) y posteriormente se la observa totalmente depapilada con el aspecto de lengua de gato o aframbuesada.
- **Período de convalecencia:** astenia que puede durar varios días.
- Complicaciones supurativas o no supurativas
- **Diagnóstico:** exudado faucial.
- **Tratamiento:** penicilina.

Enfermedad de Kawasaki

- Fiebre elevada de más de 5 días de evolución;
- Congestión conjuntival sin secreción
- Labios secos y agrietados, con tendencia al sangrado y lengua aframbuesada.
- Induración dolorosa de palmas y plantas, con importante descamación posterior
- Exantema maculopapuloso, de tipo morbiliforme, escarlatiniforme o mixto que puede adoptar un aspecto urticariano o polimorfo, con predominio en tronco
- Adenomegalia cervical subangulomaxilar habitualmente única.
- **Tratamiento:** aspirina y gammaglobulina IV.

Exantema súbito posefebril (sexta enfermedad)

- Exantema maculopapuloso morbiliforme aparece 3 días después de un cuadro febril persistente y sin otros signos, en lactantes.

PAPULOVESICULOSAS

Varicela

- **Incubación:** asintomático, 2 semanas.
- **Período de invasión:** 1-2 días, con fiebre y exantema faucial.
- **Período de estado:** exantema pápulo-vesiculoso que evoluciona hacia las costas.
- **Período de convalecencia:** dura varios días, astenia psicofísica.
- **Complicaciones:** infección secundaria de la piel, neumonitis o meningoencefalitis.
- **Diagnóstico:** clínico
- **Tratamiento:** asintomático. En las formas graves puede indicarse aciclovir.
- **Prevención:** la vacuna no es obligatoria en nuestro país, pero de aplicación recomendable.



ISET[®]

claritromicina

Quando el espacio aéreo es invadido



M. pneumoniae

C. pneumoniae



H. influenzae



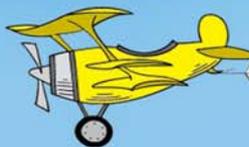
S. pneumoniae



M. catarrhalis



S. pyogenes



Presentación:

ISET[®] 125 mg:

Gránulos para suspensión oral 125 mg/ 5 ml:
Envases para reconstituir 60 ml.

ISET[®] 250 mg:

Gránulos para suspensión oral 250 mg/ 5 ml:
Envases para reconstituir 60 ml.



CASASCO
www.casasco.com.ar

5777