

Exantema periflexural asimétrico: a propósito de un caso

Sr. Editor:

Se trata de un niño de 20 meses de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta en el mes de enero por la aparición de una erupción pruriginosa de 2 días de evolución, en axila izquierda, sin otros síntomas añadidos, ni antecedente infeccioso previo. La madre refiere el contacto con mantillo, residuo orgánico empleado como abono para jardín, el día anterior a la erupción.

En la exploración física presenta pequeñas pápulas eritematosas y confluyentes, en axila izquierda. El resto de la exploración física esta dentro de la normalidad. Se inicia tratamiento con un antihistamínico oral. En cuanto a los antecedentes familiares, el padre presenta unas lesiones en la primera comisura y dorso de la mano derecha, pruriginosas, de las mismas características, en relación con la manipulación del mismo producto.

A los 7 días acude de nuevo por empeoramiento del cuadro. En la exploración no hay afectación del estado general, se observa un crecimiento centrífugo de la erupción hacia el brazo, antebrazo y tronco homolateral con un aclaramiento central libre de lesiones de aspecto purpúrico. Se observan lesiones aisladas en la axila contralateral, tronco, dedos de las manos y raíz de miembros inferiores.

Respeto cara, palmas y plantas (fig. 1). Se observa una adenopatía en axila izquierda, siendo el resto de la exploración normal.

A partir de la segunda semana se objetiva la remisión paulatina de las lesiones (fig. 2). El cuadro remite de manera espontánea, sin descamación, a las 3 semanas de haberse iniciado.

El exantema periflexural asimétrico es un cuadro clínico de predominio en niñas, entre 4 meses y 5 años, con un pico máximo a los 2 años de edad y poco frecuente en adultos¹⁻³. Suele aparecer con más frecuencia en invierno y primavera^{1,4}. El cuadro clínico se caracteriza por una erupción en el área periflexural de grandes miembros, principalmente en axila y zona lateral del tronco, y menos frecuente en región inguinal, con prurito discreto en la mitad de los casos. No hay predominio por el lado derecho o izquierdo. Las lesiones consisten en pápulas de pequeño tamaño de 2-4 mm de diámetro, eritematosas, que confluyen en placas, de aspecto escarlatiniforme. Durante la primera semana hay un crecimiento centrífugo de la lesiones, dejando un aclaramiento central, de color azulado o con características purpúricas en algunas zonas, con una distribución hemicorporal y de aspecto más morbiliforme, eccematoso o reticulado. Suele acompañarse de una adenopatía regional en el área de la erupción inicial. Durante las primeras 2-4 semanas puede afectarse el lado contralateral, separado por piel normal y de forma asimétrica, apareciendo lesiones aisladas en el resto del cuerpo⁵. Respeto las mucosas, la cara, las palmas y las plantas. Se acompaña en ocasiones de una fina descamación al final del cuadro.

A veces se acompaña de sintomatología generalizada antes o durante el exantema, como es fiebre, infecciones del tracto respiratorio superior y gastrointestinal^{2,6}. Su etiología sigue siendo desconocida, no se ha identificado ningún factor desencadenante, tras 40 años de su descripción. No hay documentación de



Figura 1. Erupción eritematopapulosa con borde circinado y aclaramiento central en axila izquierda, parte lateral del tórax y brazo del mismo lado.



Figura 2. El mismo paciente a las 2 semanas. Se aprecia extensión de las lesiones.

transmisión interhumana, aunque si se han descrito casos esporádicos familiares^{2,5,6}. La edad, la aparición de casos endémicos, asociación frecuente con procesos infecciosos, la falta de respuesta a los antibióticos y la aparición en inmunodeprimidos sugiere un origen infeccioso, y se han implicado de manera ocasional los virus parainfluenza 2 y 3, adenovirus y parvovirus B19⁷. Aunque en un estudio reciente, Coustou et al no identificaron ningún microorganismo responsable. Para otros autores, el buen estado general del paciente, la ausencia de transmisión interhumana, la característica extensión centrífuga y la prevalencia de una adenopatía regional sugiere una inoculación dérmica^{2,6}.

El diagnóstico se realiza a través de las características clínicas del exantema. La biopsia no es necesaria y en caso de realizarse muestra infiltrado linfocítico perivascular, intersticial y alrededor de las glándulas eccrina de la dermis papilar⁶. En la epidermis, exocitosis de células mononucleadas y espongiosis^{2,5,8,9}. El diagnóstico diferencial se debe realizar sobre todo con otros exantemas virales, dermatitis de contacto y miliaria, y con eritema multiforme, liquen estriado, escabiosis, pitiriasis rosada, tinea corporis, toxicodermias y síndrome de Gianotti-Crosti^{9,10}.

Aunque ocasionalmente se han descrito casos asociados a leucemia linfoblástica aguda durante el tratamiento con quimioterapia y a síndrome de Guillain-Barré¹¹, esta entidad cursa de forma benigna sin secuelas ni recurrencias, resolviéndose espontáneamente el proceso en 4-6 semanas, aunque puede tardar hasta 12 semanas.

El tratamiento es sintomático, con antihistamínicos orales si existe prurito y cremas hidratantes para aliviar la erupción principalmente en la fase de descamación. En nuestro caso existe una relación importante con materia orgánica, referido ya en otros artículos², como contactos previos con arena o jardines, por lo que estaría más a favor de la teoría de la inoculación cutánea.

A.I. Núñez Giralda

Pediatría. Centro de Salud Linneo. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. A.I. Núñez Giralda.
Pediatría. Centro de Salud Linneo.
Linneo, 3. 28005 Madrid. España.
Correo electrónico: lialvarez@wanadoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Taieb A, Megraud F, Legrain V, Mortureux P, Maleville J. Asymmetric periflexural exanthem of childhood. *J Am Acad Dermatol*. 1993;29:391-3.
2. Bodemer C, De Prost Y. Unilateral laterothoracic exanthem in children: A new disease? *J Am Acad Dermatol*. 1992;27:693-6.
3. Nahm WK, Paiva C, Golomb C, Badiavas E, Laws R. Asymmetric periflexural exanthem of childhood: A case involving a 4-month-old infant. *Pediatr Dermatol*. 2002;19:461-2.
4. Harangi F, Varszegi D, Szucs G. Asymmetric periflexural exanthem of childhood and viral examinations. *Pediatr Dermatol*. 1995;12:112-5.
5. Coustou D, Masquelier B, Lafon ME, Labreze C, Roul S, Bioulac-Sage P, et al. Asymmetric periflexural exanthem of childhood: Microbiologic case-control study. *Pediatr Dermatol*. 2000;17:169-73.
6. Coustou D, Leaute-Labreze C, Bioulac-Sage P, Labbe L, Taieb A. Asymmetric periflexural exanthem of childhood: A clinical, pathologic, and epidemiologic prospective study. *Arch Dermatol*. 1999;135:799-803.
7. Gelmetti C, Caputo R. Asymmetric periflexural exanthem of childhood: Who are you? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001;15:293-4.
8. Blasco J, Ruiz R, Fernández I, Linares J, Abad J. Exantema unilateral laterotorácico en un lactante. *An Esp Pediatr*. 2001;55:588-9.
9. McCuaig CC, Russo P, Powell J, Pednealut L, Lebel P, Marcoux D. Unilaterothoracic exanthem. A clinicopathologic study of forty-eight patients. *J Am Acad Dermatol*. 1996;34:979-84.
10. Mendelsohn SS, Verbov JL. Asymmetric periflexural exanthem of childhood. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19:421.
11. Auvin S, Imiela A, Cuvelier JC, Catteau B, Vallee L, Martinot A. Asymmetric periflexural exanthem of childhood in a child with axonal Guillain-Barré syndrome. *Br J Dermatol*. 2004;150:396-7.