

6. Reglamento de la Real Federación Motociclista Española [acceso 1 Sept 2007]. Disponible en: <http://www.rfme.com>
7. Rodríguez Núñez A, Martín JM. El consentimiento informado en Pediatría. Aspectos prácticos. Cuadernos de Bioética. 1995;22:188-95.
8. Pomerantz W, Gittleman M, Smith G. No license required: severe pediatric motorbike-related injuries in Ohio. *Pediatrics*. 2005;115:704-9.
9. Yanchar NL, Kennedy R, Russel C. ATVs: motorized toys or vehicles for children? *Inj Prev*. 2006;12:30-4.

## Eritema multiforme asociado a la varicela

Sr. Editor:

Una niña de 10 años de edad fue traída al servicio de urgencias después de un cuadro clínico de 9 días de evolución caracterizado por un brote cutáneo y 2 días de fiebre. El brote inicialmente era eritematoso, pruriginoso, indoloro, anular, y con palidez central en sus brazos, que se extendió rápidamente al resto de miembros superiores, tórax, espalda y abdomen. Al tercer día, su pediatra diagnosticó urticaria, por lo que se le administró prednisona oral 25 mg 2 veces al día, sin obtener mejoría. Asoció hiporexia y el brote se extendió más durante las siguientes 48 h. Dos días antes de su ingreso en nuestro hospital, desarrolló fiebre de 39,9 °C. No presentó otros síntomas. Tampoco había historia reciente de viajes, contactos con enfermos, o tratamientos medicamentosos previos, excepto por una dosis única de ibuprofeno oral 21 días antes por un episodio agudo de cefalea. Durante las 24 h previas al ingreso, desarrolló vesículas pequeñas en sus labios, mejillas y oreja derecha.

A su ingreso estaba alerta, tenía una temperatura de 38,9 °C, presión arterial de 92/53 mmHg, frecuencia cardíaca de 115 lat./min y frecuencia respiratoria 20 resp./min. La niña presentaba un brote maculopapular difuso que se blanqueaba cuando se aplicaba presión con el dedo en su cara, tronco, espalda, piernas, palmas y plantas. Tenía lesiones en diana con palidez central localizadas en ambos brazos, y pequeñas vesículas en sus labios, mejillas y pabellón auricular derecho. No presentaba mucositis oral, vaginal o rectal. El cuadro clínico era compatible con un eritema multiforme y fue hospitalizada.

El hemograma reveló una hemoglobina de 14,7 g/l, leucocitos 11.500/ $\mu$ l (86% neutrófilos) y plaquetas 331.000/ $\mu$ l. Los análisis de orina, electrolitos séricos, nitrógeno, creatinina y enzimas hepáticas fueron normales. Los cultivos de faringe y sangre fueron negativos y un aspirado nasofaríngeo para virus respiratorios mediante inmunofluorescencia directa (IFD) fue negativo. Una IgM por *Mycoplasma pneumoniae* fue negativa y la radiografía de tórax fue normal.

Durante las primeras 12 h de estancia desarrolló más vesículas y máculas en su cuerpo, compatibles con varicela. Una muestra de aspirado de las vesículas fue positiva mediante IFD para virus varicela-zóster (VVZ) y negativa para virus herpes simple (VHS) tipos 1 y 2. De igual forma, la serología reveló: IgG (-) e IgM (+) por VVZ, e IgG (-) e IgM (-) por VHS. Las lesiones en diana se resolvieron durante las 48 h siguientes, y la paciente fue dada de alta sin tratamiento antiviral con el diagnóstico de eritema multiforme se-

cundario a varicela. Doce días después de que nuestra paciente desarrollara las lesiones de varicela, su hermano de 7 años también inició un brote de varicela.

El eritema multiforme es una reacción aguda mucocutánea de hipersensibilidad y de etiología desconocida, que se asocia a múltiples desencadenantes, que incluyen infecciones, fármacos y alimentos, entre otros. *Mycoplasma pneumoniae* y VHS son las dos etiologías infecciosas más frecuentes. El eritema multiforme se asocia raramente con VVZ, o al menos son pocos los casos notificados<sup>1-4</sup>, y menos aún el síndrome de Stevens-Johnson<sup>2,5</sup>. Sin embargo, el VVZ debe incluirse dentro de las etiologías infecciosas desencadenantes, y la historia clínica debe incluir información acerca de contactos con varicela también por sus implicaciones de brotes nosocomiales y eventuales contagios a otros niños que son admitidos en salas de hospitales por eritema multiforme. Es importante lograr distinguir entre la naturaleza vesicular de las lesiones que a veces pueden observarse en el eritema multiforme propiamente, y las vesículas de la varicela como tal.

Dentro de los fármacos asociados con eritema multiforme destacan los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Nuestra paciente recibió ibuprofeno oral 3 semanas antes, pero consideramos que, en su caso, es poco probable que este fármaco fuera el causante del eritema multiforme dado que sólo recibió una dosis única, y sus lesiones de eritema multiforme coincidieron más con el período de incubación de la varicela.

Este caso es interesante tanto por la asociación rara de eritema multiforme con varicela como porque el eritema multiforme fue la presentación clínica inicial, y las lesiones de varicela aparecieron después. En los adultos, Weisman et al<sup>4</sup> publicaron los casos de 4 pacientes, tres de los cuales desarrollaron eritema multiforme posterior a las lesiones por VVZ, y uno en quien el virus fue detectado de una lesión cutánea ampollosa en el momento de la presentación. En niños, Hosoya et al<sup>1</sup> publicaron los casos de 2 pacientes que desarrollaron eritema multiforme, pero posteriores a la varicela. Sin embargo, Prais et al<sup>3</sup> describieron el caso de un niño de 5 años y otro de 13 años en quienes el eritema multiforme precedió a la erupción por VVZ, al igual que en nuestra paciente. Menos probable, consideramos que este cuadro se trató de una "urticaria multiforme" (UM) asociada a varicela. Esta última entidad es una forma distinta de urticaria que usualmente se confunde con eritema multiforme o reacciones similares a la enfermedad del suero<sup>6</sup>. Algunas de las diferencias entre eritema multiforme y urticaria multiforme radican en la apariencia y la localización de las lesiones, su duración y la presencia o no de dermatografismo o edema facial o acral, entre otros<sup>6</sup>.

**J. Lam<sup>a</sup> y R. Ulloa-Gutiérrez<sup>b</sup>**

<sup>a,b</sup>Department of Pediatrics. <sup>b</sup>Infectious and Immunological Diseases Division. British Columbia's Children's Hospital & The University of British Columbia. Vancouver. British Columbia. Canadá.

**Correspondencia:** Dr. Rolando Ulloa-Gutiérrez. Servicio de Infectología Pediátrica. Hospital Nacional de Niños de Costa Rica. Avda. Paseo Colón. 1654-1000 San José, Costa Rica. Correo electrónico: [rolandoug@racsa.co.cr](mailto:rolandoug@racsa.co.cr)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hosoya R, Miwa M, Nishimura K, Yamamoto T. Erythema multiforme syndrome associated with varicella. *N Engl J Med.* 1981; 305:582.
2. Choy AC, Yarnold PR, Brown JE, Kayaloglou GT, Greenberger PA, Patterson R. Virus induced erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome. *Allergy Proc.* 1995;16:157-61.
3. Prais D, Grisuru-Soen G, Barzilai A, Amir J. Varicella zoster virus infection associated with erythema multiforme in children. *Infection.* 2001;29:37-9.
4. Weisman K, Petersen CS, Blichmann CW, Nielsen NH, Hultberg BM. Bullous erythema multiforme following herpes zoster and varicella-zoster virus infection. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1998;11:147-50.
5. Bay A, Akdeniz N, Calka O, Kösem M, Faik Oner A, Dogan M. Primary varicella infection associated with Stevens-Johnson syndrome in a turkish child. *J Dermatol.* 2005;32:745-50.
6. Shah KN, Honig PJ, Yan AC. "Urticaria multiforme": a case series and review of acute annular urticarial hypersensitivity syndromes in children. *Pediatrics.* 2007;119:e1177-83.

## Eritema nudoso secundario a una infección enteral por *Yersinia enterocolitica*

Sr. Editor:

El eritema nudoso es la paniculitis sin vasculitis más frecuente, y su incidencia es mayor a partir de los 20 años y excepcional por debajo de los 2 años de vida<sup>1,2</sup>.

Se trata de una hipersensibilidad celular de aparición brusca, generalmente bilateral, que consiste en lesiones nodulares inflamatorias de bordes mal definidos, localizadas en superficies extensoras de las extremidades inferiores y que curan espontáneamente entre 2 y 6 semanas sin secuelas; su recurrencia es rara. Generalmente se desconoce la causa, aunque en ocasiones es secundario a infecciones, enfermedades autoinmunes o inflamatorias, fármacos o neoplasias<sup>3</sup>.

Niño de 9 años que acude a urgencias por la aparición de lesiones eritematosas en extremidades inferiores, dolorosas, de 6 días de evolución. Acudió a su centro de salud y se inició el tratamiento con ácido acetilsalicílico. Dos semanas antes refiere gastroenterocolitis. No refiere ingesta de medicamentos ni traumatismos. Hoy asocia fiebre y astenia.

Antecedentes personales: infecciones urinarias recurrentes con estudio nefrourológico normal; amigdalitis pultáceas de repetición; neumonía a los 33 meses; fractura de cúbito y radio a los 6 años; giardiasis y sinusitis maxilar a los 7 años; rinitis alérgica desde los 8 años, con sensibilización a ácaros.

Antecedentes familiares: madre hipotiroidea y hermano de 5 años con brote de eritema multiforme menor a los 4 años y un episodio prolongado de urticaria.

Exploración física: lesiones nodulares eritematosas pretibiales que blanquean a la presión, de 1-2 cm de diámetro, calientes, edematosas, dolorosas y con sensación de infiltración al tacto (fig. 1). No hay otros hallazgos patológicos.

Estudios complementarios: hemograma: 14.200 leucocitos/ $\mu$ l (70% neutrófilos; 20% linfocitos, 9% monocitos, 1% eosinófilos); hemoglobina: 11,5 g/dl; hematocrito: 33%; VCM: 79 fl; plaquetas: 293.000/ $\mu$ l.

Bioquímica: PCR: 67 mg/l; VSG: 71 mm/h; sideremia: 20  $\mu$ g/dl; el resto fue resto normal. Sedimento de orina: normal.

Prueba rápida de estreptococo grupo A y frotis faríngeo negativos. Coprocultivo negativo. PPD: negativa.

Anticuerpos antinucleares: negativos. ASLO: 585 UI/ml. Factor reumatoide, C3, C4, Ig: normales.

Serología negativa frente a VHB, VHC, *Toxoplasma*, CMV, EBV, parvovirus B19, *Coxiella burnetii*, *Chlamydia pneumoniae*, *Salmonella typhi* y *Brucella*.

Anticuerpos frente a *Yersinia* positivos (título de 1/1.600 frente al serogrupo 0:3). No se realizó la determinación del HLA.

Se pautó reposo, ácido acetilsalicílico y antihistamínicos hasta comprobar una mejoría en aproximadamente 15 días (fig. 2). Asimismo, se administra ferroterapia oral durante 3 meses. El control analítico posterior mostró una normalización del metabolismo férrico, la VSG y la serología frente a *Yersinia*. No se produjo reactivación del cuadro.

En pediatría, la etiología más frecuente de eritema nudoso es la infecciosa, principalmente por *Mycobacterium tuberculosis*, estreptococo beta hemolítico grupo A, y enteropatógenos como *Salmonella*, *Campylobacter* y *Yersinia*; estos últimos constituyen la causa más frecuente desde la década de 1990<sup>1-4</sup>.

El diagnóstico es clínico. Es importante realizar el cribado etiológico por si la causa subyacente precisase tratamiento. Es fundamental la exploración física y la anamnesis detallada para descartar patología inflamatoria y orientar el diagnóstico.

Para descartar la etiología infecciosa, deben solicitarse: hemograma, proteína C reactiva, VSG, anticuerpos antiestreptolisina,



**Figura 1.** Lesiones al diagnóstico. Localización característica en la zona pretibial, en la que se aprecia induración y eritema.



**Figura 2.** A las 2 semanas del diagnóstico, las lesiones apenas eran visibles. Curaron sin dejar cicatriz.