

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^{1,2}.

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 neoplasias³.

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/ μ l (70% neutrófilos; 20% linfocitos, 9% monocitos, 1% eosinófilos); hemoglobina: 11,5 g/dl; hematocrito: 33%; VCM: 79 fl; plaquetas: 293.000/ μ l.

Bioquímica: PCR: 67 mg/l; VSG: 71 mm/h; sideremia: 20 μ 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 feroterapia 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 1990¹⁻⁴.

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.

prueba de la tuberculina, radiografía de tórax, test rápido de *Streptococcus pyogenes* y/o frotis faríngeo, coprocultivo y serología de *Yersinia*, *Mycoplasma*, *Chlamydia* y virus de la familia herpes y hepatitis B y C^{1,5}. El valor de la VSG eritrocitaria aumenta proporcionalmente con el número de lesiones cutáneas del eritema nudoso².

El tratamiento consiste en reposo, antiinflamatorios no esteroideos y, si es pertinente, el tratamiento de la causa¹. Raramente precisa la administración de corticoides².

Yersinia enterocolitica es el quinto agente más frecuente de eritema nudoso y la tercera de los patógenos intestinales^{1,5}. El serogrupo que más se asocia con más frecuencia es O:3 biotipo 4, que es el más extendido en Europa⁶.

En un ensayo clínico con animales se ha observado una activación policlonal de IgG e IgM tras la infusión de componentes de membrana de *Y. enterocolitica* serogrupo O:3⁷; esta respuesta inmunitaria puede ser la base de las complicaciones inflamatorias asociadas a la infección por este patógeno.

Otras secuelas inflamatorias asociadas a la infección por *Yersinia* son la artritis y, más raramente, el síndrome de Reiter, glomerulonefritis y miocarditis. La mayoría de los pacientes que presentan alguna de estas complicaciones son HLA B27 positivos⁶.

Son necesarias series de casos de eritema nudoso a los que se les haya realizado toda la batería de cribado etiológico para conocer la prevalencia real de las distintas causas conocidas.

**O. Álvarez Blanco^a, P. Álvarez Montañana^a
e I. Mascuñán Díaz^b**

^aServicio de Pediatría. Hospital Infantil La Fe. Valencia. ^bServicio de Pediatría. Centro de Salud de Paterna. Valencia. España.

Correspondencia: Dra. O. Álvarez Blanco.
Hospital Materno Infantil La Fe.
Avda. Campanar, 21. 46009 Valencia. España.
Correo electrónico: olallaalvarez@comv.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Sota I, Oñate E, Pérez-Yarza EG, López F, Ruiz A, Albisu Y. Eritema nodoso: modificación etiológica en las dos últimas décadas. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:403-7.
2. Requena L, Requena C. Erythema nodosum. *Dermatol Online J*. 2002;8:4.
3. Picco P, Gattorno M, Vignola S, Barabino A, Marazzi MG, Bondi E, et al. Clinical and biological characteristics of immunopathological disease-related erythema nodosum in children. *Scnd J Rheumatol*. 1999;28:27-32.
4. Hassink RI, Pasquinelli-Egli CE, Jacomella V, Laux-End R, Bianchetti MG. Conditions currently associated with erythema nodosum in Swiss children. *Eur J Pediatr*. 1997;156:851-3.
5. Cribier B, Caille A, Heid E, Grosshans E. Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases. *Int J Dermatol*. 1998;37:667-72.
6. Bottone EJ. *Yersinia enterocolitica*: the charisma continues. *Clin Microbiol Rev*. 1997;10:257-6.
7. Crespo AMC, Pasetto D, Ferreira P, Machado B. Effects of *Yersinia enterocolitica* O:3 derivatives of B lymphocyte activation in vivo. *Microbiol Immunol*. 2002;46:95-100.

Foliculitis pustulosa eosinofílica

Sr. Editor:

Recién nacido en parto eutócico de gestante a término. En la exploración física presentaba pápulas y pústulas perifoliculares de base eritematosa en cuero cabelludo, cara y, aisladas, en tronco, extremidades, glúteos y escroto. En esta última localización, las pústulas confluyen formando grandes lagos pustulosos (figs. 1 y 2). El resto de la exploración física, así como el hemograma y la bioquímica, fueron normales. El cultivo de una de las pústulas resultó estéril. Se realizó una biopsia cutánea de una de las lesiones escrotales y se observó en el estudio histológico un denso infiltrado inflamatorio predominantemente eosinofílico y mixto perifolicular e intersticial dérmico, con afectación de la glándula sebácea, así como espongirosis y exocitosis de eosinófilos en la epidermis (fig. 3). Tras varios brotes más leves de lesiones, el proceso se resolvió espontáneamente en un mes sin tratamiento, salvo antibióticos tópicos.



Figura 1. Pápulas y pústulas de base eritematosa en cuero cabelludo.



Figura 2. Pústulas que confluyen en lagos pustulosos con áreas costrosas en escroto.

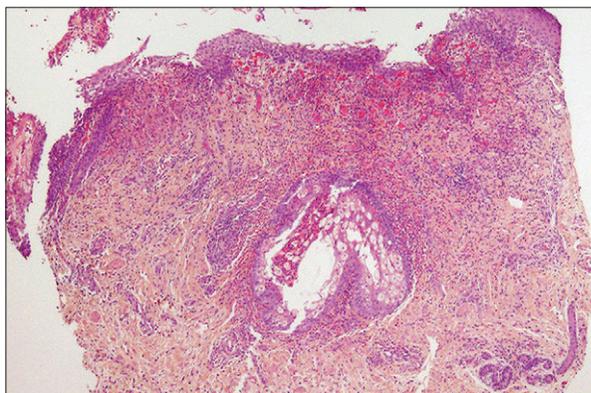


Figura 3. Imagen histológica panorámica de la biopsia cutánea. Puede observarse un denso infiltrado inflamatorio predominantemente eosinofílico y mixto perifolicular e intersticial dérmico, con afectación de la glándula sebácea, así como espongirosis y exocitosis de eosinófilos en la epidermis.