

Caso para diagnóstico

Exantema unilateral

María Enriqueta Morales Barrera,* Halyd Yoseff Ríos,** Yuvisela Méndez Aguilar***

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de seis años de edad, originaria y residente de México, D.F. Presenta una dermatosis diseminada a tronco y a las extremidades. De tronco afecta hemitórax, axila y flanco derecho. De las extremidades compromete brazo y antebrazo, muslo y pierna por todas sus caras. Respeta palma y planta. (Figuras 1 y 2). El aspecto de la dermatosis es monomorfo, constituida por eritema difuso y numerosas pápulas eritematosas de tamaño variable, algunas con tendencia a confluir en un patrón reticular de aspecto morbiliforme. De evolución aguda y asintomática (Figura 3). En el resto de la piel y anexos no se encontró patología que comentar. Al interrogatorio dirigido, la madre niega sintomatología

previa, sólo refiere que la niña inició su padecimiento cinco días antes de acudir a consulta con «granitos» en cuerpo que fueron aumentando en número y forma hasta tomar la morfología actual. El resto de los antecedentes no fueron relevantes para el padecimiento actual.

Con los datos anteriores, ¿cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Aspecto panorámico de la dermatosis.



Figura 2. Localización unilateral.



Figura 3. Cuadro morbiliforme.

* Jefa de la Clínica de Dermatología Pediátrica.

** Residente del cuarto año.

*** Residente del segundo año.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

DIAGNÓSTICO

Exantema laterotorácico unilateral o exantema periflexural asimétrico de la infancia

El exantema unilateral torácico fue descrito inicialmente por Laur en 1962. En el mismo año, Brunner y colaboradores comunicaron 75 casos de este nuevo exantema infantil, caracterizado clínicamente por la presencia de una erupción unilateral y periflexural.^{1,2}

En 1992, Bodemer y de Prost describieron 18 casos que denominaron «exantema laterotorácico unilateral de la infancia (ELTUI)».^{3,4}

Taieb y colaboradores, en 1993, publicaron 21 casos al observar que no siempre afectaba en forma unilateral y que podía incluso involucrar a las extremidades inferiores, por lo que sugirieron utilizar el término de «exantema periflexural asimétrico de la infancia».^{2,5}

Hasta este año se han publicado 300 casos. La poca frecuencia con la que se comunica en diversas series se relaciona con el desconocimiento acerca de esta enfermedad.⁶⁻⁸

Se manifiesta en lactantes y preescolares entre uno y cuatro años de edad, con una media de 24.3 meses, con predominio en niñas 2:1, y en fototipos cutáneos II y III.^{2,9} Sólo se han documentado tres casos en adultos.^{5,10-12}

Predomina en primavera e invierno.¹⁰

La etiología del ELTUI (exantema laterotorácico unilateral de la infancia) aún se desconoce; sin embargo, existen algunos factores que sugieren que su origen es viral, como es que su presentación predomina en la niñez, los pródromos como la rinitis, febrícula o diarrea en un 75% de los casos, algunas comunicaciones de casos en una sola familia, la falta de respuesta a antibióticos y la presentación estacional. Existen estudios que informan de serologías positivas para Epstein-Barr, parvovirus B19, herpes virus 1 y 2, *Mycoplasma pneumoniae*, enterovirus o virus parainfluenza; mientras que otros autores señalan lo contrario.^{2,5,12-14}

En la literatura existen dos casos asociados con leucemia linfoblástica aguda.^{14,15}

A pesar de ser una enfermedad benigna, realizar estudios microbiológicos y epidemiológicos para identificar los agentes causales asociados nos llevará a tener un mejor conocimiento de su patogenia.¹⁴

Generalmente, no cursa con pródromos, aunque existen casos en los que antecede una infección de vías respiratorias superiores, otitis media y diarrea.

El cuadro típico inicia con un niño sano que súbitamente presenta una pápula eritematosa rodeada de un halo hipopigmentado, posteriormente desarrolla exantema con pápulas aplanadas eritematosas de 1-3 mm

de diámetro, de aspecto morbiliforme, escarlatiniforme o ecematoide.^{4,5,12} Se han descrito patrones reticulares, anulares, con escoriaciones, vesículas, lesiones purpúricas aisladas o confluentes en placas, separadas por piel de aspecto normal, o multiformes, estas últimas con menor frecuencia.^{14,16}

Inicia en una axila o en la cara lateral del hemitórax, posteriormente se extiende en forma centrífuga al brazo ipsilateral, flanco y muslo. Puede comprometer el lado contrario después de ocho o 15 días, aunque siempre afecta más a las primeras regiones.² La erupción tiene la particularidad de respetar la cara, mucosas, palmas y plantas.^{2,5,14} En muy raras ocasiones se generaliza. El 50% de los pacientes refieren prurito.^{4,5,12} En el estudio de McCuaig y colaboradores con 48 niños que presentaron ELTUI, 30 de ellos referían prurito, ocho desarrollaron linfadenopatía leve; la descamación tardía estuvo presente en todos.²

Según Mejía Rodríguez y colaboradores, clínicamente, las lesiones cursan con cuatro fases:⁵

1. Eccematosa: Lesiones iniciales en axila y cara lateral del tórax.
2. Coalescente: Cuando se extienden a tronco y extremidades proximales, separadas por áreas de piel de aspecto normal.
3. Regresión: Las lesiones iniciales desarrollan un centro gris hiperpigmentado.
4. Descamativa: Presencia de escama fina residual que se resuelve con el tiempo.¹⁴

La mayor cantidad de lesiones se observan durante la segunda y tercer semanas, para posteriormente iniciar la resolución con descamación leve. En general, desaparecen en aproximadamente cuatro a seis semanas, sin secuelas ni compromiso sistémico.⁵

El diagnóstico del ELTUI se realiza básicamente con las características de topografía y morfología ya descritas, y con los antecedentes de cada caso en particular, ya que aún no se cuenta con estudios de laboratorio que nos sirvan de utilidad para confirmarlo.

En los pocos casos en los que se ha realizado un estudio histopatológico, éste muestra presencia de exocitosis de células multinucleadas y espongiosis en la epidermis; infiltrado leve a moderado con predominio linfocitario en dermis superficial y profunda, perivascular. Dermis papilar, intersticial y perianexial con infiltrado linfocítico en glándulas y ductos ecrinos y extravasación de eritrocitos. Existe menor afectación alrededor de los folículos pilosos. El infiltrado está compuesto fundamentalmente por linfocitos T CD4+.^{2,5,12,14}

En estudios con microscopia electrónica se observa una infiltración linfocítica de glándulas exocrinas, con cambios degenerativos en las células epiteliales.¹⁴

En cuanto a diagnósticos diferenciales, éstos deben incluir al eccema localizado, la pitiriasis rosada de Gilbert, a la dermatitis por contacto, erupción por medicamentos, dermatofitosis, escabiasis, miliaria, síndrome de Gianotti-Crosti, roséola y otras enfermedades exantemáticas de la infancia.^{2,5,12,14}

No existe un tratamiento específico y el manejo básicamente es sintomático, con antihistamínicos y emolientes. Los esteroides de baja potencia proporcionan una mínima o nula respuesta, por lo que no se justifica su uso.^{2,5,14}

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunner MJ, Rubin L, Dunlop F. A new papular erytema of childhood. *Arch Dermatol* 1962; 85: 539-40.
2. Galán GM, Moreno GJC. Exantemas virales en la infancia. *Pediatr Integral* 2004; 8(4): 289-314.
3. Bodemer C, Prost Y. Unilateral laterothoracic exanthema in children: 18 cases. *Pediatr Dermatol* 1992; 9: 208.
4. Bodemer C, Prost Y. Unilateral laterothoracic exanthema in children: a new disease? *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 693-696.
5. Mejía-Rodríguez SA, Ramírez-Romero VS, Valencia-Herrera A, Mena-Cedillos C. Exantema laterotorácico unilateral de la infancia, una enfermedad poco diagnosticada; Boletín Médico del Hospital Infantil de México; 2007. Vol. 64. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=20&id Ejemplanar=4622
6. Pride HB. Pediatric dermatoses commonly seen, uncommonly recognized. *Pediatr Ann* 1998; 27: 129-135.
7. Grimalt R. Exantema perifleural asimétrico de la infancia. *Piel* 2001; 16: 141-143.
8. Blasco-Melguizo J, Ruiz-Villaverde R, Fernández-Ángel I. Exantema unilateral laterotorácico en un lactante. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 588-590.
9. McCuaig CC, Russo P, Powell J et al. Unilateral laterothoracic exanthema. A clinicopathologic study of forty-eight patients. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 979-984.
10. Melsky JW. Unilateral laterothoracic exanthema in children. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 799-800.
11. Gutzmer R, Herbst RA, Kichl P, Kapp A, Weiss J. Unilateral laterothoracic exanthema (asymmetrical perifleural exanthema of childhood); report of an adult patient. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 484-485.
12. Ferrante S, Gragasin FS, Andrei I, Metelitsa AI. Unilateral laterothoracic exanthema. *Canadian Medical Association Journal* 2012; 184(3): 322.
13. Coustou D, Léauté-Leabre C, Bioulac-Sage P, Labeé L, Taieb A. Asymetric perifleural exanthema of childhood: a clinical, pathologic and epidemiologic prospective study. *Arch Dermatol* 1999; 135: 709-803.
14. Gorbea R, Cuevas Suárez RB, Pérez SB, Trujillo LP, Zamudio VP. Exantema unilateral laterotorácico: ¿Una nueva enfermedad? *Revista Mexicana de Pediatría* 2007; 74(6): 266-268.
15. Fort DW, Greer KE. Unilateral laterothoracic exanthema in a child with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Dermatol* 1998; 15: 51-2.
16. Chin GY, Win SS. Update of new infectious viral exanthema in children. [Online journal] Available in: <http://www.nsc.gov.sg/cgi-bin/wb>

Correspondencia:

Dra. María Enriqueta Morales Barrera.
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Deleg. Cuauhtémoc, México, D. F.
Tel: 5519 6351
E-mail: moralesbqt@yahoo.com.mx