

Caso clínico

Exantema laterotorácico unilateral

Larissa Dorina López Cepeda,* Adriana Lorena Ramírez Mares,** Viridiana Vera Ramírez***

RESUMEN

El exantema laterotorácico unilateral (ELU) es una dermatosis de causa aún no bien definida, en la cual se sugiere una etiología viral que se caracteriza por la presencia de numerosas pápulas eritematosas que inician en un lado del tronco, para después generalizarse, afectando con mayor frecuencia a mujeres entre uno y cinco años de edad. Hasta la actualidad se han publicado aproximadamente 300 casos en la literatura, que característicamente se desarrollaron durante la primavera, asociándose con infección de vías aéreas superiores. En este artículo publicamos el caso de una niña de tres años de edad con ELU, la cual cursó con un cuadro infeccioso previo.

Palabras clave: Exantema laterotorácico unilateral, etiología viral, pápulas eritematosas, rash eritematoso.

ABSTRACT

Unilateral laterothoracic exanthema (ULE) is a dermatosis of cause not yet well defined, in which a viral etiology is suggested; it is characterized by the presence of numerous erythematous papules that start on one side of the trunk, and then become generalized, affecting women, more frequently between one and five years old. Up to now, approximately 300 cases have been reported in the literature, which characteristically developed during the spring, being associated with infection of upper airways. In this article we report the case of a 3-year-old girl with ULE, with the antecedent of a previous infectious picture.

Key words: *Unilateral thoracic exanthema, viral etiology, erythematous papules, erythematous rash.*

INTRODUCCIÓN

El exantema laterotorácico unilateral (ELU), también conocido como «exantema periflexural asimétrico de la infancia»,¹ fue descrito inicialmente por Laur en 1959 después de estudiar 175 casos. En 1962 Brunner y cols. lo catalogaron como un «eritema papular de la infancia». Bodemer y de Prost lo denominan «exantema unilateral laterotorácico» en 1992 y Taieb y col. «exantema periflexural asimétrico de la infancia» en 1994.¹⁻⁴ Catherine C. McCuaigm y cols. publicaron en 1996 un estudio prospectivo en el que se evaluaron 48 niños con este padecimiento con el objeto de establecer sus características clínicas, patológicas y terapéuticas.⁵

EPIDEMIOLOGÍA

Desde la descripción del ELU en 1959 sólo 300 casos se han registrado en la literatura,^{1,6} por lo que hasta la fecha hay un gran desconocimiento del mismo, lo que conlleva a un diagnóstico erróneo.

La edad de presentación oscila entre el primer y quinto año de vida, con una media a los dos años; sin embargo, no es exclusivo de la edad pediátrica, ya que se han publicado varios casos en adultos.⁷ Predomina en mujeres en una proporción 2:1.^{1,3} Puede observarse en cualquier época del año, aunque es más frecuente en primavera e invierno.^{1,8} Se han documentado dos casos asociados a leucemia linfoblástica aguda.^{2,6,9}

ETIOLOGÍA

La etiología exacta aún se desconoce; sin embargo, existen algunas teorías, por ejemplo, infecciones de origen viral,^{1-3,6,10} principalmente de vías respiratorias altas y tracto gastrointestinal;^{2,3,11} sin determinarse un agente específico.¹¹ Se le ha relacionado con adenovi-

* Médico adscrito.

** Residente del 2º año de Dermatología.

*** Residente del 1er. año de Dermatología.

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

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

rus, parainfluenza, parvovirus B19, virus herpes humano (VHH-6, VHH-7) y virus Epstein-Barr.⁷

Recientemente se ha dado una explicación a la afectación lateral mediante la hipótesis de que un evento mutacional postcigótico en una etapa temprana de la embriogénesis tal vez cambia los epítopos en un lado del cuerpo, dando origen a una respuesta alterada de la piel a los agentes infecciosos. De acuerdo con esta teoría, la palabra «unilateral» debe utilizarse con precaución, puesto que en muchos casos puede aparecer un exantema bilateral menos severo en el curso de la enfermedad. Tomando en cuenta esa afectación bilateral, el término «exantema superpuesto de la infancia» (SLEC por sus siglas en inglés *superimposed lateralized exanthem of childhood*) parece ser más apropiado.^{7,12}

La disposición unilateral inicial representaría una afectación segmental que reflejaría un mosaismo cutáneo, siendo sobrepuerto un poco más tarde por un exantema bilateral menos severo. La predisposición poligénica en el otro lado del cuerpo es muy débil, por lo que no desarrolla exantema.

CUADRO CLÍNICO

Se presenta de manera inesperada y súbita en niños aparentemente sanos,^{1,6} inicia con una pápula eritematosa rodeada por un halo hipopigmentado^{1,6} que evoluciona a exantema con pápulas planas de color rosa de 1 a 3 mm de diámetro, las cuales confluyen en placas eccematosas reticulares con un patrón escarlatiniforme, en ocasiones anular, que inicia cerca de una axila, posteriormente abarca la cara lateral de hemitórax del mismo lado, en ocasiones afecta el pliegue inguinal o una extremidad. En el tronco puede extenderse en forma contralateral de manera centrífuga. Respeta cara, palmas y plantas.^{1-3,6,13,14}

Lo anteriormente descrito puede resumirse en las siguientes cuatro fases:

1. Eccematosas: lesiones iniciales en axila y cara lateral del tórax.
2. Coalescente: las lesiones se extienden al tronco y extremidades proximales separadas por áreas de piel normal.
3. Regresión: las primeras lesiones desarrollan un centro gris hiperpigmentado.
4. Descamativa: escama fina residual que se resuelve con el tiempo.¹

La enfermedad dura en promedio entre dos y cinco semanas para posteriormente iniciar su resolución sin

secuelas.¹ El paciente puede referir prurito leve.^{2,3,13,15} No hay compromiso sistémico.¹¹

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico,^{2,11} no requiere estudios especiales de laboratorio y gabinete. En algunos casos se observa una ligera elevación de la velocidad de sedimentación globular. Se han publicado resultados positivos para detectar gérmenes patógenos del aparato respiratorio como adenovirus y parainfluenza, entre otros. La histopatología demuestra infiltrado leve a moderado con predominio linfocitario en dermis superficial y profunda, perivasculares, intersticiales y perianexiales, extravasación de eritrocitos y espongiosis en la epidermis, con infiltrado linfocítico en la región epidérmica de las glándulas ecrinas.^{1,2,6}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se realiza con tiña del cuerpo, dermatitis alérgica por contacto, dermatitis atópica, psoriasis, toxicodermias, *miliaria rubra*, síndrome de Gianotti-Crosti, pitiriasis rosada atípica, roséola y otros exantemas virales.^{1,3,6,7,11}

TRATAMIENTO

El tratamiento es sintomático.³ Antihistamínicos en caso de prurito, emolientes para el prurito y la descamación.^{1,2,6} El uso de corticosteroides es controversial, ya que la respuesta es nula y no se justifica.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de tres años y 10 meses de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, la cual acudió por dermatosis diseminada a tronco y extremidades superior e inferior derechas (**Figura 1**). De la primera afectaba cara anterior y posterior de tórax y abdomen, de la segunda cara anterior y posterior de tercio proximal de brazo y muslo. Unilateral y asimétrica (**Figura 2**). De aspecto monomorfo, constituida por numerosas pápulas eritematosas, algunas rodeadas por un halo hipopigmentado, cubiertas por fina escama en su superficie, alternando con zonas de piel normal (**Figura 3**). De evolución subaguda y poco pruriginosa. Inició en cara anterior de tórax y abdomen y durante el transcurso de los días fue extendiéndose al resto de las áreas afectadas. El tiempo de evolución era de aproximadamente 10 días. Al interrogatorio dirigido, la madre refirió que la paciente había cursado con



Figura 1.

Exantema laterotorácico unilateral en cara interna de brazo, hemitorax y abdomen derechos.



Figura 2.

Aspecto general de la dermatosis.

un cuadro de infección de vías aéreas superiores 20 días antes de la aparición de las lesiones. Como tratamiento sólo aplicó cremas emolientes sin mejoría, por lo que acudió al Centro Dermatológico Pascua. Sin antecedentes personales de importancia para el padecimiento actual.



Figura 3. Acercamiento de las lesiones en abdomen.

COMENTARIO

En términos generales, se trata de una dermatosis sub-diagnosticada por lo que es necesario tenerla en mente para poder proporcionar un adecuado manejo, pues de lo contrario podría complicarse la evolución del padecimiento. En el caso aquí presentado, la paciente cursó con un cuadro clínico característico de dermatosis según lo descrito en la literatura. Morales Barrera y cols. publicaron en 2012 otro caso en la Revista del Centro Dermatológico Pascua.¹⁶ Se trataba de una niña de seis años edad con las mismas características clínicas, pero a diferencia del caso que nos ocupa, sin antecedentes de haber cursado con cuadro infeccioso. Por lo que aun cuando la frecuencia de esta dermatosis es relativamente baja, es necesario continuar realizando estudios epidemiológicos y microbiológicos que identifiquen la etiología real y sus posibles asociaciones para poder diferenciarla de otras enfermedades exantemáticas de la infancia, y de esta forma evitar la aplicación de tratamientos inadecuados.

Con respecto a la evolución del caso motivo de esta publicación, después de una amplia explicación al familiar, se indicaron medidas generales del cuidado de la piel con emoliente y sustituto de jabón corporal, se le citó después de un mes para revaloración, encontrándose en ese momento sin lesiones. Desde el inicio del cuadro hasta su resolución pasaron ocho semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mejía-Rodríguez SA, Ramírez-Romero VS, Valencia-Herrera A, Mena-Cedillos C. Exantema laterotorácico unilateral de la infancia, una enfermedad poco diagnosticada. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2007; 64: 65-68.
2. Blasco-Meguizo J, Ruiz-Villaverde R, Fernández-Ángel I, Linares-Solano J, Romero-Balmas JA. Exantema unilateral laterotorácico en un lactante. *An Esp Pediatr.* 2001; 55: 588-590.

3. Resnick SD. New aspects of exanthematous diseases of childhood. *Dermatol Clin.* 1997; 15: 257-266.
4. Bodemer C, de Prost Y. Unilateral laterothoracic exanthem in children: a new disease? *J Am Acad Dermatol.* 1992; 27: 693-696.
5. McCuaig CC, Russo P, Powell J, Pedneault L, Lebel P, Marcoux D. Unilateral laterothoracic exanthem. A clinicopathologic study of forty-eight patients. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 34: 979-984.
6. Robles G, Cuevas SR, Pérez SB, Trujillo LP, Zamudio VP. Exantema unilateral latero-torácico: ¿una nueva enfermedad? *Rev Mex Pediatr.* 2007; 74: 266-268.
7. Niedermeier A, Pfützner W, Ruzicka T, Thomas P, Happle R. Superimposed lateralized exanthem of childhood: report of a case related to adenovirus infection. *Clin Exp Dermatol.* 2014; 39: 351-353.
8. Gutzmer R, Herbst RA, Kiehl P, Kapp A, Weiss J. Unilateral laterothoracic exanthem (asymmetrical periflexural exanthem of childhood): report of an adult patient. *J Am Acad Dermatol.* 1997; 37:484-485.
9. Fort DW, Greer KE. Unilateral laterothoracic exanthem in a child with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Dermatol.* 1998; 15: 51-52.
10. Scheinfeld N. Unilateral laterothoracic exanthema with coincident evidence of Epstein Barr virus reactivation: exploration of a possible link. *Dermatol Online J.* 2007; 13: 13.
11. Gragasin FS, Metelitsa AI. Unilateral laterothoracic exanthem. *CMAJ.* 2012; 184: 322.
12. Drago F, Ciccarese G, Rebora A. Unilateral laterothoracic or asymmetric periflexural exanthem: is time to change the name of the disease? *Clin Exp Dermatol.* 2015; 40: 570.
13. Melski JW. Unilateral laterothoracic exanthem. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 29: 130.
14. Adams SP. Dermacase. Unilateral laterothoracic exanthem. *Can Fam Physician.* 1997; 43: 1355, 1363.
15. Maroon M, Billingsley EM. Unilateral laterothoracic exanthem. *J Am Acad Dermatol.* 1994; 30: 1045.
16. Morales-Barrera ME, Yoseff-Ríos H, Méndez-Aguilar Y. Exantema unilateral. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2012; 21: 117-119.

Correspondencia:

Dra. Larissa Dorina López-Cepeda
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur, Col. Buenos Aires,
Del. Cuauhtémoc, 06780, Ciudad de México, México.
Tel: 5519 6351
E-mail: larisslo@yahoo.com