

DOI:10.4464/MD.2012.40.1.5005

# Exantema raro que não deve ser esquecido

*A rash that shouldn't be forgotten*

T. São Simão<sup>1</sup>, Â. Dias<sup>1</sup>, M. Oliveira<sup>1</sup>, O. Pereira<sup>2</sup>, AP Fernandes<sup>1</sup>, P. Monteiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria. <sup>2</sup>Serviço de Dermatologia. <sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica. Centro Hospitalar Alto Ave-Unidades Guimarães.

## Correspondência:

Teresa São Simão

e-mail: teresinhaped@gmail.com

## Resumo

O exantema láterotorácico unilateral é uma erupção eritemato-papulosa de etiologia desconhecida. Caso de lactente de 9 meses de idade com febre com quatro dias de evolução associada a exantema, pruriginoso de distribuição unilateral. Colocado a diagnóstico de exantema láterotorácico unilateral baseado nas características clínicas, na exclusão de outras causas e resultado da biópsia de pele. Medicada com antihistamínico com evoluindo favoravelmente. Com este caso pretende-se evidenciar uma entidade subdiagnosticada incluída nos diagnósticos diferenciais de exantemas frequentes em idades pediátricas.

(T. São Simão, Â. Dias, M. Oliveira, O. Pereira, AP Fernandes, P. Monteiro. Exantema raro que não deve ser esquecido. Med Cutan Iber Lat Am 2012;40(1):21-23)

**Palavras-chave:** Exantema laterotorácico unilateral, exantema.

## Summary

*Unilateral laterothoracic exanthema (ULTE), is a erythematous papular exanthema. The etiology remains unknown. A nine months-old girl with four days of low grade fever associated with an unilateral pruritic exanthema is reported. ULTE diagnostic was made based on clinical characteristics, exclusion of other causes and skin biopsy. The patient was treated with antihistaminic and the evolution was favorable. The aim of this case was describe a clinical entity that is undiagnosed and is included on differential diagnoses of the most frequent eruptions in childhood.*

**Key words:** Unilateral laterothoracic exanthema, exanthema.

O exantema láterotorácico unilateral (ELTU), foi descrito pela primeira vez por Laur em 1962[1].

Apesar de uma entidade rara e benigna, sendo as lesões cutâneas um elemento chave para o diagnóstico, tem vindo a ser cada vez mais realçado na literatura como um importante e difícil diagnóstico diferencial face a outros exantemas em idade pediátrica com uma grande variabilidade clínica[2].

A etiologia do ELTU permanece desconhecida, mas a sua sazonalidade, com maior incidência durante os meses de Verão, e ausência de resposta a antibioterapia apontam para uma causa viral. Atinge mais frequentemente o sexo feminino e as idades compreendidas entre os 2 e os 7 anos. A forma de apresentação mais comum corresponde a um pródrómo ligeiro de um a dois dias de febrícula e infecção das vias aéreas superiores acompanhado de um exantema que surge unilateralmente no tronco e axila caracterizado por micropapulas confluentes, eritematosas associado a prurido intenso[3].

Estão descritas na literatura quatro fases de evolução do exantema: 1) eczematososa com lesões iniciais na axila e face lateral do tórax; 2) coalescente em que as lesões se estendem-se ao tronco e extremidades proximais e estão separadas por áreas de pele normal; 3) regressão com surgimento de áreas hiperpigmentadas na região central das lesões; 4) descamativa fina, residual com resolução posterior. O período que decorre entre as duas a três semanas de doença é aquele em que o exantema é mais exuberante, seguindo-se a fase de regressão, com resolução clínica. O diagnóstico é clínico e a biópsia pode ser esclarecedora e revela infiltrado linfocítico perivascular intersticial e ao longo das glândulas écrinas da derme papilar; na epiderme surgem áreas de espongiose e exocitose de células mononucleadas[4, 5].

O seu reconhecimento é importante no diagnóstico diferencial com outras doenças exantemáticas entre as quais a dermatite de contacto, o eritema multiforme, a sudamina e o herpes zoster[1, 3].



**Figura 1.** Máculas eritmatosas, pápulas e vesículas, atingindo o hemitórax direito.



**Figura 2.** Máculas eritmatosas, pápulas e vesículas atingindo o membro superior direito e região abdominal direita.

## Caso Clínico

Lactente do sexo feminino de 9 meses, filha de pais não consanguíneos saudáveis, antecedentes pessoais irrelevantes, sem história de varicela prévia, plano nacional de vacinação actualizado sem vacinação para a varicela. Observada no Serviço de Urgência no mês de Agosto por febre com quatro dias de evolução (pico máximo de 39° de temperatura axilar), vômitos alimentares e erupção maculopapular, não vesicular, pruriginosa com três dias de evolução de aparecimento no segundo dia de febre, localizada na região axilar direita. Teve alta para o domicílio com medidas antipiréticas e de vigilância.

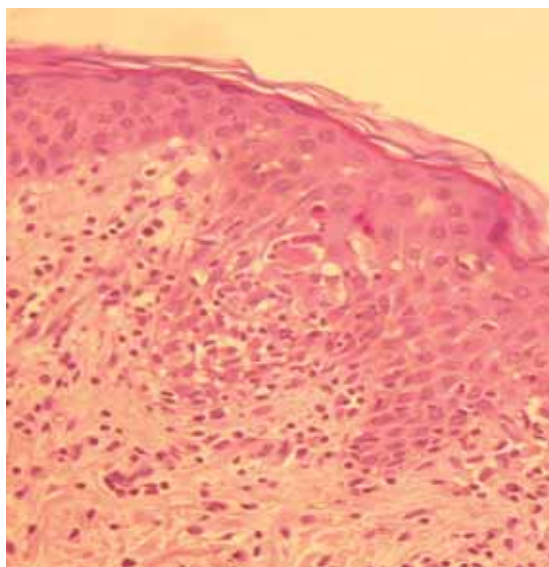
Cinco dias após a alta hospitalar volta ao Serviço de Urgência por manutenção da febre e progressão do exantema acima descrito.

Ao exame objectivo apresentava máculas eritmatosas, pápulas e vesículas, atingindo o hemitórax direito (Figura 1), membro superior direito e região abdominal direita (Figura 2) até ao nível da cicatriz umbilical no dorso a distribuição obedecia ao um padrão zosteriforme com áreas dolorosas a palpação, sem atingimento da face das palmas e plantas.

Foram negadas reações de contacto, ingestão de alimentos diferentes, atingimento de conviventes.

Dos exames complementares realizados de referir hemograma com plaquetas normal, proteína C reactiva negativa, urocultura, serologias TORCH e marcadores víricos negativos.

A biópsia de pele confirmou a suspeita diagnóstica de ELTU (Figura 3).



**Figura 3.** Exame anatomopatológico: Retalho de biópsia de pele com epiderme com discreta acantose e paraqueratose focal, e de derme superficial com moderado infiltrado inflamatório linfocitário perivascular, o qual permeia a epiderme, observando-se exocitose linfocítica, espongiose multifocal e presença de inúmeros queratinócitos apoptóticos.

Esteve seis dias internada medicada com cetirizina. A evolução clínica foi favorável com regressão do exantema. Avaliada três semanas após a alta, apresentava-se assintomática com resolução completa do exantema.

## Discussão

O diagnóstico do exantema laterotorácico unilateral é clínico e requer exclusão de outras causas de erupções cutâneas com características semelhantes[1]. Não existe indicador patognômico e a histologia não é diagnóstica, mas sugestiva, quando se observa acantose e paraqueratose focal e de derme superficial com moderado infiltrado inflamatório linfocitário perivascular, o qual permeia a epiderme, observando-se exocitose linfocítica, espongióse multifocal e presença de inúmeros queratinócitos apoptóticos, o que esta doente revelou (Figura 3).

O diagnóstico diferencial do ELTU inclui dermatite de contacto, tinha corporis, ptiíase rosada, miliária, roséola, herpes zoster e outras doenças cutâneas com distribuição linear.

O diagnóstico nesta doente foi estabelecido com base nas características clínicas e histológicas[1, 3].

A biópsia de pele, embora não obrigatória, foi útil, para o diagnóstico diferencial.

O tratamento é de suporte mas a corticoterapia pode acelerar a resolução do exantema.

Os pais devem ser informados que este exantema é uma entidade clínica benigna, que pode demorar 4 a 6 semanas a resolver e que não recorre habitualmente.

Este caso relembra e alerta para o subdiagnóstico[7] de um exantema cujo o seu reconhecimento pode facilitar o diagnóstico diferencial e impedir manobras invasivas e terapêuticas, bem como internamentos desnecessários. Uma correcta e exaustiva anamnese para avaliar a existência de pródromos, progressão, modo de apresentação e manifestações sistémicas são essenciais.

Apesar de ser um exantema descrito, os pediatras não estão familiarizados com este, incluindo-o na classificação de exantemas virais inespecíficos.

## Referências bibliográficas

1. Hansen RC, Schachner LA. *Dermatology*, 3rd edition. 2003. Mosby. 1075-6.
2. Silvia A, Mejía R, Vértica R, Adriana H, Carlos C. Exantema laterotorácico unilateral de la infancia una enfermedad poco diagnosticada. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64: 65-8.
3. Catherine M, Pierre R, Julie P, Louise P, Lebel, Danielle M. Unilateral Laterothoracic exanthem a clinicopathologic study of forty – eight patient. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 979-84.
4. Blasco Melquizo M, Ruiz Villaverde R, Fernández Angel I, Linares Solano J, Abad Romero Balmas J. Unilateral laterothoracic exanthem of childhood. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 588-90.
5. Adams SP. Unilateral laterothoracic exanthem. *Can Fam Physician. Dermacase* 1997; 43: 1355-63.
6. Laur WE. Unilateral laterothoracic exanthem in children. *J Am Acad Dermatol* 1993; 29: 799-800.
7. Bodemer C. Unilateral laterothoracic exanthem in children: a new disease? *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 693-6.