

Erupción primaveral juvenil

Juvenile spring eruption

LB Zambrano Centeno¹, C. Gómez González², M^aL Alonso Pacheco³

¹Centro de Salud Puente del Arzobispo. Talavera de la Reina. Toledo. ²Centro de Salud Talavera Centro. Talavera de la Reina. Toledo. ³Hospital La Paz. Madrid. España.

Correspondencia:

Luz Belén Zambrano Centeno
e-mail: bezamce@yahoo.es

Recibido: 16/7/2012

Aceptado: 19/4/2013

Resumen

La erupción primaveral juvenil es una fotodermatosis idiopática distintiva, que se caracteriza por la aparición de un brote autolimitado de pápulas eritematosas y vesículas en las zonas foto-expuestas del hélix de los pabellones auriculares. Se desencadena tras exposición solar, habitualmente al inicio de la primavera, sobre todo en varones adolescentes y adultos jóvenes. Presentamos un caso de erupción primaveral juvenil en un niño de 9 años, atendido en atención primaria de una zona rural.

Palabras clave: fotodermatosis, erupción primaveral, hélix.

(LB Zambrano Centeno, C. Gómez González, M^aL Alonso Pacheco. Erupción primaveral juvenil. Med Cutan Iber Lat Am 2013;41(6):278-280)

Summary

Juvenile spring eruption is a distinctive idiopathic photodermatoses, characterized by the appearance of a self-limited outbreak erythematous papules and vesicles on the light-exposed helix of the ears. It occurs after sun exposure, usually at the beginning of spring, especially in male adolescents and young adults. We report a case of juvenile spring eruption in a child of 9 years, treated at the primary care from a rural area.

Key words: photodermatoses, spring eruption, helix.

La *erupción primaveral juvenil* (EPJ) es una dermatosis descrita en 1954 por Anderson et al.[1] y muy poco referida con posterioridad en la literatura médica. Las publicaciones describen casos aislados, series cortas de pocos enfermos y, sobre todo, brotes epidémicos en campamentos infantiles o en cuarteles militares afectando a múltiples pacientes[1, 3-4, 9-10]. Así, en la publicación original se hace referencia a un episodio epidémico que afectó simultáneamente a 121 niños, de los 150, que se encontraban en un campamento de verano en Reino Unido.

El proceso debuta de forma característica unas horas después de una exposición solar en los días todavía fríos del inicio de la primavera; aunque hay casos descritos, como los ya comentados, en climas fríos durante el verano y, viceversa, en climas mediterráneos tras estancias prolongadas al aire libre en días soleados del invierno[6]. Incide en varones de 5 a 15 años y en adultos jóvenes, aunque se ha descrito algún caso aislado en mujeres[6-7].

La EPJ cursa con la aparición brusca, unas horas después de la exposición solar, de pápulas eritematosas pruriginosas, que evolucionan a vesículas y posteriormente a costras, localizadas en el las zonas más prominentes y fotoexpuestas de ambos hélix de los pabellones auriculares. Las lesiones curan espontáneamente en unas dos semanas dejando mínimas o ninguna cicatriz. En algunos casos se han referido rebrotes de menor intensidad en años sucesivos[4, 6]. Excepcionalmente, se han descrito pacientes con adenopatías cervicales[3, 4].

Presentamos un caso típico de esta entidad diagnóstica y su manejo en Atención Primaria.

Caso clínico

Se trata de un varón de 9 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acudió en el mes de abril de 2012 al Punto de Atención Continuada (PAC). Refe-



Figura 1. Pápulas y vesículas confluentes en el hélix.

ría presentar unas lesiones cutáneas poco pruriginosas, de una semana de evolución, aparecidas en ambos pabellones auriculares durante uno de los días de vacaciones de “Semana Santa”. Negaba historia de fotosensibilidad, erupción similar anterior, uso de productos tópicos en la zona afectada o toma de fármacos sistémicos.

La exploración puso de manifiesto la presencia de pápulas eritematosas, y alguna vesícula, de 1-3 mm de diámetro, en el reborde anterior y central de ambos hélix (Figura 1). Se consideró al paciente portador de un fototipo III.

Tras la sospecha de EPJ, se aconsejó el uso de un fotoprotector solar. El proceso se resolvió gradualmente en dos semanas, sin dejar cicatriz, y no ha recurrido en los siguientes 3 meses de seguimiento. El paciente rechazó la realización de biopsia cutánea.

Comentario

La EPJ es una patología considerada rara, aunque muchos autores coinciden en que su prevalencia se ha subestimado probablemente por la escasez de casos referidos en la literatura médica. Puede que sus breves manifestaciones clínicas susciten poca preocupación y demanda de atención por parte de los pacientes; o también que no sea suficientemente identificada por los facultativos que los atienden. Hay un

único estudio en este sentido, llevado a cabo en Nueva Zelanda en una población de niños de varias escuelas de primaria y en una única jornada al final de la primavera, que arroja datos de prevalencia del 6,7%[2]; por lo que los autores consideran a la EPJ como un proceso dermatológico frecuente en ese grupo etario[3].

La patogenia de la EPJ es desconocida, si bien las características epidemiológicas, clínicas, histológicas y los resultados de los fototest llevados a cabo en algunos casos, sugieren que se trate de una variante localizada de la denominada erupción polimorfa lumínica (EPL)[3, 4, 7, 8]. Así, comparte con esta última su presentación estacional en días soleados, la aparición tras unas horas de exposición solar al aire libre, el curso autolimitado, a veces recidivante, de las lesiones y las características clínicas de las mismas. Se han comunicado además varios pacientes que desarrollaron con posterioridad al brote de EPJ, lesiones típicas diseminadas y en zonas fotoexpuestas de EPL. Los hallazgos histológicos también son compatibles con los de la EPL, aunque se ha referido algún caso con cambios sugerentes de un eritema multiforme[4, 6, 9]. Las fotoprovocaciones, realizadas en un escaso número de pacientes, resultaron positivas en algunos de ellos con UVA y sólo en las zonas de los hélix afectadas previamente por las lesiones de la EPJ. La localización exclusiva en pabellones auriculares resulta inexplicable, pero la protección por el cabello de los mismos podría justificar la rareza del proceso en el sexo femenino[4, 5]. También se ha postulado, por la descripción de casos familiares, la posible existencia de una predisposición genética a padecer la enfermedad[3, 4, 6]. Sin embargo, no se encontró asociación con el fototipo cutáneo en un estudio que valoró este aspecto[12].

El diagnóstico de esta patología está basado en la historia clínica, edad del paciente, morfología y distribución típica de las lesiones[11]. Los hallazgos histológicos corroboran, pero no son indispensables para su diagnóstico. El diagnóstico diferencial se suscita con otras dermatosis pápulo-vesiculosas que pueden localizarse en los pabellones auriculares, destacando entre las más comunes el eczema de contacto y el impétigo u otros procesos infecciosos; a veces sospechados estos últimos en los casos acumulados en episodios epidémicos de EPJ. A destacar también en este aspecto la existencia de dos casos recogidos en la literatura de eritema multiforme postherpético fotosensible, con distribución y aspecto clínico muy similar a los de la EPJ[8].

La EPJ no requiere tratamiento, salvo el sintomático en el caso de la existencia de prurito, aunque el uso de fotoprotectores se postula para disminuir la frecuencia e intensidad de los brotes en los casos recidivantes[4, 5, 9].

Conclusiones

Como punto final, queremos destacar el interés que puede tener el conocimiento de esta probable no tan infrecuente

entidad por el especialista en medicina familiar, dada su posición de posible primer facultativo en enfrentarse a ella y el fácil diagnóstico y manejo clínico de la misma.

Bibliografía

1. Anderson D, Wallace HJ, Howes EI. Juvenile spring eruption. *Lancet* 1954; 1: 755-6.
2. Tan E, Eberhart-Phillips J, Sharples K. Juvenile spring eruption of the ears: a prevalence study. *N Z Med J* 1996; 109: 389.
3. Drogu S, Gungor A, Cekin E, Cincik H, Alga OH. Juvenile spring eruption: A report of two cases. *Laryngoscope* 2006; 116: 1279-80.
4. Stratigos AJ, Antoniou G, Papadakis P, Papapostolou A, Sabatziotis D, Tranaka K et al. Juvenile spring eruption: clinicopathologic features and phototesting results in 4 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 57-60.
5. Horkay I, Emri G, Varga V, Simics E, Remyenyik E. Photosensitivity skin disorders in childhood. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2003; 19: 157-9.
6. Berth-Jones J, Norris PG, Graham-Brown RAC, Burns DA. Juvenile spring eruption of the ears. *Clin Exp Dermatol* 1989; 14: 462-3.
7. Berth-Jones J, Norris PG, Graham-Brown RAC, Burns DA, Hutchinson PE, Adam J et al. Juvenile spring eruption of the ears: a probable variant of polymorphic light eruption. *Br J Dermatol* 1991; 124: 375-8.
8. Pérez-Carmona L, Vaño-Galvan S, Carrillo-Gijón, Jaén-Olasolo P. Photosensitive erythema multiforme presenting as juvenile spring eruption. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2010; 26: 53-4.
9. Dursun E, Battal B. Juvenil spring eruption. *The Internet Journal Otorhinolaryngology* 2009; 9 (1) DOI: 10.5580/1afe
10. Requena L, Alegre V, Hasson A. Spring eruption of the ears. *Int J Dermatol* 1990; 29: 284-5.
11. Kerr HA, Lim HW. Photodermatoses in african americans. A retrospective analysis of 135 patients over a 7-year period. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 638-43.
12. ten Berge O, Sigurdsson V, Bruijnzeel-Koomen CA, van Weelden H, Pasmans SG. Photosensitivity testing in children. *J Am Acad Dermatol* 2010; 63: 1019-25.