



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

ISSN: 2174-4106

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Guijo Alonso, Blanca; López Alonso, M.^a Rosa
Exantema periflexural asimétrico de la infancia, común e infradiagnosticado
Pediatría Atención Primaria, vol. XXII, núm. 85, 2020, Enero-Marzo, pp. 55-58
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366663476008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEPM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Exantema perifleural asimétrico de la infancia, común e infradiagnosticado

Blanca Guijo Alonso^a, M.^a Rosa López Alonso^b

Publicado en Internet:
09-marzo-2020

Blanca Guijo Alonso:
blancaguijoa@gmail.com

^aMIR-Pediatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España • ^bPediatra. CS Mar Báltico. Madrid. España.

Palabras clave:

- Enfermedad de la piel
 - Exantema
 - Lactante
 - Preescolar

Resumen

El exantema perifleural asimétrico de la infancia es una entidad benigna y autolimitada que se manifiesta típicamente en lactantes y preescolares con predominio del sexo femenino. La etiología es desconocida, aunque se ha relacionado con infecciones virales principalmente, y también bacterianas. El diagnóstico es clínico y el tratamiento sintomático. A pesar de ser una enfermedad común, es infradiagnosticada debido en parte al desconocimiento de esta. Nuestro objetivo es contribuir para mejorar el conocimiento de este trastorno. Se presenta el caso clínico de una paciente diagnosticada de exantema perifleural asimétrico con el antecedente de pielonefritis aguda la semana anterior a la aparición de las lesiones cutáneas.

Asymmetric perifleural exanthem of childhood, common and underdiagnosed

Key words:

- Exanthema
 - Infant
- Preschool child
- Skin disease

Abstract

Asymmetric perifleural exanthem of childhood is a benign and self-limited disease that characteristically occurs in infants and preschool children with a female predominance. The aetiology is unknown, although it has been mainly linked to viral infections. Diagnosis is clinical and treatment is mainly symptomatic. Despite being a common disease, it is unknown and consequently underdiagnosed. Our goal is to help improving the knowledge of this disorder. We present a clinical case of a patient diagnosed with asymmetric perifleural exanthema with a history of acute pyelonephritis the previous week of the skin lesion onset.

INTRODUCCIÓN

Los exantemas son un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. La mayoría tienen una evolución benigna y autolimitada, pero es importante descartar los que son graves, los que tienen tratamiento o importancia epidemiológica. El exantema laterotorácico unilateral, también conocido como

exantema perifleural asimétrico de la infancia fue reportado inicialmente en 1962^{1,2}. Desde su descripción, son limitados los casos publicados, debido en parte al desconocimiento de la enfermedad. Aparece típicamente como exantema maculopapular morbiliforme en torno al pliegue axilar de un hemicuerpo³. De forma característica, acontece en preescolares. Es más frecuente en el sexo femenino y durante la estación primaveral. No es

Cómo citar este artículo: Guijo Alonso B, López Alonso MR. Exantema perifleural asimétrico de la infancia, común e infradiagnosticado. Rev Pediatr Aten Primaria. 2020;22:55-8.

necesario realizar pruebas de laboratorio para su diagnóstico, que es fundamentalmente clínico. El curso es benigno y autolimitado, por lo que el tratamiento es sintomático^{2,3}.

CASO CLÍNICO

Lactante de sexo femenino, de 22 meses de edad que, en abril, acude a las consultas de Atención Primaria por fiebre de hasta 39 °C de aparición en las 24 horas previas, asociada a hiporexia marcada sin otra sintomatología acompañante. Exploración física dentro de la normalidad. Se realiza tira de orina, donde se observa leucocituria (+++), hematuria (+) y proteinuria (+). Se deriva a Urgencias hospitalarias, donde se confirma infección de orina mediante sondaje e ingresa en la planta de hospitalización durante cinco días para tratamiento antibiótico intravenoso. Se aísla *Escherichia coli* en el urocultivo.

Transcurridos diez días desde el alta, acude de nuevo a consultas de Atención Primaria, por aparición de lesiones cutáneas pruriginosas no dolorosas de

una semana de evolución. En la exploración (Fig. 1) presenta un exantema de base eritematosa, constituido por máculas y pápulas de aproximadamente 3-4 mm de tamaño, localizado en cara interna de brazo y parte superior de hemitórax derecho en torno al pliegue axilar. Respeta plantas, palmas y mucosas. No tiene lesiones contralaterales, ni adenopatías o visceromegalias.

Dada la edad de la paciente, la localización y características del exantema se realiza el diagnóstico clínico de exantema periflexural asimétrico de la infancia y se pauta hidrocortisona tópica para el tratamiento del prurito. A los cinco días mejora la sintomatología, así como el aspecto de las lesiones, que adquieren tonalidad rosada con predominio de máculas puntiformes de aproximadamente 2 mm. Tras tres semanas desaparece completamente el exantema.

DISCUSIÓN

El exantema unilateral torácico afecta de forma característica a niños de raza caucásica, de edad

Figura 1. Lesiones maculopapulosas eritematosas en el pliegue axilar, el hemitórax y el brazo derecho



comprendida entre 1-5 años, con una mayor incidencia en torno a los dos años de edad, aunque también ha sido descrito en adultos⁴. Se manifiesta especialmente en el sexo femenino, razón 2:1, con dos picos estacionales durante el invierno y la primavera²⁻⁴.

Las lesiones consisten en pequeñas pápulas que confluyen en placas, de aspecto morbiliforme, escarlatiniforme o ecematoide³ de 2-4 mm de diámetro⁵. Típicamente aparece como exantema maculopapular unilateral en un pliegue axilar, extendiéndose posteriormente de forma centrífuga hacia el tronco³. Un número importante de pacientes presenta extensión al hemicuerpo contralateral, pero la distribución de lesiones permanece asimétrica con predominancia del lado afectado al inicio³. Una mutación en una etapa temprana de la embriogénesis hace que los queratinocitos de un lado del cuerpo sean más reactivos a los agentes infecciosos, lo que puede explicar el predominio unilateral de la erupción⁴. En ocasiones, al final del cuadro se acompaña de una fina descamación. Respeta palmas, plantas, cara y mucosas⁵.

El 50% de los pacientes refiere prurito², que suele ser leve, y puede ir acompañado de una pequeña linfadenopatía así como fiebre de bajo grado, sin estar alterado el estado general. Los síntomas desaparecen espontáneamente en un periodo de 4-6 semanas⁵.

La etiología es aún desconocida. Se ha postulado un posible origen infeccioso. Varios autores consideran a los virus (adenovirus, parainfluenza, virus herpes 1 y 2, Epstein-Barr y parvovirus B19) como los principales agentes implicados, debido a la aparición estacional, la falta de respuesta a antibióticos, así como su relación con rinitis, fiebre o diarrea^{2,3,5,6}. Aunque en menor cuantía, se han documentado casos relacionados con infecciones bacterianas, como el descrito en 2017 por Solís y Abarzúa, en el que se plantea una posible relación

causal entre *Mycoplasma pneumoniae* y exantema periflexural asimétrico en un adulto⁷. Este también es nuestro caso, en el que observamos la aparición del exantema tras el antecedente de pielonefritis aguda por *Escherichia coli*, lo que sustenta el posible origen bacteriano de esta entidad. Ocasionalmente, se han descrito casos asociados a leucemia linfoblástica aguda durante el tratamiento con quimioterapia y a síndrome de Guillain-Barré⁵. Por otra parte, la falta de transmisión interhumana y la prevalencia de una adenopatía regional sostienen una posible inoculación dérmica⁶. Un estudio descriptivo prospectivo trató de establecer la relación causal entre este exantema y el microorganismo implicado, sin éxito³.

El diagnóstico es clínico, basado en las características topográficas ya descritas y los antecedentes. No hay pruebas de laboratorio útiles para confirmar el diagnóstico. La biopsia queda reservada para casos dudosos donde el estudio histopatológico muestra un infiltrado linfocítico perivascular, intersticial y alrededor de las glándulas ecricinas de la dermis papilar⁵. El diagnóstico diferencial comprende otras erupciones cutáneas de la infancia, ya sean exantemas virales, dermatitis de contacto y atópicas, miliaria, síndrome de Gianotti-Crosti o pitiriasis rosada^{2,5}. Hay estudios que sugieren que esta peculiar erupción podría ser una variedad de la pitiriasis rosada, entidad poco común en preescolares⁶.

La resolución espontánea del proceso forma parte de la evolución natural de la enfermedad. Por ello, el tratamiento es sintomático, con antihistamínicos orales y cremas hidratantes⁵. El empleo de corticoides tópicos contribuye a la mejoría del prurito³, como en el caso de nuestra paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunner MJ, Rubin L, Dunlap F. A new papular erythema of childhood. *Arch Dermatol.* 1962;85:539-40.
2. Morales ME, Ríos HY, Méndez Y. Exantema unilateral. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2012;21:117-9.
3. Zegpi S, Cataldo K, Del Puerto C. Exantema asimétrico en una niña. *Arch Pediatr Urug.* 2014;85:25-7.
4. Leung A, Barankin B. Unilateral laterothoracic exanthem. *J Pediatr.* 2015;167:775.
5. Núñez AI. Exantema periflexural asimétrico: a propósito de un caso. *An Pediatr.* 2005;63:269-70.
6. Coustou D, Léauté-Labrèze C, Bioulac-Sage P, Labbé L, Taïeb A. Asymmetric periflexural exanthem of childhood: a clinical, pathologic, and epidemiologic prospective study. *Arch Dermatol.* 1999;135:799-803.
7. Solís MA, Arbazúa A. Exantema laterotorácico unilateral en un adulto: reporte de un caso relacionado a infección por *Mycoplasma pneumoniae*. *Rev Chil Dermatol.* 2017;33:124-6.