

Exantema periflexural asimétrico de la infancia, dos formas de presentación

Asymmetric periflexural exanthem of childhood, two forms of presentation

Dr. Pablo Gabriel Dei-Cas, Dra. Daniela Paula Carrizo, Dra. Noelia Mara Domínguez, Dra. Mariela Giri, Dra. Viviana Andrea Novello, Dr. Ignacio Dei-Cas

Servicio de Pediatría. Hospital Interzonal General de Agudos "Presidente Perón". Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El exantema periflexural asimétrico de la infancia es una entidad benigna, autolimitada, subdiagnosticada, de etiología desconocida, que compromete mayormente niñas de edad preescolar. Tiene predominancia estacional (invierno y primavera). Su diagnóstico es clínico, y se presenta como un exantema escarlatiniforme, morbiliforme o eccematoso, que generalmente comienza en la axila y se extiende centrifugamente hacia el tronco y el miembro superior homolateral. Puede acompañarse de adenopatías regionales y fiebre. No requiere tratamiento específico, salvo el uso de cremas humectantes y antihistamínicos, en caso de presentar prurito. Se describen 2 pacientes con diferentes formas de presentación de esta entidad, una típica y otra infrecuente.

Palabras clave: exantema periflexural asimétrico de la infancia, presentación de casos.

ABSTRACT

Asymmetric periflexural exanthema of childhood is a benign, self-limited, underdiagnosed disease of unknown etiology that mainly affects girls at preschool age. It has seasonal predominance (winter and spring). The diagnosis is clinical and is

presented as scarlatiniform, morbilliform or eczematous exanthem that generally begins in the axilla and centrifugally extends to the trunk and the homolateral upper limb. It may be accompanied with regional adenopathies and fever. It does not require specific treatment except for the use of moisturizing and antihistaminic creams in case of pruritus. Two patients with different forms of presentation, one typical and another unfrequent, were described.

Keywords: asymmetric periflexural exanthema of childhood, case presentations.

INTRODUCCIÓN

El exantema periflexural asimétrico de la infancia (EPAI) fue descrito por primera vez por *Brunner* a principios de la década de 1960. Recibió la denominación de exantema laterotorácico unilateral en 1992, hasta que, un año más tarde, se le otorgó el nombre con que se lo conoce actualmente.^{1,2}

Afecta mayormente a pacientes de edad preescolar, y están más comprometidas las niñas. Su etiología es incierta, presenta curso clínico benigno y autolimitado. El diagnóstico es clínico, y no requiere exámenes complementarios para confirmarlo.¹⁻³

Se describen 2 casos clínicos de EPAI; uno de ellos con clínica y epidemiología clásicas, y el otro, que manifiesta una forma infrecuente de presentación.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso clínico 1

Paciente de 5 años de edad, del sexo femenino, fototipo 4, que acude a consultorios externos de Pediatría por presentar, según relato materno, cuadro cutáneo de 3 semanas de evolución, caracterizado por la presencia de pápulas, no confluentes, levemente pruriginosas, que aparecieron en región axilar derecha, y se extendieron hacia el tronco ([figura 1](#)), el dorso y el miembro superior homolateral.



Fig. 1. Exantema en región lateral derecha del tronco.

Las fauces, las mucosas y las conjuntivas no tienen características a destacar. No presenta adenopatías ni visceromegalias. La niña tampoco tiene antecedentes patológicos de importancia, y se encuentra afebril al momento del examen físico, habiéndolo estado también los días previos.

Con el diagnóstico clínico presuntivo de exantema periflexural asimétrico de la infancia, se indica tratamiento sintomático con antihistamínicos, baños cortos y crema humectante, con evolución de forma favorable.

Caso clínico 2

Paciente de 12 años de edad, varón, fototipo 2, sin antecedentes patológicos personales ni familiares relevantes, que consulta a Dermatología por presentar *rash* eritemato-papuloso, que compromete cara interna y anterior de muslo derecho, respetando pliegue inguinal, y ligeramente pruriginoso ([figura 2](#)).



Fig. 2. *Rash* eritemato-papuloso en cara interna y anterior de muslo derecho, que respeta pliegue inguinal.

El niño se encuentra en adecuado estado general, sin visceromegalias ni adenopatías, sin fiebre al momento de la evaluación, ni los días previos a la consulta.

Con sospecha clínica de exantema periflexural asimétrico de la infancia, se inicia tratamiento con crema humectante, antihistamínico (cetirizina) y baños cortos, con evolución clínica favorable.

DISCUSIÓN

El EPAI fue descrito por primera vez hace algo más de medio siglo. Se lo conoce también como exantema laterotorácico unilateral. Predomina en el sexo femenino, y presenta un pico de incidencia estacional (primavera e invierno).^{1,2} El exantema se presenta mayormente en el grupo etario comprendido entre 1 y 4 años, y en pacientes con fototipos 1 a 3.⁴

La erupción inicial es un exantema papuloso en áreas flexoras, unilateral, y es el pliegue axilar la zona más frecuentemente afectada; en menor proporción, compromete también muslos, flancos o pliegues inguinales, pero respeta palmas, plantas y cara.⁵ Ocasionalmente las lesiones pueden ser circinadas, con coloración central gris-azulada.

Los pacientes descritos en este trabajo corresponden a la forma clásica en el caso 1, con la diferencia que la niña presenta fototipo tipo 4. El caso 2, por su parte, muestra una forma de presentación inusual de la enfermedad, ya que se trata de un paciente de sexo masculino, adolescente y con lesiones en muslo.

En los casos de EPAI axilares, hacia el final de la primera semana, la erupción se disemina centrífugamente, a partir de la axila, y muy ocasionalmente puede hacerse bilateral o generalizada. Pasada la primera semana, las lesiones pueden tener aspecto escarlatiniforme, morbiliforme o ecematoso, y entre la tercera y sexta semana, se resuelven espontáneamente sin dejar secuelas.^{1,2,5-8}

La mayoría de los niños se presentan asintomáticos, aunque en la mitad de los casos se puede hallar prurito leve a moderado. Puede ir acompañado de linfadenopatía localizada en el área de inicio del exantema.^{5,6}

La causa de este exantema permanece todavía desconocida.¹⁻⁸ Se ha sugerido la etiología viral, dada la presentación en niños pequeños, el brote estacional, el reporte de compromiso familiar, y, ocasionalmente, la linfadenopatía y la fiebre. En algunos casos lo precede infección de vías respiratorias superiores, otitis media y diarrea. Los virus más frecuentemente involucrados son: adenovirus, parainfluenza y parvovirus B19.^{2,8}

El diagnóstico es clínico y el tratamiento innecesario. Pueden usarse antihistamínicos para calmar el prurito. No se ha hallado relación alguna, en la evolución del cuadro modificando las pautas alimentarias del niño.²

El comienzo unilateral de esta infección es único. Si bien la dermatitis de contacto o la dermatitis atópica, pueden ser unilaterales, son mucho más pruriginosas, frecuentemente húmedas o costrosas, y responden bien a la terapia esteroidea tópica local.⁴ Las lesiones más morbiliformes del exantema laterotorácico pueden ser confundidas con miliaria y con el síndrome de Gianotti Crosti, pero difieren en la distribución unilateral. Por otro lado, la miliaria típicamente afecta la cara, zona respetada por este exantema. El síndrome de Gianotti Crosti se localiza en cara y extremidades.⁶

Al considerar el diagnóstico diferencial con pitiriasis rosada, se debe tener en cuenta que esa enfermedad ocurre en niños de mayor edad, es generalmente precedida por la placa heráldica a modo de blasón, escudo, presenta distribución simétrica y las lesiones característicamente presentan una escama fina central.⁶

El EPAI constituye una enfermedad infradiagnosticada. Se describen 2 casos, con el fin de aportar conceptos que incrementen la sospecha de esta entidad por parte del pediatra, lo cual ayudará a mejorar su diagnóstico, y por ende, a conocer su verdadera incidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zegpi S, Cataldo K, Del Puerto C. Exantema asimétrico en una niña. Arch Pediatr Urug. 2014;85(1):25-7.
2. Ting PT, Adams SP. Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood Follow-up [monografía en Internet]. Medscape; actualizado 17 de enero 2014 [citado 30 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.emedicine.medscape.com/article/1118863>.
3. Garrido García E, Rubín de la Vega E, Loberte Prieto C, de Juan Álvarez A, Fernández Mionis S, Vázquez Ríos C. Exantema laterotorácico unilateral: una patología infradiagnosticada. Bol Pediatr. 2012;52:244-61.
4. Giachetti A, Castro C, Greco MF, Scacchi M, Flores R. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. Arch Argent Pediatr. 2014;112(3):293-4.
5. Mejía SA, Ramírez VS, Valencia Herrera A, Mena Cedillos C. Exantema laterotorácico unilateral de la infancia, una enfermedad poco diagnosticada. Bol Méd Hosp Inf Méx. 2007;64(1):65-8.
6. Weinberg S, Prose N, Kristal L. Atlas de Dermatología Pediátrica. 4ª edición. Cap 5. Madrid: Editorial Marban; 2012. p. 55.
7. Valdivieso M, Silvente C, Velásquez D, Chavarría E, Mauleón C, Hernanz J. Exantema periflexural asimétrico. Acta Pediatr Esp. 2011;69(3):128-9.
8. Guimera M, Neda F, Fagundo E, Rodríguez F, Cabrera R, Sánchez R, et al. Asymetric periflexural exanthem of childhood: report of two cases with parvovirus B19. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2006 Apr;20(4):461-2.

Recibido: 2 de agosto de 2015.

Aprobado: 16 de septiembre de 2015.

Pablo Gabriel Dei-Cas. Hospital Interzonal General de Agudos "Presidente Perón". Anatole France # 773, Avellaneda. Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: pgdeicas@yahoo.com.ar