

Exantema periflexural asimétrico de la infancia: reporte de 2 casos

Asymmetric periflexural exanthem of childhood: 2 case reports

Dr. José M. Romero de Ávila Montoya^a, Dra. Alba Hueto Najarro^b, Dra. Neelam M. Dadlani Dadlani^a, Enf. María del L. Tárraga Marcos^a, Dra. Paula M. Barbera Pérez^c y Dr. Gonzalo González García^a

RESUMEN

El exantema periflexural asimétrico de la infancia es una entidad subdiagnosticada, de etiología incierta, que afecta, predominantemente, a niñas alrededor de los dos años de edad. Se caracteriza por ser un exantema que solo afecta a un hemicuerpo y que se resuelve sin tratamiento específico. Se reportan dos casos clínicos acerca de esta entidad. El primero, referente a una niña de 14 meses con exantema papuloeritematoso de inicio en la axila siete días antes y extensión a la extremidad superior y el hemitronco ipsilateral sin otras alteraciones. El segundo, referente a una niña de 24 meses de edad con exantema papuloeritematoso pruriginoso de inicio en la extremidad inferior izquierda y la posterior extensión por el hemicuerpo izquierdo. Dadas las características del exantema y la edad de las pacientes, se diagnosticó exantema periflexural asimétrico y recibió tratamiento sintomático, con resolución del cuadro de forma espontánea.

Palabras clave: exantema asimétrico, hemicuerpo, niño.

ABSTRACT

The asymmetric periflexural exanthema of childhood is an underdiagnosed entity of unknown etiology that affects, most commonly, girls around two years of age. Clinically, it affects only one side of the body and it eventually disappears without the need of any specific treatment.

We report two cases of this entity. The first case is a 14-month-old female patient with an erythematosus papular eruption that initiates near the axilla and progresses, in a period of seven days, towards the ipsilateral upper limb and hemithorax, with no other alterations. The second case is a 24-month-old female with a pruriginous erythematosus papular exanthema that begins on the left lower extremity and extends throughout the left hemibody.

Due to the characteristics of the exanthema and the age range of the patients, they were diagnosed with asymmetric periflexural exanthema. They both received symptomatic treatment with spontaneous resolution of the condition.

Key words: asymmetric exanthema, hemibody, child.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.e400>

Cómo citar: Romero de Ávila Montoya JM, Hueto Najarro A, Dadlani Dadlani NM, Tárraga Marcos ML, et al. Exantema periflexural asimétrico de la infancia: reporte de 2 casos. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(4):e400-e404.

INTRODUCCIÓN

El exantema periflexural asimétrico de la infancia fue descrito por primera vez en 1959 por Laur,¹ pero fue en 1992 cuando Bodemer y De Prost² le otorgaron el nombre de *exantema laterotorácico unilateral* y, posteriormente, Taieb y col.,³ propusieron el término de *exantema periflexural asimétrico de la infancia*.

Esta entidad afecta, predominantemente, a preescolares, sobre todo, de sexo femenino, en los meses de invierno y primavera, y aparece, antes o durante el cuadro, sintomatología del tracto respiratorio superior o gastrointestinal. La etiología no está definida con claridad,^{4,5} aunque la causa viral es la más aceptada.⁶

Se trata de un proceso autorresolutivo de diagnóstico clínico y subsidiario de tratamiento sintomático. No obstante, debido al desconocimiento de esta patología, en muchas ocasiones, se realizan pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios.

Caso clínico 1

Paciente mujer de 14 meses de edad que consultó por la aparición de forma progresiva desde hacía 7 días de un exantema cutáneo pruriginoso que se había iniciado en la axila derecha y se había extendido por la extremidad superior derecha, el hombro y el hemitronco derecho. Como único antecedente reseñable, había presentado un cuadro de gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* dos semanas antes, que había sido tratado con azitromicina (10 mg/kg/24 h durante 5 días).

En la exploración física, se observaba un exantema papuloeritematoso, de predominio en la región axilar derecha, con extensión al tronco, el brazo y el antebrazo ipsilaterales. Asociaba signos de excoriación de las lesiones

- Pediatría, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza (España).
- Pediatría, Centro de Salud Zabalgana, Vitoria-Gasteiz (España).
- Pediatría, Hospital de Barbastro, Huesca (España).

Correspondencia:

Dr. José M. Romero de Ávila Montoya:
romerodeavilamontoya@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 15-7-2019

Aceptado: 12-2-2020

principales en la axila y pseudovesiculación de las lesiones del hombro derecho (*Figuras 1 y 2*). No presentaba afectación palmoplantar o de mucosas. Se solicitó un estudio de reacción en cadena de la polimerasa (*polymerase chain reaction; PCR*, por sus siglas en inglés) de virus respiratorios en frotis faríngeo para virus influenza (A, B, C), parainfluenza (1-4), virus respiratorio sincicial A y B, metapneumovirus, coronavirus (229, NL63, OC43), rinovirus, enterovirus, adenovirus y bocavirus, que resultaron negativos.

Dadas las características clínicas del exantema cutáneo y la edad de la paciente, se realizó el diagnóstico de exantema periflexural asimétrico, y recibió tratamiento sintomático con hidroxicina oral (2 mg/kg/día), estilsona (1 mg/kg/día durante 3 días) y mupirocina tópica (1 aplicación/12 h) por riesgo de sobreinfección. La paciente fue seguida por su pediatra con resolución completa del cuadro en 4 semanas.

Caso clínico 2

Paciente mujer de 24 meses evaluada en Urgencias por la aparición progresiva, desde hacía 10 días, de exantema cutáneo pruriginoso de inicio en la extremidad inferior izquierda con posterior extensión a la extremidad superior derecha, el hemitronco derecho y la zona perioral. Presentaba antecedentes clínicos de cuadro diarreico y febrícula en días anteriores. Se había diagnosticado varicela en las 24 horas previas en otro centro sanitario, y se extrajeron serologías de parvovirus B19, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr y virus de varicela zóster, que resultaron negativas.

En la exploración física, se observaba un exantema consistente en lesiones papulares agrupadas, algunas con costra, de tamaño milimétrico y con predominio en el hemicuerpo derecho (*Figuras 3 y 4*). No presentaba lesiones en la región del cuero cabelludo ni en la región retroauricular. Dadas las características del exantema cutáneo y la edad de la paciente, se

FIGURA 1. Exantema papuloeritematoso en la región axilar derecha. Excoriación de las lesiones principales



FIGURA 2. Lesiones papuloeritematosas en el brazo y el antebrazo derechos con excoriación y pseudovesiculación de las lesiones en el hombro derecho



diagnosticó exantema periflexural asimétrico, y recibió tratamiento sintomático con cetirizina oral (2,5 mg/24 h) y curas con *spray* de óxido de zinc mientras perduraron las lesiones. La paciente mantuvo el seguimiento clínico en atención primaria con resolución del cuadro en 5 semanas.

DISCUSIÓN

El exantema periflexural asimétrico de la infancia es también conocido como *exantema laterotorácico unilateral* o *exantema semiflexural asimétrico*. Afecta tanto a niños como a adultos y predomina en lactantes y preescolares de uno a cuatro años de piel clara, fototipos 1-3, con mayor frecuencia, en mujeres, relación 2:1.⁷ Aunque se observa en cualquier época, predomina en primavera e invierno.⁸

Se caracteriza por la aparición de lesiones maculopapulares eritematosas rodeadas de un halo hipopigmentado en la zona periflexural

de grandes miembros, por lo general, la axila, y se extiende centrífugamente a un hemicuerpo y forma placas, como ocurrió en los 2 casos mencionados. Puede hacerse bilateral o generalizado, pero predomina en el lado inicialmente afectado. No se ha observado una mayor preferencia por el hemicuerpo derecho o izquierdo.

En la evolución del cuadro, las lesiones pueden sufrir un aclaramiento central o incluso adquirir características purpúricas y presentar un aspecto más eczematoso o reticulado. Suele respetar mucosas, cara, palmas y plantas. Algunos pacientes presentan una pequeña adenopatía local y prurito, que suele ser leve, como presentaban los pacientes descritos. Esta entidad no tiene una duración determinada, pero la mayoría de los pacientes presentan un pico máximo de las lesiones a las 2-3 semanas con posterior resolución del cuadro, que finaliza en torno a las 4-5 semanas

FIGURA 3. Exantema papular agrupado con excoriación de la región anterior de la pierna derecha y la axila derecha



FIGURA 4. Exantema consistente en lesiones papulares agrupadas en la axila derecha



con una fina descamación. En ocasiones, puede dejar lesiones hiperpigmentadas transitorias.⁷

Los pacientes pueden presentar, en los días previos o coincidiendo con la aparición del exantema, infección del tracto respiratorio superior o gastrointestinal, como en los casos presentados. El adenovirus, parainfluenza y parvovirus B19 son los virus más frecuentemente implicados.^{9,10} En otras ocasiones, se asocian otras patologías, como el síndrome de Guillain-Barré, relacionado con la infección por *Campylobacter jejuni*.¹¹ La etiología sigue siendo desconocida, aunque la causa viral sigue postulándose como la hipótesis causal más extendida, dada la clínica, la edad de los pacientes y la época estacional de presentación. No obstante, se han realizado múltiples estudios microbiológicos sin conseguir determinar con claridad cuál o cuáles son los agentes causales.¹

El diagnóstico de esta enfermedad es clínico. Es importante realizar una detallada anamnesis que incluya antecedentes de procesos infecciosos previos tanto personales como familiares. No es necesario solicitar estudios de laboratorio, que aportarán resultados normales o anodinos. Tampoco está indicado realizar biopsias de piel, las cuales mostrarán datos inespecíficos, como infiltrado linfocitario de células T perivascular y periglandular, y epidermis con leve exocitosis de células mononucleadas y espongiosis.²

El diagnóstico diferencial hay que realizarlo con diferentes enfermedades exantemáticas infantiles. Entre ellas, se encuentra el síndrome de Gianotti-Crosti, consistente en pápulas eritematosas de distribución simétrica y, predominantemente, en el dorso de las manos, las muñecas, las piernas y los pies, con posterior extensión a los glúteos, los brazos, la cara y el cuello. Otra entidad englobada en el diagnóstico diferencial es la miliaria o sudamina, caracterizada por pústulas o vesículas relacionadas con las secreciones de glándulas ecrinas y más frecuente en los neonatos y los lactantes. También puede confundirse con la pitiriasis rosada de Gibert; no obstante, esta entidad es más habitual en los adolescentes, suele ir precedida por la placa heráldica con posterior aparición de lesiones papulares generalizadas de distribución simétrica, que, por lo general, presentan descamación fina central desde el inicio del cuadro.

Otra entidad clínica para descartar es la varicela, infección exantemática frecuente en la edad pediátrica caracterizada por lesiones vesiculopapulares de aparición craneocaudal y

generalizada, que combina diferentes estadios de estas a lo largo de la evolución del cuadro, y puede afectar al territorio mucoso. Otras entidades en el diagnóstico diferencial son dermatitis de contacto y la dermatitis atópica por su posible presentación unilateral,¹³ aunque estas entidades tienen diferente debut y curso clínico. No obstante, la pápula no es la lesión elemental característica de estas entidades, que presentan, generalmente, placas húmedas y costrosas muy pruriginosas, en comparación con la ausencia o leve prurito del exantema periflexural asimétrico.¹³

El tratamiento, por lo general, es sintomático, y se administran antihistamínicos y cremas lubricantes tanto para el prurito como la descamación. El uso de corticoides no modifica el curso de la enfermedad, pero puede contribuir a la mejora del prurito. El exantema periflexural asimétrico de la infancia es una entidad autolimitada y benigna, que no precisa estudio ni tratamiento específico. No obstante, es infradiagnosticada en la mayoría de las veces por su desconocimiento. Por ello, a la luz del conocimiento actual y según los últimos reportes disponibles,^{14,15} sin novedades sobre la enfermedad, se presentan ambos casos con el fin de dar a conocer la enfermedad y aumentar la sospecha clínica. ■

REFERENCIAS

1. Laur WE. Unilateral laterothoracic exantema in children. *J Am Acad Dermatol*. 1993; 29(5 Pt 1):799-800.
2. Bodemer C, De Prost Y. Unilateral laterothoracic exanthem in children: a new disease? *J Am Acad Dermatol*. 1992; 27(5 Pt 1):693-6.
3. Taieb A, Mégraud F, Legrain V, Mortureux P, et al. Asymmetric periflexural exanthem of childhood. *J Am Acad Dermatol*. 1993; 29(3):391-3.
4. Coustou D, Masquelier B, Lafon ME, Labreze C, et al. Asymmetric periflexural exanthem of childhood: Microbiologic case-control study. *Pediatr Dermatol*. 2000; 17(3):169-73.
5. Coustou D, Leaute-Labreze C, Bioulac-Sage P, Labbe L, et al. Asymmetric periflexural exanthem of childhood: A clinical, pathologic, and epidemiologic prospective study. *Arch Dermatol*. 1999; 135(7):799-803.
6. Gelmetti C, Caputo R. Asymmetric periflexural exanthem of childhood: Who are you? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001; 15(4):293-4.
7. McCuaig CC, Russo P, Powell JJ, Pedneault I, et al. Unilateral laterothoracic exantema: a clinicopathologic study of forty-eight patients. *J Am Acad Dermatol*. 1996; 34(6):979-84.
8. Zegpi S, Cataldo K, Del Puerto C. Exantema asimétrico en una niña. *Arch Pediatr Urug*. 2014; 85(1):25-7.
9. Guimerá-Martín-Neda F, Fagundo E, Rodríguez F, Cabrera R, et al. Asymmetric periflexural exanthem of childhood: report of two cases with parvovirus B19. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006; 20(4):461-2.

10. Duarte AF, Cruz MJ, Baudrier T, Mota A, et al. Unilateral laterothoracic exanthem and primary Epstein-Barr virus infection: case report. *Pediatr Infect Dis J*. 2009; 28(6):549-50.
11. Auvin S, Imiela A, Cuvellier J, Catteau B, et al. Asymmetric periflexural exanthem of childhood in a child with axonal Guillain-Barre syndrome. *Br J Dermatol*. 2004; 150(2):396-7.
12. Giachetti A, Greco MF, Scacchi M, Flores R, et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. Resumen ejecutivo. *Arch Argent Pediatr*. 2014; 112(3):293-4.
13. Madrigal Díez V, Madrigal Díez C. Enfermedades exantemáticas. En: Del Pozo Machuca J, Redondo Romero A, Gancedo García MC, Bolívar Galeano V (eds.). *Tratado de Pediatría Extrahospitalaria*. 2.ª ed. Madrid: Ergon; 2011. Págs.955-72.
14. Chaabani M, Souissi A. StatPearls. Asymmetric Periflexural Exanthem In Childhood. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020.
15. Balestri R, Tasin L, Rech G, Girardelli CR. Asymmetric periflexural exanthem: not a distinctive disease of childhood. *G Ital Dermatol Venereol*. 2019; 154(6):722-4.