

TEMA PEDIÁTRICO

Exantema laterotorácico unilateral de la infancia,
una enfermedad poco diagnosticada

Silvia A. Mejía-Rodríguez, Verónica Susana Ramírez-Romero, Adriana Valencia-Herrera,
Carlos Mena-Cedillos

Servicio de Dermatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D. F., México.

Resumen

El exantema laterotorácico unilateral, también conocido como exantema asimétrico periflexural de la infancia, es una erupción eritemato-papulosa, poco o nada pruriginosa, de causa desconocida, aun cuando la mayoría de las evidencias apuntan hacia etiología viral. Se presenta en un lado del tórax, habitualmente cercano a la axila, progresa en forma centrífuga en ese lado del cuerpo y contralateralmente, para desaparecer sin secuelas en un período de 4 a 6 semanas. Se han reportado aproximadamente 300 casos en la literatura; sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que la falta de diagnóstico se relaciona con el desconocimiento de la enfermedad.

Palabras clave. Exantema laterotorácico unilateral de la infancia; exantema asimétrico periflexural de la infancia.



Solicitud de sobretiros: Adriana Valencia Herrera, Servicio de Dermatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Calle Dr. Márquez Núm 162, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06720, México, D. F., México.

Fecha de recepción: 26-10-2006.

Fecha de aprobación: 22-03-2007.

El exantema laterotorácico unilateral de la infancia (ELUI),¹ también conocido como exantema asimétrico periflexural de la infancia, es una erupción eritemato-papulosa, poco o nada pruriginosa, de etiología desconocida, que se presenta en un lado del tórax, habitualmente cercano a la axila, progresa en forma centrífuga en ese lado del cuerpo y contralateralmente, para desaparecer sin secuelas en un período de cuatro a seis semanas.¹

Historia

Descrita inicialmente por Laur² en 1962, y en ese mismo año Brunner y col.³ reportan 75 pacientes, y la catalogan como un nuevo eritema papular de la infancia. En 1992 Bodemer y de Prost^{4,5} describen 18 casos y la denominan como exantema laterotorácico unilateral de la infancia, mientras que Taieb y col.⁶ en 1993 proponen el término exantema periflexural asimétrico de la infancia.

Epidemiología

Se han reportado aproximadamente 300 casos en la literatura, sin embargo la mayoría de los autores coinciden en que la falta de diagnóstico se relaciona con el desconocimiento de la enfermedad.⁷⁻⁹ Se presenta en lactantes y preescolares entre uno y cuatro años, con edad media de dos años, observándose con mayor frecuencia en mujeres, con relación mujer:hombre de 2:1, con predominio en niños con piel clara. Se observa en cualquier época del año, predomina en primavera e invierno.¹⁰ Sólo tres casos han sido documentados en adultos.¹¹ En nuestro hospital sólo se tiene registro de un caso en una preescolar femenina de tres años de edad quien además padecía leucemia linfoblástica aguda.

Etiología

La etiología del ELUI, es desconocida. La presentación de la enfermedad en forma casi exclusiva durante la infancia, algunos reportes de varios hermanos afectados en una familia, la falta de eficacia

de tratamiento con antibióticos y la presentación estacional de la enfermedad incrementan la posibilidad de etiología viral. En Argentina se reportaron serologías positivas para Epstein-Barr, parvovirus B19, herpes virus 1 y 2 y *Mycoplasma pneumoniae*,¹ otros autores han postulado la sospecha de enterovirus;¹² sin embargo, no se ha aislado un agente viral específico, por lo que esta hipótesis no ha sido confirmada.

Manifestaciones clínicas

Generalmente no presenta pródromos aun cuando se ha descrito un evento previo de infección de vías respiratorias superiores, otitis media y diarrea. Se describe en pacientes previamente sanos que súbitamente presentan una lesión característica consistente en una pápula eritematosa rodeada de un halo hipopigmentado, y posteriormente se desarrolla exantema de pápulas aplanadas color rosa de 1-3 mm de diámetro que inicia cerca de una axila en la cara lateral de hemitórax o en la propia axila y, aunque usualmente predomina en el sitio inicial (Figs. 1 y 2), puede extenderse contralateralmente en el tronco. El exantema muestra un patrón escarlatiniforme o eccematoide con mayor frecuencia (Fig. 3), pero se han descrito patrones reticulares anulares con escoriaciones, vesículas, púrpura o multiformes,¹³ los cuales son menos frecuentes. Se multiplican centrífugamente al brazo homolateral, flanco y muslo, y en muy raras ocasiones se presenta la generalización de las lesiones. Característicamente el exantema respeta la cara, palmas y plantas.

Clínicamente las lesiones presentan cuatro fases:

1. Eccematosa. Lesiones iniciales en axila y cara lateral del tórax.
2. Coalescente. Las lesiones se extienden al tronco y extremidades proximales separadas por áreas de piel normal.
3. Regresión. Las primeras lesiones presentan un centro gris hiperpigmentado.
4. Descamativa. Escama fina residual que se resuelve con el tiempo.¹⁴



Figura 1. Exantema laterotorácico unilateral. Topografía clásica de la dermatosis afectando axila y cara lateral del hemitórax.



Figura 2. Acercamiento de las lesiones.

El pico máximo de las lesiones ocurre entre las dos y tres semanas, para posteriormente iniciar la resolución, y puede presentar desde esta etapa una ligera descamación. El prurito se describe como leve o ausente. Desaparecen en aproximadamente cuatro a seis semanas sin secuelas. No hay enan-tema o compromiso sistémico.¹

Diagnóstico

Es básicamente clínico, ya que hasta la fecha no hay técnicas diagnósticas específicas que corroboren la enfermedad. En exámenes de laboratorio



Figura 3. Patrón morfológico más frecuente (escarlatiniforme).

puede haber ligera elevación de la velocidad de sedimentación globular; en algunas ocasiones se han reportado resultados positivos para patógenos respiratorios como adenovirus o parainfluenza. Es raro que se realice estudio histopatológico considerando el carácter autolimitado de la entidad, pero se reporta con mayor frecuencia infiltrado leve a moderado con predominio linfocitario en dermis superficial y profunda, perivascular, intersticial y perianexial, extravasación de eritrocitos y espongirosis en la epidermis con infiltrado linfocítico en la región epidérmica de las glándulas eccrinas. El infiltrado está compuesto fundamentalmente por linfocitos T, con predominio de células T CD4+.¹⁵

No se requieren estudios de imagen.

Diagnóstico diferencial

Dermatitis de contacto, miliaria, síndrome de Gianotti-Crosti, pitiriasis rosada de Gibert, roséola.

Tratamiento

No existe un tratamiento específico y el manejo básicamente se establece de acuerdo a los síntomas presentes. Antihistamínicos en caso de prurito, cremas

lubricantes para mejorar el prurito y la descamación fina. El uso de esteroides de baja potencia se encuentra reportado; sin embargo, la respuesta es mínima o

nula y no se justifica, considerando el carácter autolimitado de las lesiones.⁷ No se ha encontrado relación de la evolución clínica con la dieta.

*UNILATERAL LATEROTHORACIC EXANTHEMA OF CHILDHOOD.
AN INFREQUENTLY DIAGNOSED DISEASE ENTITY*

The unilateral laterothoracic exanthema, also known as asymmetric peri flexural exanthema of childhood, is an erythematous papular eruption, slightly or non pruriginous, of unknown etiology, even when most of the evidence support a probable viral origin. Clinically, it initiates on one side of the thorax, generally near the axilla, progressing centrifugally on the ipsilateral side of body and contra lateral side and eventually disappears without sequelae in a period of 4 to 6 weeks. There have been reports of approximately 300 cases in the literature. However, the majority of the authors agree that the lack of diagnosis is result of the lack of knowledge about this entity.

Key words. Unilateral laterothoracic exanthema of childhood; asymmetric peri flexural exanthema of childhood.

Referencias

1. Pueyo ST. Exantemas de etiología no aclarada. En: Dermatología infantil en la clínica pediátrica. México: Artes Gráficas Buschi S.A.; 1999. p. 171-2.
2. Laur WE. Unilateral laterothoracic exanthema in children. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 29: 799.
3. Brunner MJ, Rubin L, Dunlop F. A new papular erythema of childhood. *Arch Dermatol.* 1962; 85: 539-40.
4. Bodemer C, Prost Y. Unilateral laterothoracic exanthema in children: 18 cases. *Pediatr Dermatol.* 1992; 9: 208.
5. Bodemer C, Prost Y. Unilateral laterothoracic exanthema in children: a new disease? *J Am Acad Dermatol.* 1992; 27: 693-6.
6. Taieb A, Megraud F, Legrain V. Asymmetric periflexural exanthema of childhood. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 29: 391-3.
7. Pride HB. Pediatric dermatoses commonly seen, uncommonly recognized. *Pediatr Ann.* 1998; 27: 129-35.
8. Grimalt R. Exantema periflexural asimétrico de la infancia. *Piel.* 2001; 16: 141-3.
9. Blasco-Melguizo J, Ruiz-Villaverde R, Fernández-Ángel I. Exantema unilateral laterotorácico en un lactante. *An Esp Pediatr.* 2001; 55: 588-90.
10. Melsky JW. Unilateral laterothoracic exanthema in children. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 29: 799-800.
11. Gutzmer R, Herbst RA, Kichl P, Kapp A, Weiss J. Unilateral laterothoracic exanthema (asymmetrical periflexural exanthema of childhood); report of an adult patient. *J Am Acad Dermatol.* 1997; 37: 484-5.
12. Cohen BA. *Pediatric dermatology.* 3rd ed. Elsevier: Mosby; 2005. p. 169.
13. Chin GY, Win SS. Update of new infectious viral exanthema in children. <http://www.nsc.gov.sg/cgi-bin/wb>.
14. Adams SP, Ting PT. Asymmetric periflexural exanthema of childhood. E med, [series en el Internet] 2005 Nov. [Citado 2005 Nov 8]; aproximadamente 10p. Disponible en: <http://www.emedicine.com/derm/topic942.htm>.
15. McCuaig CC, Russo P. Unilateral laterothoracic exanthema. A clinicopathologic study of forty-eight patients. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 34: 979-84.