



Conceptos Generales

- Son exantemas poco frecuentes.
- Afectan a lactantes, niños, adolescentes y, ocasionalmente, adultos.
- Etiología infecciosa.
- El diagnóstico es eminentemente clínico.
- La biopsia de piel no es siempre necesaria.
- Confirmación etiológica por serología plasmática.
- Tendencia a la resolución espontánea.
- Requiere tratamiento sintomático.

Acrodermatitis Papular de la Infancia

Descrita por Gianotti y Crosti (1956), se trata de una erupción que afecta, principalmente, a lactantes desde los 6 meses de vida hasta niños de 12 años, con elevada incidencia estacional en los meses de primavera y verano.

Preceden al exantema pródromos inespecíficos (síntomas del tracto respiratorio superior, gastrointestinal, fiebre, linfadenopatías axilares e inguinales) para dar inicio a una erupción monomorfa consistente en pápulas de aspecto liquenoide color piel normal o eritematosa, pápulo-vesiculosas o purpúricas.

Se inicia en las extremidades, con progresión a cara y glúteos; en codos y rodillas se agrupan en placas. El tronco, en general, se encuentra respetado. Puede hallarse ocasional edema acral y hepatoesplenomegalia. La presencia de prurito es inconstante.

Se han implicado en la etiología agentes virales, siendo el virus de Epstein Barr el más frecuentemente asociado. También se ha vinculado con infección por citomegalovirus, coxsackievirus, virus respiratorios (adenovirus, virus sincicial respiratorio, parainfluenza), parvovirus B19, rotavirus, virus herpes 6 y virus de la hepatitis B), agentes bacterianos y vacunas (triple bacteriana, rubéola, poliomielitis, hepatitis B y BCG).

El diagnóstico es clínico, sin estudios de laboratorio de rutina. La histopatología de las lesiones cutáneas es inespecífica. Se debe realizar diagnóstico diferencial con el prurigo agudo infantil, la dermatitis papular infantil, los exantemas por enterovirus, la erupción liquenoide por drogas, el liquen plano, las picaduras de insectos, y, de presentar lesiones purpúricas, con la púrpura de Schölein-Henoch.

Resuelve espontáneamente en 3 a 4 semanas dejando leucodermia residual post-inflamatoria. En caso que lo requiera, el tratamiento es sintomático.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	11/06	26/06



Exantema Laterotorácico Unilateral

También conocido como exantema periflexural asimétrico, fue descrito inicialmente por Bodener y Prost en 1992. Afecta a niños entre el primer y quinto año de vida, con ligero predominio en el sexo femenino, pudiendo existir casos familiares.

Tiene una clara incidencia estacional, diagnosticándose la mayoría de los casos, en los meses de primavera. Inicia con pródromos inespecíficos (febrícula y síntomas de la vía aérea superior y del tracto gastrointestinal) para desarrollar un exantema pápulo-vesiculoso rosado con halo pálido, lesiones ecematoides o purpúricas localizadas en la región axilar e inguinal (menos frecuentemente) con patrón escarlatiniforme. Durante la primera semana se extiende centrifugamente hacia el miembro superior, flanco y muslo ipsilateral. Existe la posibilidad de diseminación hacia el lado contralateral y la presencia de adenopatías regionales. No afecta las mucosas. El 50% de los pacientes manifiestan prurito de grado moderado.

La etiología permanece desconocida, pero se ha implicado al virus de Epstein Barr, parvovirus B19, virus herpes, adenovirus, coxsackievirus y *Mycoplasma pneumoniae*.

El diagnóstico es clínico. La realización de biopsia de las lesiones cutáneas, no siempre necesaria, revela infiltrado linfocitario perivascular y perianexial, espongiosis epidérmica y exocitosis de células mononucleares.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con la dermatitis de contacto, la tiña del cuerpo, el síndrome de Gianotti-Crosti, la pitiriasis rosada de Gibert atípica, la escarlatina y la *roseola infantum* o quinta enfermedad. Involuciona espontáneamente en 2 a 3 semanas del inicio del cuadro, siendo el tratamiento sintomático.

Seudoangiomatosis Eruptiva

Descrita inicialmente por Cherry en 1969 y, más tarde, por Prose en 1993, se trata de un exantema caracterizado por pápulas de aspecto vascular, asintomáticas, de 2 a 4 mm., rodeadas de un halo pálido característico vitropresión-positivo.

Puede iniciarse con pródromos inespecíficos (fiebre, cefalea, síntomas de infección de la vía aérea superior y diarrea). Compromete la cara, el tronco y los miembros superiores e inferiores. Las mucosas se encuentran respetadas.

Se han descrito brotes familiares y recidivas. Se han implicado como agentes etiológicos infecciones virales (echovirus, coxsackievirus, citomegalovirus y virus de Epstein Barr), picaduras de mosquitos y vacunaciones previas (triple viral).



El diagnóstico es clínico. La histopatología de las lesiones cutáneas revela dilatación de los vasos dérmicos con células endoteliales prominentes sin proliferación capilar, con discreto infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular.

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con telangiectasias, angiomas bacilar, bartonelosis, erupciones por drogas, vasculitis alérgica, urticaria y picaduras de insectos.

La resolución es espontánea en 8 semanas aproximadamente, pudiendo prolongarse hasta 1 a 3 meses en los adultos. No requiere tratamiento.

Síndrome Pápulo-Purpúrico en Guantes y Medias

Las primeras descripciones clínicas de la entidad fueron realizadas por Harms, Feldman y Saurat en 1990; fuera en 1991 cuando Bagot y Revuz sugieren al parvovirus B19 como agente etiológico. Afecta predominantemente a los adolescentes en los meses de primavera y verano.

El agente causal, tal como fuera descrito previamente, es el parvovirus B19, pero también se han implicado otros virus (sarampión, rubéola, citomegalovirus, hepatitis B, coxsackie B6, virus herpes 6 y 7, virus de Epstein Barr).

Al examen clínico se evidencia enantema versículo-petequial y erosiones en la mucosa oral y lengua, eritema faríngeo, manchas de Koplick y edema labial. El exantema es maculo-pápulo eritemato-edematoso y purpúrico acral con compromiso palmo-plantar, con progresión centrípeta en 24-48 h a muñecas y tobillos. Es posible el compromiso de codos, rodillas y glúteos. Pueden asociarse prurito, fiebre, mioartralgias y linfadenopatías, pero, en general, el estado del paciente es bueno.

El diagnóstico es clínico y se puede confirmar con serología. Otros posibles hallazgos de laboratorio incluyen leucopenia, trombocitopenia y elevación de las enzimas hepáticas.

No se requiere estudio histopatológico de rutina. De realizarse biopsia de piel lesional, informará infiltrado linfocitario perivascular, edema dérmico, degeneración vacuolar de capa basal, necrosis de queratinocitos y extravasación de hematíes. La realización de inmunofluorescencia directa de la piel lesional confirma el depósito de inmunoglobulinas y C3 con patrón granular perivascular. La reacción en cadena de la polimerasa de la biopsia de piel es positiva para ADN de parvovirus B19.

A diferencia de lo que ocurre con la quinta enfermedad, las erupciones purpúricas son infectivas al momento del diagnóstico.



Como diagnósticos diferenciales se plantean la meningococcemia, la enfermedad de Kawasaki y la enfermedad pie-mano-boca.

La enfermedad resuelve espontáneamente en 1 a 2 semanas con descamación. Se brindará tratamiento sintomático de las manifestaciones clínicas asociadas si se requiere.

Bibliografía

1. Larralde M; Abad E; Luna P. En Dermatología pediátrica. Ed Journal. 2° Ed. 2010; 4.5.3: 220-223
2. Torrelo A. En Dermatología en Pediatría General. Ed Aula Médica. 1°Ed. 2007; 5: 82-111.