

Eritema anular de la infancia.

Nahir H. Loyo Z.*, Gisela Zapata, Margarita Oliver.

Instituto de Biomedicina. Hospital Vargas. Universidad Central de Venezuela.
(* Autor de Correspondencia.

Resumen

Los eritemas figurados de la infancia comprenden un grupo de erupciones que se manifiestan como lesiones anulares, eritematosas, transitorias o persistentes de distribución difusa. Se presenta el caso de un paciente de 3 meses de edad, sin síntomas asociados, cuyas lesiones aparecieron en relación con la administración excesiva de medicamentos.

Palabras claves: Eritema anular.

Annular erythema of infancy.

Abstract

The figurate erythemas of infancy include a group of eruptions characterized by transient or persistent annular erythematous lesions, with bizarre distribution. We presented a 3-month-old patient without associated symptoms, whose lesions were related to excessive drugs intake.

Key Words: Annular erithema.

Introducción

El eritema anular representa una reacción de hipersensibilidad que se manifiesta por áreas de lenta migración anular, configurando lesiones eritematosas anulares, policíclicas y arcuatas.

Las lesiones pueden alcanzar tamaños considerables, mayores de 10 cm, en un periodo de varias semanas, pueden ser levemente pruriginosas y tienen predilección por el tronco y la parte proximal de las extremidades. Muchos casos se resuelven espontáneamente en seis semanas, sin embargo, la condición puede persistir por años.

Caso clínico

Se trata de un lactante menor masculino de 3 meses de edad, cuya madre refiere la aparición de lesiones eritematosas en miembros inferiores, que aumentaron en número y tamaño en el transcurso de tres semanas, extendiéndose a todo el cuerpo, por lo cual acudió a la consulta dermatológica.

Al examen físico se observó al paciente en buenas condiciones generales, afebril, no irritable, con lesiones eritematosas de distintos tamaños, algunas agrupadas, formando grandes placas de bordes habonosos arciformes y centro violáceo, con distribución generalizada (Figs.1 y 2).

Figura 1.



Figura 2.



Como antecedentes de importancia, el paciente presentó un episodio anterior, un mes previo a la consulta, de menor intensidad y de resolución espontánea.

Al interrogar sobre los medicamentos recibidos desde su nacimiento, la madre refiere administrar con frecuencia, de forma preventiva y sin prescripción médica: Acetaminofén, dextrometorfano y antiespasmódicos, además de dosis diarias de multivitamínicos y sulfato ferroso.

La erupción cutánea se interpretó como Eritema anular de la infancia versus Lupus neonatal, por lo que se indicaron exámenes paraclínicos que incluyeron: hematología completa, química sanguínea, examen de orina y heces, que resultaron sin alteraciones, al igual que la determinación de anticuerpos antinucleares, anti Ro y anti La, que fue negativa.

El estudio histológico reportó hiperqueratosis en cesta ortoqueratótica con hiperplasia epitelial y un infiltrado perivascular superficial "en manguito" a predominio linfocitario (Fig. 3). En la inmunofluorescencia directa de piel se observó una banda discontinua y abundante de precipitado fluorescente en la unión dermoepidérmica.

Se concluyó el caso con el diagnóstico de eritema anular de la infancia y se indicó la omisión de todos los medicamentos salvo aquellos con prescripción médica, con lo cual se logró la resolución completa de las lesiones en una semana.

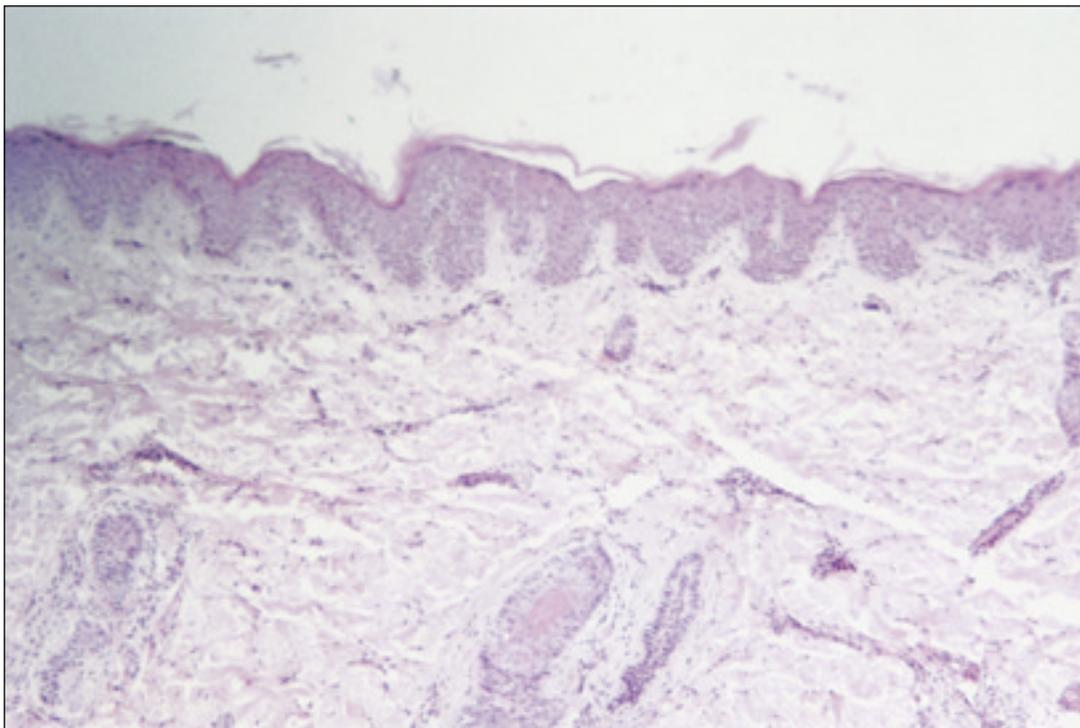
Discusión

Los eritemas figurados de la infancia incluyen una amplia variedad de erupciones caracterizadas por lesiones eritematosas anulares y policíclicas, que pueden ser fijas o migratorias, relacionadas con infecciones, medicamentos, etc.¹. Su clasificación ha sido controversial en la literatura dermatológica, ya que comprende un grupo heterogéneo de manifestaciones clínicas y condiciones relacionadas. En la tabla 1 se enumeran los términos utilizados con más frecuencia en cada variante².

Tabla 1. Eritemas anulares de la infancia.

Eritema anular centrífugo.
Eritema anular familiar.
Eritema giratum atrophicans transiens neonatale.
Eritema crónico migrans.
Eritema giratum perstans.
Lupus eritematoso neonatal.
Eritema anular de la infancia.
Urticaria.

Figura 3.



El eritema anular centrífugo puede presentarse durante el primer año de vida, como placas urticariformes en el tronco de 10 o más cm de diámetro, que pueden tener microvesículas y descamación fina en collarete, asociado generalmente a neoplasias, infecciones, ingestión de medicamentos o alimentos³.

Con herencia autosómica dominante, el eritema anular familiar es una rara enfermedad que aparece en el período neonatal dejando pigmentación residual al desaparecer, aunque puede persistir por años².

El eritema *giratum atrophicans* se presenta en neonatos como parches anulares eritematosos, que se vuelven atróficos en el transcurso de varias semanas⁴.

La urticaria, que se presenta usualmente como placas evanescentes, pruriginosas, migratorias, demuestran histológicamente edema dérmico e infiltrado perivascular linfocítica con eosinófilos entremezclados¹.

El Lupus eritematoso neonatal se presenta en las primeras semanas de vida, generalmente después de una exposición solar intensa, como lesiones anulares, descamativas, persistentes, asociadas a la presencia de anticuerpos Anti Ro y Anti La, con potencial afectación sistémica especialmente a nivel cardíaco².

Las lesiones de eritema crónico *migrans* aparecen semanas a meses después de una picadura por una pulga (*Ixodes dammini*) infectada por una espiroqueta y produce además artritis oligoarticular de grandes articulaciones, así como alteraciones neurológicas, miocárdicas e inmunológicas⁵.

El eritema *giratum* persistans suele aparecer en los primeros años de vida, y aunque se resuelve en el transcurso de 5 días a 3 semanas, continúa apareciendo en brotes durante 3 a 20 años⁶.

Descrito por Peterson y Jarratt en 1981 como una entidad distinta, el eritema anular de la infancia presenta una evolución autolimitada, sin síntomas asociados y no siempre se identifica un desencadenante^{2,4}.

Nuestro paciente carecía de antecedentes familiares contributivos, o de picadura previa, sus lesiones carecían de vesículas o descamación y no dejaron pigmentación residual ni atrofia al resolverse, no presentó recurrencias durante un año de evaluaciones sucesivas. Aunque las lesiones eran evanescentes, no eran pruriginosas y los exámenes inmunológicos fueron negativos. Estas características permiten denominarlo eritema anular de la infancia.

Tanto la forma anular de las lesiones como su diseminación periférica a producido especulación al momento de establecer probables mecanismos patogénicos. Muchas hipótesis han centrado su atención con relación a interacciones entre las células inflamatorias, sus mediadores y la sustancia de cemento como antígenos difusos a través de la piel.

Ya se ha mencionado la dificultad que implica clasificar este tipo de eritemas, sin embargo, es importante conocer las patologías asociadas para realizar un descarte más asertivo, evitando la realización de exámenes excesivos. De igual manera se hace imperativo interrogar, advertir y educar a los padres sobre el uso indiscriminado de medicamentos en pacientes pediátricos, debido a los efectos potencialmente dañinos sobre los infantes.

Referencias

1. Hebert AA, Esterly NB. Annular erythema of infancy. *J Am Acad Dermatol* 1986;14:339-343.
2. Burgdorf WHC. Erythema Annulare Centrifugum and Other Figurate Erythemas. In Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Austen K, Goldsmith L, Katz S, Fitzpatrick T. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Fifth edition. Mc Graw-Hill, New York 1999;98:1.149-1.152.
3. Peterson AO, Jarratt M. Annular erythema of infancy. *Arch Dermatol* 1981;117:145-148.
4. Gianotti F, Ermacora E. Erythema gyratum atrophicans transiens neonatale. *Arch Dermatol* 1975;111:615-616.
5. Tyring SK. Reactive erythemas: Erythema annulare centrifugum and erythema gyratum repens. *Clin Dermatol* 1993;11:135.
6. Toonstra J, De Wit FE. "Persistent" Annular Erythema of Infancy. *Arch Dermatol* 1984;120:1.069-1.072.
7. Helm TN, Bass J, Chang LW, et al. Persistent annular erythema of infancy. *Pediatr Dermatol* 1993;10:46-48.