

## ¿Cuál es su diagnóstico?

SELECCIÓN A CARGO DE JOSÉ L. CUERVO<sup>a</sup>

PABLO G. DEI-CAS<sup>a</sup>, DANIELA P. CARRIZO<sup>b</sup>, NOELIA M. DOMÍNGUEZ<sup>b</sup>, MARIELA GIRI<sup>b</sup>,  
VIVIANA A. NOVELLO<sup>b</sup> e IGNACIO DEI-CAS<sup>c</sup>

La respuesta correcta es:

**C) Exantema periflexural asimétrico de la infancia (EPAI).**

También conocido como **exantema laterotorácico unilateral**. Predomina en el sexo femenino, presentando un pico de incidencia estacional (primavera e invierno).

El exantema se presenta mayormente en el grupo etario comprendido entre 1 y 4 años, y en niños con fototipos 1 a 3.

La erupción inicial es un exantema papuloso en áreas flexoras, unilateral, siendo el pliegue axilar la zona más frecuentemente afectada, y en menor proporción compromete muslos, flancos o pliegues inguinales; respetando palmas, plantas y cara.

Ocasionalmente las lesiones pueden ser circinadas, con coloración central gris-azulado.

En los casos de EPAI axilares, hacia el final de la primera semana, la erupción se disemina centrifugamente, a partir de la axila, y muy ocasionalmente puede hacerse bilateral o generalizada. Pasada la primera semana, las lesiones pueden tener aspecto escarlatini-forme, morbiliforme o eczematoso, y entre la tercera y sexta semana se resuelven espontáneamente, sin dejar secuelas.

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.

La causa de este exantema permanece todavía desconocida.

Se ha sugerido la etiología viral dada la presentación en niños pequeños, el brote estacional, el reporte de compromiso familiar y ocasionalmente linfadenopatía y fiebre, habiendo estado en algunos casos precedido por infección de vías respiratorias superiores, otitis media y diarrea. Los virus más frecuentemente involucrados son: adenovirus, parainfluenza y parvovirus B19.

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

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.

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.

Al considerar el diagnóstico diferencial con pitiriasis rosada, se debe tener en cuenta que dicha patología 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.

a. Jefe de Unidad 12, Departamento de Cirugía.  
Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.  
Buenos Aires, Argentina.

joseluis.cuervo@gmail.com

a. Médico Pediatra de Planta.

b. Médico Residente de Pediatría.

c. Médico Especialista en Dermatología.

Jefe de Servicio: Beatriz M. Rebec.

Jefe de Sala: Susana Y. Amigó.

Servicio de Pediatría, Hospital Interzonal General.  
de Agudos Presidente Perón de Avellaneda.

**Bibliografía**

1. Giachetti A; Castro C; Greco MF; et al. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. Arch Argent Pediatr. 2014;112(3):293-294.
2. Mejía S A; Ramírez VS; Valencia A: et al. Exantema laterotorácico unilateral de la infancia, una enfermedad poco diagnosticada. Bol Méd Hosp Inf Méx Vol. 64 N°1. México ene/feb 2007.
3. Weinberg S; Prose N ;Kristal L. Atlas de Dermatología Pediátrica. 4ª Edición. Madrid. Editorial Marban, 2012; Cap.5;55.
4. Díaz Cirujano AI. Diagnóstico diferencial de los exantemas. Introducción. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid Exibns Ediciones 2006;322.
5. Valdivieso C; Silvente D; Velásquez E; et al. Exantema periflexural asimétrico. Acta Pediatr Esp. 2011;69(3):128-9.
6. Guimera M, Neda F, Fagundo E, et al. Asymmetric periflexural exanthem of childhood: report of two cases with parvovirus B19. J Eur Acad Dermatol Venereol 2006 Apr; 20(4):461-2.
7. Ting, PT; Adams SP. Asymmetric Periflexural Exanthem of Childhood Follow-up. Medscape 2014. Disponible en: <http://www.http://emedicine.medscape.com/article/1118863>.