

Eritema Anular Eosinofílico de la infancia: reporte de un caso

ANA MARÍA SÁENZ¹, MARÍA GABRIELA GONZÁLEZ VIANELLO²

Resumen:

Los eritemas anulares en la infancia son un reto diagnóstico. Pueden estar asociados a diversas patologías ya que se consideran reacciones cutáneas por hipersensibilidad. El eritema anular eosinofílico es una variante caracterizada por infiltración de la dermis por eosinófilos, más frecuente en adultos. Presentamos el caso de una preescolar de 3 años de edad con evolución satisfactoria.

Palabras clave: Eritema anular eosinofílico, infancia.

Eosinophilic annular erythema in infancy: a case report

Summary

Annular erythemas of infancy are a diagnostic challenge. They could be associated with several pathologies since they are considered skin reactions due to hypersensitivity. Eosinophilic annular erythema is considered a variant characterized by dermal infiltration with eosinophils, more frequent in adults. We present the case of a 3-year-old preschool with satisfactory evolution.

Key words: Eosinophilic annular erythema, infancy.

1. Profesor Asociado, Escuela de Medicina "Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas, Servicio de Dermatología.
2. Médico Cirujano egresado de la Universidad Central de Venezuela. 1er año de Residencia Asistencial en Pediatría, Hospital Dr. Rafael Medina Jiménez.

Autor para correspondencia:
María Gabriela González V.
e-mail: gaby261294@gmail.com

Introducción

Los eritemas anulares comprenden un grupo de dermatosis que pueden presentarse tanto en niños como en adultos. Entre estos se describen el circinado, gyratum, figurado, anular, arciforme, policíclico y reticulado. Se extienden periféricamente en la piel adoptando las configuraciones descritas. Están asociados a reacción de hipersensibilidad a drogas, neoplasias, infecciones, picaduras de artrópodos y otras. El eritema anular es infrecuente en los niños¹⁻⁴. En Venezuela, en la actualidad, no existen casos publicados en la literatura. Presentamos el caso de una variante, el Eritema Anular Eosinofílico, en una preescolar con excelente evolución clínica.

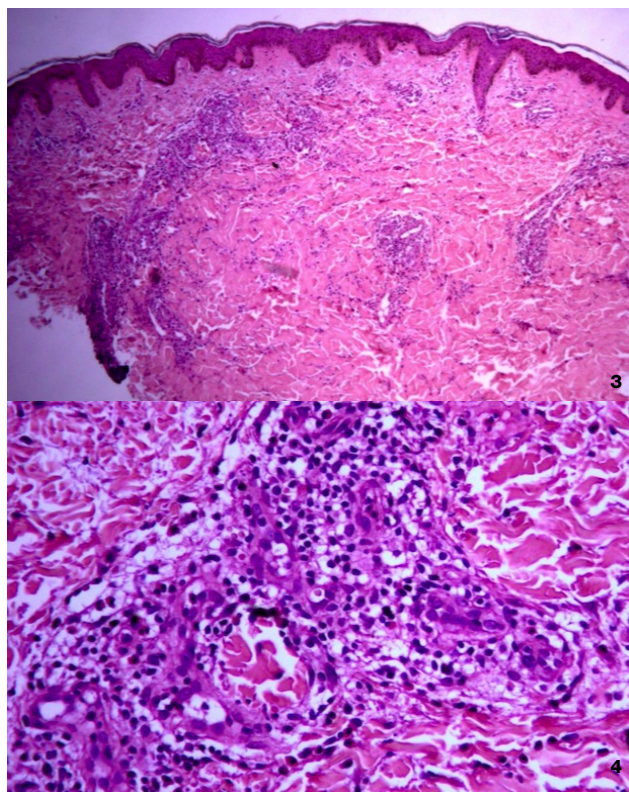
Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente preescolar femenino de 3 años de edad, natural y procedente del estado Guárico, que fue evaluada por presentar pápulas eritematosas, no pruriginosas, que posteriormente progresaron a placas eritematosas anulares, generalizadas, de 6 meses de evolución, motivo por el cual acudió a especialista quien diagnóstica erupción medicamentosa e indicó tratamiento con esteroides sistémicos sin evidenciar mejoría.

En los antecedentes personales refería acidosis tubular renal en tratamiento con citrato de potasio desde los 8 meses de edad y trastornos dispépticos frecuentes. Niega contacto con garrapatas. No existen dermatosis similar en antecedentes familiares. Al examen físico, preescolar en buenas condiciones generales con placas anulares y arciformes, eritematosas, con bordes elevados, localizadas en región torácica, abdominal y genital, aisladas en miembros superiores, inferiores y cara (Figuras 1 y 2) con máculas hiperpigmentadas residuales distribuidas en tórax y abdomen. En los exámenes paraclínicos solo se evidenció VSG ligeramente elevada en 24 mm/h y títulos de ASTO negativos. Uroanálisis, examen de heces y ecosonograma abdominal también sin alteraciones. Evaluación por gastroenterología descartó patología en esa esfera. Se realizó biopsia de piel para estudio histopatológico (Figuras 3 y 4) donde se reportó ortoqueratosis en cesta, epidermis sin modificaciones, infiltrado inflamatorio moderadamente denso, predominantemente perivascular superficial y profundo formado por linfocitos y numerosos eosinófilos. El infiltrado también es intersticial. A mayor aumento se observaron escasas figuras en llama. Hallazgos diagnósticos de eritema anular eosinofílico. Se indicó cetirizina 10 mg diarios con evidente mejoría clínica. A los 2 años de seguimiento no aparecieron más lesiones.



Figuras 1 y 2. Placas anulares y arciformes, eritematosas, con bordes elevados, localizadas en región torácica, abdominal y genital, aisladas en miembros superiores, inferiores y cara.



Figuras 3 y 4. Ortoqueratosis en cesta, epidermis sin modificaciones, infiltrado inflamatorio moderadamente denso, predominantemente perivascular superficial y profundo formado por linfocitos y numerosos eosinófilos

Discusión

El Eritema Anular de la Infancia (EAI) es una enfermedad rara, benigna, de causa desconocida, que aparece en los primeros años de vida, caracterizada por pápulas eritematosas asintomáticas que evolucionan de forma centrífuga a placas anulares y arciformes, con bordes urticariformes^{1,2}.

Existe escasa literatura descrita sobre el EAI. El primer caso reportado fue por Peterson *et al*, en 1981, quienes al observar las características de la enfermedad, los hallazgos histopatológicos y al no corresponder con otros eritemas anulares descritos, proponen el término de Eritema Anular de la Infancia³.

Las lesiones suelen ser de diámetro variable, que pueden confluir dando una configuración policíclica¹. Aparecen predominantemente en tronco, extremidades y cara, con una duración de varios días, pero reaparecen hasta la resolución total al año aproximadamente². Histopatológicamente se caracteriza por un infiltrado perivascular e intersticial linfocitario, con abundantes eosinófilos, sin cambios en la epidermis^{1,2}. La enfermedad resuelve espontáneamente sin tratamiento y sin dejar lesiones residuales^{1,2}.

El Eritema Anular Eosinofílico (EAE) fue descrito por primera vez por Kahofer *et al* en el año 2000, al encontrar las mismas características clínicas y hallazgos histopatológicos que el EAI, en un adulto⁴. De esta manera el EAE se considera una variante del EAI, donde no se encuentra asociación con eosinofilia periférica, infección parasitaria, alergia, enfermedades autoinmunes o neoplásicas², resolviéndose espontáneamente en meses o años⁵.

Las características típicas de las lesiones, el hallazgo histopatológico de infiltrado eosinofílico perivascular y la ausencia de otros signos sistémicos o serológicos, son consistentes para realizar el diagnóstico de EAE^{1,5}.

Entre los diagnósticos diferenciales clínicos de los eritemas anulares de la infancia encontramos desde urticaria, hasta eritemas anulares de etiología conocida como el Eritema Marginado Reumático, Eritema Crónico Migrans y Lupus Neonatal, así como también aquellos eritemas anulares de causa desconocida como el Eritema Anular Centrífugo y el Eritema Neutrofílico Figurado de la infancia^{2,6}. Histopatológicamente, la entidad principal como diagnóstico diferencial, es el Síndrome de Wells⁵.

En relación a nuestro caso, si bien la urticaria es frecuente en niños, tiene una duración menor de 24 horas y las lesiones suelen ser más numerosas y pruriginosas y no dejan hiperpigmentación residual¹.

El **Eritema Marginado Reumático** aparece durante la fiebre reumática, siendo uno de los criterios mayores para su diagnóstico, además del antecedente de infección por *Streptococcus pyogenes* no tratada. El Eritema Crónico Migrans es considerado el eritema anular más frecuente en la edad pediátrica, causado por la bacteria *Borrelia burgdorferi* posterior a una picadura de garrapata, siendo la manifestación cutánea específica de la Enfermedad de Lyme². Ambos antecedentes de dichas patologías estaban ausentes en nuestra paciente. El lupus neonatal queda descartado por estar fuera del rango etario.

El **Eritema Anular Centrífugo** es un eritema anular migratorio, de etiología desconocida, que se considera una hipersensibilidad a varios antígenos, ya sean, por infecciones, medicamentos, cáncer o enfermedades autoinmunes. Las características de las lesiones son similares al EAE, sin embargo histopatológicamente hay ausencia de eosinófilos en el infiltrado perivascular².

El **Eritema Neutrofílico Figurado de la Infancia** es una variante rara del EAI, con pocos casos pediátricos reportados en la literatura, siendo más frecuente en adultos⁷. Es una enfermedad con características clínicas similares al EAI pero histopatológicamente se diferencia por la presencia de neutrófilos perivasculars e intersticiales, y polvo nuclear con algunos linfocitos y ausencia o pocos eosinófilos⁶.

Por último, el **síndrome de Wells** se caracteriza por un infiltrado inflamatorio difuso en la dermis con abundantes eosinófilos, figuras en llamas y clínicamente se describe una celulitis similar a la bacteriana, denominada celulitis eosinofílica⁵. El eritema figurado deja hiperpigmentación y atrofia residual⁵, no presente en nuestro paciente.

La literatura en relación al tratamiento en niños es escasa, ya que al ser una enfermedad que cede espontáneamente, ha sido tratada con tratamiento sintomático. En un caso reportado por Abarzúa *et al*, en el año 2016, en un preescolar de 3 años de edad con EAE, se inició tratamiento con hidroxiclороquina, observando una respuesta clínica satisfactoria⁸.

A pesar de no existir tratamiento establecido para esta entidad, se ha reportado que la Cloroquina y la Hidroxiclороquina son efectivas, probablemente por su capacidad para inhibir la quimiotaxis de eosinófilos⁹, considerándose el tratamiento de primera línea, con una resolución en las primeras 4 semanas¹⁰.

También está descrito el uso de corticoesteroides, con una mejor respuesta y menor recurrencia al utilizar corticoesteroides sistémicos, que corticoesteroides tópicos¹¹. Otros estudios sugieren Dapsona y terapia UVB como tratamiento¹².

Conclusión

Los eritemas anulares en la infancia son un reto diagnóstico, que pueden ser asociados a diversas patologías o de etiología desconocida. Por lo tanto, es de gran importancia realizar una adecuada historia clínica y examen físico, analizar los hallazgos paraclínicos e histopatológico, para poder realizar el diagnóstico.

El EAE es una enfermedad muy rara, con pocos casos descritos en la literatura, que debe ser considerada como diagnóstico diferencial en los eritemas anulares en los niños. Las características típicas de las lesiones, el hallazgo de infiltrado eosinofílico perivascular en la biopsia y la ausencia de otros hallazgos sistémicos o serológicos, serán consistentes para realizar el diagnóstico del mismo. Presentamos el primer caso en un paciente pediátrico en Venezuela ●

Referencias

- 1 Patel N, Goldbach H, Hogeling M. An Annular Eruption in a Young Child. *JAMA Dermatol*. 2018;154(10):1213-14.
- 2 Toledo-Alberola F, Betloch-Mas I. Annular Erythema of Infancy. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101(6):473-84.
- 3 Peterson A, Jarratt M. Annular erythema of infancy. *Arch Dermatol*. 1981;117: 145-48.

- 4 Kahofer P, Grabmaier E, Aberer E. Treatment of Eosinophilic Annular Erythema with Chloroquine. *Acta Derm Venereol.* 2000;80(1):70-1.
 - 5 Sempau L, Larralde M, Luna PC *et al.* Eosinophilic annular erythema. *Dermatol Online J.* 2012;18(3):8.
 - 6 Hamidi S, Prose NS, Selim MA. Neutrophilic figurate erythema of infancy: A diagnostic challenge. *J Cutan Pathol.* 2019;46(3):216-20.
 - 7 Gomes TF, Kieselova K, Cunha MF *et al.* Relapsing annular erythema. *Pediatr Dermatol.* 2020; 37(1):209-10.
 - 8 Abarzua A, Giesen L, Silva S *et al.* Eosinophilic annular erythema in childhood - Case Report. *An Bras Dermatol.* 2016;91(4):503-05.
 - 9 Neuberger A, Enk A, Toberer F. Atypical presentation of eosinophilic annular erythema in 5-year-old girl. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(6): 220-21.
 - 10 KaratasTrogal A, Seckin D. Eosinophilic annular erythema: A late but complete response to hydroxychloroquine. *Australas J Dermatol.* 2017;58(3):228-30.
 - 11 Nakazato S, Fujita Y, Shinkuma S *et al.* Eosinophilic Annular Erythema is clinically characterized by central pigmentation reflecting basal melanosis: a clinicopathological study of 10 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(11):1916-23.
 - 12 Wallis L, Gilson RC, Gilson RT. Dapsone for Recalcitrant Eosinophilic Annular Erythema. A Case Report and Literature Review. *DermatolTher (Heidelb).* 2018;8(1):157-63.
-