

A. Gibert Agulló, M.A. Vicente Villa,
M.A. González Enseñat

An Esp Pediatr 1997;46:285-287.

Introducción

Durante años la mayoría de las erupciones pustulosas asépticas generalizadas se han considerado manifestaciones del psoriasis (tipo Von Zumbush). En 1980 Beylot et al. introdujeron el término pustulosis exantemática aguda generalizada (PEAG) para describir erupciones pustulosas asociadas a eritema generalizado y acompañadas de fiebre. El inicio de la enfermedad es agudo después de una infección y/o ingesta de fármacos y la evolución es hacia la curación espontánea en unos 10 días, presentando un único brote^(1,2).

Presentamos dos casos que desarrollan una PEAG tras la administración de amoxicilina.

Caso 1

Niño de 13 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Ingresó por fiebre de 4 días de evolución y erupción cutánea generalizada pruriginosa. Tres días antes presentó una infección de vías respiratorias altas que trató con amoxicilina.

A la exploración física presentaba fiebre y erupción cutánea eritemato-edematosa, generalizada con predominio en zonas de extensión. Muchas áreas se hallaban cubiertas de múltiples pústulas de pocos milímetros no foliculares (Fig. 1). El resto de la exploración física fue normal.

Los resultados de la analítica solicitada son los siguientes: 15.000 leucocitos/mm³ (63N 0C 15L 10M 12E 0B), serie roja y plaquetas normales. PCR: 114 mg/mm³, función renal, función hepática, proteínas y calcemia normales. Serología Epstein-Barr, TORCH y VHB negativas.

La determinación de adenovirus y rotavirus en heces fue negativa. El cultivo bacteriológico y micótico de las lesiones cutáneas fueron también negativos.

El estudio histológico mostró una epidermis hiperplásica con infiltración difusa por polimorfonucleares y formación de vesículas subcórneas llenas de neutrófilos. También se podían observar focos de espongirosis y algunos queratinocitos necróticos

Pustulosis exantemática aguda generalizada. Presentación de dos casos



Figura 1. Lesiones pustulosas de pocos milímetros en codo.

aislados. En la dermis papilar existía un intenso edema e infiltrados perivasculares polimorfos con eosinófilos.

El paciente recibió tratamiento con eritromicina oral y tratamiento tópico con baños emolientes y fomentos astringentes presentando una correcta evolución clínica, con remisión de la fiebre 3 días después del ingreso, descamación de las lesiones, objetivándose una curación completa a las 2 semanas del inicio de la enfermedad.

Caso 2

Niño de 9 años de edad sin antecedentes patológicos de interés. Entre los antecedentes familiares destaca el padre afecto de psoriasis en placas. Ingresó por febrícula y lesiones cutáneas generalizadas discretamente pruriginosas de 5 días de evolución. Una semana antes el paciente había recibido tratamiento con amoxicilina por una infección de vías respiratorias altas.

A la exploración física presentaba febrícula y erupción máculo-papulosa en placas en abdomen, nalgas, muslos, huecos poplíteos y brazos. Las lesiones tenían tendencia a cubrirse de pequeñas pústulas no foliculares (Fig. 2).

La analítica mostró: 19.400 leucocitos/mm³ (92N 3C 1E 2L 2M), PCR normal. Serie roja y plaquetas normales. Función renal, hepática, proteínas y calcio normales. Las serologías TORCH y Epstein-Barr fueron negativas.

La determinación de adenovirus y rotavirus en heces fue ne-

Sección de Dermatología. Unidad Integrada Hospital Clínic - Hospital Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona

Correspondencia: A. Gibert Agulló

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Pg. de Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona)

Recibido: Abril 1996

Aceptado: Diciembre 1996



Figura 2. Erupción eritemato-edematosa recubierta con pústulas.

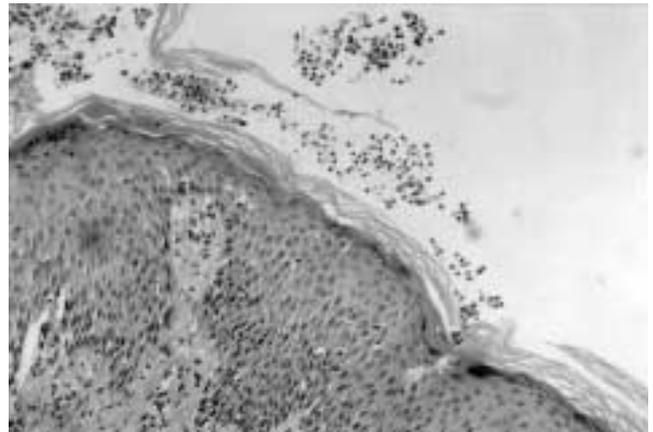


Figura 3. Imagen histológica.

gativa. El cultivo bacteriológico y micótico de las lesiones cutáneas fueron también negativos.

El estudio histopatológico mostró una epidermis con papilomatosis y paraqueratosis focal y presencia de pústulas superficiales de polinucleares con necrosis queratinocitaria focal. En la dermis superficial y media existía un infiltrado inflamatorio crónico de predominio perivascular (Fig. 3).

El paciente recibió tratamiento con eritromicina oral y tratamiento tópico con baños emolientes y fomentos astringentes, con resolución de la fiebre a los 3 días de su ingreso y descamación de las lesiones a los 6 días. A los 20 días del inicio del cuadro el paciente presenta una resolución completa de sus lesiones cutáneas.

Discusión

La PEAG forma parte de las erupciones cutáneas pustulosas amicrobianas. Este término fue propuesto por primera vez por Beylot et al. en 1980. En 1991 Roujeau et al. hacen un análisis de 63 casos recogidos en nueve departamentos franceses de dermatología⁽²⁾.

La enfermedad se caracteriza por el inicio agudo con fiebre alta y aparición casi simultánea de un exantema. Las lesiones cutáneas se inician con frecuencia en cara o áreas intertriginosas y se diseminan a las pocas horas. Aparecen pústulas no foliculares pequeñas, menores de 5 mm de diámetro sobre una base edematosa y eritematosa⁽²⁾. Las pústulas pueden confluir y producir una zona de despegamiento⁽¹⁾. No hay afectación palmar ni plantar⁽³⁾. Se puede acompañar de edema facial, púrpura, vesículas o ampollas, lesiones parecidas al eritema multiforme y puede haber erosiones en la mucosa oral⁽²⁾. Los pacientes pueden referir prurito.

La enfermedad se autolimita rápidamente. La fiebre y las pústulas remiten en menos de 7-10 días, descamándose posteriormente.

En la analítica se encuentra una leucocitosis con aumento de neutrófilos y eosinófilos. El estudio bacteriológico y micológico de las pústulas es negativo.

En el estudio histológico los principales hallazgos son la presencia de pústulas superficiales espongiiformes, edema papilar, infiltrados perivascuales polimorfos con eosinófilos y vasculitis leucocitoclástica con depósitos fibrinoides. La epidermis suele estar indemne o mostrar espongiosis sin hiperplasia psoriasiforme. En el 25% de los casos hay necrosis queratinocitaria focal⁽²⁾.

Esta entidad es de etiología desconocida. Se han descrito casos secundarios a la administración de fármacos, principalmente antibióticos (betalactámicos y macrólidos)^(1,3). El intervalo de tiempo entre la administración del fármaco y el inicio de la erupción es corto⁽²⁾. Se han implicado otros medicamentos: carbamacepina, isoniacida, doxiciclina, hidroxiclороquina, nadoxolol, clobazam^(2,4). También se ha reportado tras la exposición a mercurio y en el curso de virasis: enterovirus, adenovirus, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus de la hepatitis B, virus del Herpes y en casos de *Mycoplasma pneumoniae*^(2,5).

Se discute su relación con el psoriasis ya que algunos pacientes tienen antecedentes personales o familiares de psoriasis. Algún autor ha sugerido que la PEAG constituye un patrón de reacción que se ve favorecido por un "terreno psoriásico"⁽²⁾.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con el psoriasis pustuloso agudo de tipo Von Zumbusch. Las pústulas son clínicamente indistinguibles en ambas enfermedades. La PEAG es un cuadro agudo, autolimitado y leve frente al psoriasis pustuloso que tiene un curso mucho más prolongado y recidivante, con un pronóstico más grave. La ingesta de fármacos en la PEAG nos puede ayudar a diferenciar ambos cuadros así como la mayor frecuencia de antecedentes familiares o personales de psoriasis^(1,3,6). Los hallazgos histopatológicos son útiles en el diagnóstico diferencial. Ambas enfermedades se caracterizan por la presencia de pústulas subcórneas o intraepiteliales espongiiformes. La presencia de un edema en la dermis superficial, vasculitis, exocitosis de eosinófilos y necrosis individual de queratinocitos sugiere el diagnóstico de PEAG mientras que la acantosis papilar es más compatible con un psoriasis pustuloso⁽²⁾.

En la revisión bibliográfica sólo hemos encontrado dos casos pediátricos bajo esta denominación, uno en relación con la amoxicilina⁽¹⁾ y otro tras contacto con mercurio⁽⁷⁾. Nuestros dos pacientes presentaron un cuadro agudo y autoinvolutivo de fiebre y lesiones cutáneas generalizadas con tendencia a la pustulización después de la administración de amoxicilina. Las características clínicas e histológicas son compatibles con la PE-AG. Sugerimos que esta entidad debería añadirse a la lista de reacciones cutáneas adversas a fármacos.

Bibliografía

- 1 Epelbaum S, Benhamou PH, Lok C, Rossi D, Labeille B, Denoeux J, Piussan C: Pustulose exanthématique aiguë généralisée. *Pédiatrie*, 1989;**44**:387-389.
- 2 Roujeau JC, Bioulac-Sage P, Bourseau C, Guillaume JC, Bernard P: Pustulosis exantemática aguda generalizada. Análisis de 63 casos. *Arch Dermatol (Ed.Esp.)*, 1992;**3**:1-7.
- 3 López-Pestaña MA, Paricio J, García Latasa FJ, Charro L, Grasa MP, Carapeto FJ: Pustulosis exantemática aguda generalizada tras la ingesta de roxitromicina. *Actas Dermo-Sif.*, 1993;**84**:444-446.
- 4 Trieb RM, Burg G: Acute Generalized Exanthematous Pustulosis due to Doxycycline. *Dermatology*, 1993;**186**:75-78.
- 5 Rouchouse B, Bonnefoy M, Pallot B, Jacquelin L, Dimoux-Dime G, Claudy AL: Acute Generalized Exanthematous Pustular Dermatitis and Viral Infection. *Dermatologica*, 1986;**173**:180-184.
- 6 Massicot P, Mollard S, Guillet G, Cadier L, Renouil M, Maleville J: Pustulose exanthématique microbienne ou psoriasis pustuleux généralisé de l'enfant. *Ann Pédiat*, 1982;**29**:60-63.
- 7 Bolzinger T, Ducombs G, Labreze C, Taïeb A, Maleville J: Pustulose exanthématique aiguë généralisée chez un enfant et tests épicutanés aux mercuriels. *Ann Dermatol Venerol*, 1993;**120**:223-225.