

Resolución del caso presentado en el número anterior

Erupción primaveral juvenil

Juvenile spring eruption

Dr. Marcial Álvarez-Salafranca^a, Dra. Rebeca Lanuza-Arcos^b, Dra. Sara Barbed-Ferrández^c y Dr. Mariano Ara Martín^a

RESOLUCIÓN

Paciente femenina de 13 años de edad, que consulta durante la primavera por la aparición, 24 horas antes, de lesiones cutáneas en los pabellones auriculares. Los días previos habían sido fríos pero soleados. En la anamnesis, no se detecta la asociación con ningún desencadenante conocido ni tampoco con fármacos o episodios infecciosos. La paciente no presenta ninguna otra sintomatología.

Al momento de la exploración física, se observan pequeñas papulovesículas dispersas con contenido claro, así como discretas costras, sobre una base de eritema y edema en los pabellones auriculares. Las lesiones predominan en el hélix y, en menor medida, el antehélix y el lóbulo auricular. Los pabellones auriculares llaman la atención por ser prominentes y no estar cubiertos por el cabello de la paciente (*Figura 1*).

Teniendo en cuenta la morfología de las lesiones, la distribución en zonas salientes de los pabellones auriculares, así como la escasez

de cabello que las cubre, se llega al diagnóstico de erupción primaveral juvenil (EPJ). Se pauta el tratamiento con mometasona tópica y fotoprotección, con buena evolución.

ERUPCIÓN PRIMAVERAL JUVENIL

La EPJ fue descrita en el año 1954 por Anderson y colaboradores.¹ Desde entonces, las referencias en la literatura son escasas. Esto podría deberse, en parte, al curso benigno y autolimitado por el que se caracteriza y podría ser más frecuente de lo que ha sido reflejado.^{2,3} Se han descrito brotes epidémicos infantiles o en personal militar.^{4,5}

Desde el punto de vista epidemiológico, afecta, principalmente, a niños o varones jóvenes con orejas prominentes y ausencia de cabello que las cubre, generalmente, al inicio de la primavera, durante días fríos y soleados.² De forma más infrecuente, también se han descrito casos en el sexo femenino.⁴

Las lesiones cutáneas aparecen pocas horas tras una exposición solar y se caracterizan por un eritema y edema de fondo, sobre el que aparecen pápulas eritematosas, vesículas y, posteriormente, costras. Su localización principal son los pabellones auriculares, y es rara la afectación en otros niveles.⁵ Estas lesiones se curan de forma espontánea y sin dejar cicatriz, y es posible la aparición de nuevos brotes en primaveras sucesivas, aunque, generalmente, de menor intensidad.⁴

Algunos autores consideran la EPJ como una forma limitada de erupción polimorfa lumínica (EPL).³ Compartiría con esta su carácter estacional, su aparición escasas horas tras la exposición solar y su curso autorresolutivo y, en ocasiones, recidivante.⁴ Sin embargo, los fototest, usualmente positivos en la EPL, han resultado negativos en la mayoría de los casos de EPJ, lo que sugiere que esta dermatosis podría ser causada por una combinación de factores

a. Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

b. Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa".

c. Servicio de Pediatría, Hospital Universitario "Miguel Servet". Zaragoza, España.

Correspondencia:

Dr. Marcial Álvarez-Salafranca: marcialaspm@gmail.com

Financiamiento:

Ninguno.

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 19-2-2018

Aceptado: 2-5-2018

ambientales que incluirían la luz solar, el frío y, probablemente, otros.⁵ Además, se han reportado casos agrupados en la misma familia, lo que sugeriría una posible predisposición genética a la aparición de las lesiones.²

El diagnóstico se basa en la anamnesis y la exploración física; por lo general, son innecesarias otras pruebas complementarias. En los casos en los que se ha realizado una biopsia cutánea, se ha observado un infiltrado mononuclear en la dermis papilar y reticular, de predominio perivascular, con células apoptóticas dispersas a nivel epidérmico y espongiosis, cambios compatibles con una EPL.⁵

El diagnóstico diferencial debería incluir infecciones herpéticas, impétigo contagioso, eritema multiforme o dermatitis de contacto.⁵ El diagnóstico de eritema multiforme fotodistribuido se consideró poco probable por la ausencia de lesiones típicas en diana o “en escarapela”, además de por no haber antecedente de toma de fármacos o infecciones herpéticas. La infección por virus herpes simple es raramente bilateral y, además, suele provocar una sensación de ardor, dolor o quemazón. En cuanto a la dermatitis

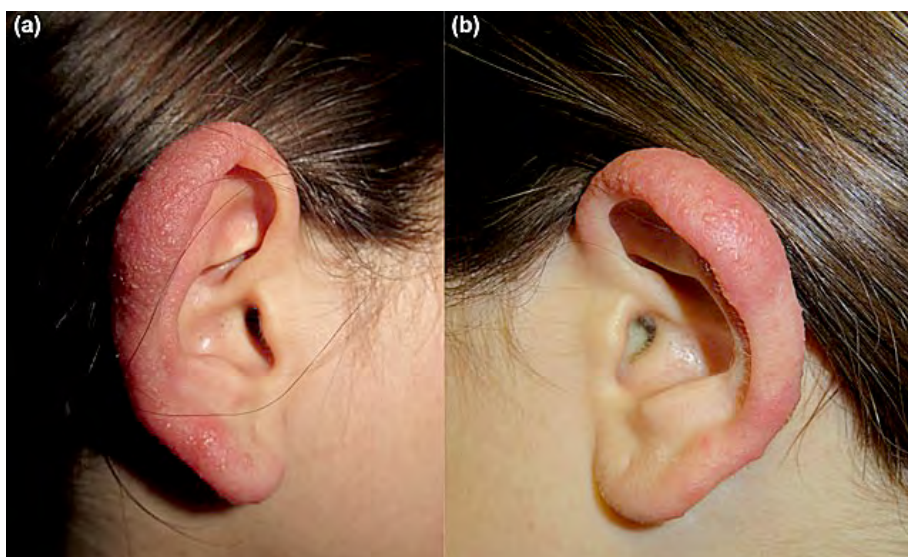
de contacto, suele identificarse un agente desencadenante implicado en su aparición. Por último, el impétigo ampolloso se caracteriza por la formación de ampollas frágiles y superficiales que se destechan rápidamente. Además, la localización bilateral y simétrica en los pabellones auriculares va en contra de este diagnóstico.

El tratamiento no siempre es necesario y, si las lesiones producen molestias locales, puede realizarse un tratamiento sintomático con corticoides tópicos y antihistamínicos. Además, se debe recomendar la fotoprotección para evitar recidivas.⁵ ■

REFERENCIAS

1. Anderson D, Wallace HJ, Howes EI. Juvenile spring eruption. *Lancet* 1954; 266(6815):755-6.
2. Stratigos AJ, Antoniou C, Papadakis P, et al. Juvenile spring eruption: clinicopathologic features and phototesting results in 4 cases. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50(2 Suppl):S57-60.
3. Berth-Jones J, Norris PG, Graham-Brown RA, et al. Juvenile spring eruption of the ears: a probable variant of polymorphic light eruption. *Br J Dermatol* 1991; 124(4):375-8.
4. Dorado Fernández M, López Gómez A, Ruiz Martínez J, et al. Erupción primaveral juvenil. *Piel* 2016; 31(3):226-8.
5. Lava SA, Simonetti GD, Ragazzi M, et al. Juvenile spring eruption: an outbreak report and systematic review of the literature. *Br J Dermatol* 2013; 168(5):1066-72.

FIGURA 1. (a) y (b) Lesiones papulovesiculosas sobre una base de eritema en ambos pabellones auriculares



Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Paciente de 15 años de edad sin antecedentes patológicos, con vacunas completas, sexualmente activa, residente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y sin referencia de viajes en el último año, que consultó por una lesión blanquecina de tipo membranoso que no se desprendía ante la fricción sobre el paladar blando, la úvula y la amígdala derecha. Llevaba 5 días de evolución y había ido aumentando progresivamente de tamaño. Se asociaba a fiebre (2 registros diarios), disfagia y odinofagia intensa. Al momento del examen físico, se observaban, además, adenopatías subángulo mandibulares bilaterales dolorosas, otalgia derecha refleja y lesiones gingivales ulceradas.

Se realizó una interconsulta con Otorrinolaringología; se tomó un hisopado de fauces para el cultivo y reacción en cadena de polimerasa (*polymerase chain reaction*; PCR, por sus siglas en inglés) y laboratorio con serologías.

Véase la figura ilustrativa al final del manuscrito (*Figura 1*).

¿Cuál es su diagnóstico?

- Gingivostomatitis herpética-primoinfección por -herpesvirus simple (HVS) I-II-.
- Angina de Vincent.
- Primoinfección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Difteria.
- Faringitis gonocócica.

FIGURA 1. Lesión blanquecina de tipo membranoso que no se desprende ante la fricción sobre el paladar blando, la úvula y la amígdala derecha, de 5 días de evolución



Para poder votar ingrese a: <http://www.sap.org.ar/archivos>