

DISCUȚII PE MARGINEA UNUI CAZ DE ERITEM POLIMORF MINOR BULOS LA COPIL

Dr. Luminița Lazăr*, **Dr. Janine Lazăr****, **Dr. Roxana Popescu***

**Clinica II Pediatrie, Spitalul Clinic Județean de Urgență*

***Spitalul Clinic CF, Craiova*

REZUMAT

Autorii prezintă cazul unei fetițe în vârstă de 5 ani și 6 luni, cu eritem polimorf minor bulos. Diagnosticul a fost stabilit pe criteriile clinice (leziuni tegumentare eritemato-papuloase, veziculo-buloase, pe fond eritematos, denudări ale epidermei cu zemuire prin ruperea bulelor), la un copil cu stare generală bună. Etiologia – posibil stafilococică, prin evidențierea stafilococului auriu în cultura din lichidul bulelor. S-a discutat diagnosticul diferențial al dermatitelor buloase. Spre deosebire de cazurile ușoare, cu evoluție autolimitată, la care tratamentul este inutil, cazul respectiv, în mod particular, a avut o evoluție prelungită și a necesitat tratament general și local.

Cuvinte cheie: Eritem polimorf minor; copil.

ABSTRACT

Discussions on a case of minor erythema multiforme bullosum at a child

The authors present the case of a little girl aged 5 years and 6 months presenting a minor erythema multiforme bullosum. The diagnosis was established on clinical criteria (erythematous – papulous, vesiculobullous tegument lesions resulting from the exposure of the skin with apparition of liquid when exfoliating the papules) at a child with a good general condition. It was established a possible etiology due to a staphylococcus evidentiating the existence of the staphylococcus aureus in the gathering of papules liquid. It was discussion about the differential diagnosis of the bullous dermatitis. Unlike simple cases with autolimitative evolution, when the treatment is useless, the respective case had a particularly prolonged evolution and required a general and local treatment.

Key words: Minor erythema multiforme; child

I. INTRODUCERE

Eritemul polimorf (multiform) este o afecțiune cutanată care poate să apară la orice vârstă, mai frecvent la adolescenții și adulții tineri de sex masculin (9), cu tendință de a se repeta primăvara și toamna (5, 9). Mecanismul patogenetic nu este precizat. Afecțiunea reprezintă un mod de reacție a pielii și mucoaselor la agenți foarte variați, care acționează printr-un mecanism fiziopatologic comun (9). Se admite că ar fi un proces imunologic de hipersensibilitate mediată celular, declanșată de un antigen viral, bacterian sau medicamentos, la indivizi genetic predispuși (9). În jumătate dintre cazuri etiologia este neprecizată (5). În rest, boala ar fi dată de unele medicamente, agenți infecțioși (bacterii, virusuri, micobacterii, mycoplasme, fungi), tumori, boli de collagen, unele vaccinuri (1, 3, 5, 9). Clinic se manifestă prin leziuni eritematoase, papuloase, veziculo-buloase, la nivelul tegumentelor, distribuite de obicei simetric și însoțite uneori de prurit, la care se pot asocia leziuni erozive ale mucoaselor (2, 9). Formele clinice severe se însoțesc de alterarea stării generale, febră, frison, manifestări neurologice (convulsii, delir), deshidratare. La 5-20%

din cazuri se poate adăuga afectarea viscerală (renală, digestivă, respiratorie) (3, 5).

II. PREZENTAREA CAZULUI

Copilul L.M (F.O. 59320/2007) s-a internat pentru apariția unor elemente buloase pe tegumentele, mai accentuat la nivelul membrelor.

AHC și AP irelevante pentru afecțiunea actuală. Din istoric reiese că boala a debutat în urmă cu aproximativ 4 săptămâni, cu apariția la nivelul feței dorsale a picioarelor a unei erupții eritematoase pe care au apărut bule. A urmat tratament general cu Oспен și local cu Bioxiteracor dar leziunile s-au extins, motiv pentru care s-a internat. Examenul clinic la internare evidențiază un copil de 5 ani și 6 luni, de sex feminin, cu o greutate de 20 kg, afebril, cu stare generală bună. La nivelul tegumentelor, pe fața dorsală a picioarelor, pe gambe și antebrațe s-au observat leziuni veziculo-buloase, unele cu conținut clar, altele cu conținut serohemoragic, pe fond eritematos, cruste hematice și suprafețe denudate, zemuinde, roze, prin ruperea bulelor (Figurile 1 și 2). În regiunea posterioară a toracelui s-a vizualizat o erupție maculo-eritemato-papuloasă,

cu elemente confluențe, așezate în coroană sau izolate, și vezicule. Nu s-au remarcat leziuni la nivelul mocoasei bucale și conjunctivale. În rest examenul obiectiv nu a arătat modificări patologice.



Figura 1
LM. Eritem polimorf minor la nivelul membrelor inferioare



Figura 2
LM. Eritem polimorf minor la nivelul antebrațului

Explorări paraclinice: s-a evidențiat o creștere a eozinofilelor (Hb 12,80 g%, Tr. 220.000/mm³, L 9900/mm³, NN 1%, NS 53%, E 7%, Ly 33%, M 6%), proteine totale scăzute – 5,5 g/l; probele inflamatorii (VSH, CRP, Fibrinogen), ionograma sanguină, TGO, TGP, uree, creatinină, examenul sumar de urină au fost în limite normale; examenul coproparazitologic – negativ; culturi: hemocultura – sterilă, exsudat faringian – negativ pentru SH, SA; examen bacteriologic - conținut din bule – *Staphylococcus aureus* (SA) sensibil la Linezolid, Ciprofloxacina, Oxacilină.

Explorări imagistice: Rx cardio-pulmonară – fără modificări patologice.

Examen de specialitate: examen ORL – normal, examen oftalmologic – normal, examen dermatologic – eritem polimorf în observație, recomandându-se examen histologic, care nu s-a putut efectua din motive tehnice.

Din examenul clinic și paraclinic s-a ajuns la diagnosticul de eritem polimorf bulos, de etiologie microbială (*stafilococică*).

III. DISCUȚII

Aspectul clinic bulos al leziunilor cutanate, impune diagnosticul diferențial cu alte dermatoze buloase:

- *Epidermolizele buloase* se exclud, deoarece sunt un grup de afecțiuni cu caracter ereditar și apariție imediat după naștere, sau se regăsesc în cazuri rare, ca forme câștigate, cu apariție tardivă la adult (2, 9).
 - *Dermatita herpetiformă* este o dermatită buloasă care, asemănător cu cazul prezentat, evoluează cu stare generală bună, se însoțește de eozinofilie sanguină în 5-30% dintre cazuri (6). Spre deosebire de eritemul polimorf prezintă fenomene subiective intense, sub formă de prurit, la locul de apariție al bulelor, evoluție în puseuri succesive (dând erupției caracter polimorf) și recidive care constituie trăsătura caracteristică a bolii. Totuși eritemul polimorf bulos, în special cel generalizat, nu poate fi uneori diferențiat decât prin examen histologic (6). Ca o particularitate a dermatitei herpetiforme este testul Jadassohn, care constă în exacerbarea erupției la medicamente ce conțin iod (aplicate local sau administrate parenteral) (9). În cazul nostru, aplicarea locală repetată de Betadine nu a dus la apariția de noi leziuni cutanate.
 - *Strofulusul* la copii se poate asocia cu o urticarie buloasă, dar predomină leziunile de prurigo, neîntâlnite în cazul nostru.
 - *Pemfigoidul bulos* apare la persoanele vârstnice.
 - *Pemfigusul* este rar întâlnit și apare de obicei la adult. Bulele au tendință la extindere, leziunile mucoase sunt aproape constante și starea generală este alterată.
 - *Urticaria inelară acută*, denumită și *urticarie multiformă*, se confundă adesea cu eritemul polimorf. Este o reacție de hipersensibilitate cutanată, comună, benignă, care apare la copii. Clinic prezintă leziuni urticariene, inelare, policiclice și arcuate, în asocieră cu edem acral (8).
- Din punct de vedere clinic eritemul polimorf include două forme: minoră și majoră. Se exclude

forma majoră care cuprinde afectări grave ce se manifestă cu alterarea stării generale, febră, afectarea unor organe și sunt deseori letale (3). Astfel se exclude sindromul Stevens-Johnson, forma buloasă majoră, care în peste jumătate dintre cazuri este determinat de administrarea unor medicamente (2, 4, 5, 9). Clinic prezintă pe tegumente leziuni buloase la care se asociază eroziuni ale mucoaselor (fiind afectată în special mucoasa bucală), conjunctivită severă și afectarea altor organe. De asemenea, se impune diferențierea de *sindromul Lyell*, care are o etiologie medicamentoasă (întâlnită la adult în 80% dintre cazuri) (9), microbiană (stafilococică și cu *pseudomonas aeruginosa*) sau necunoscută (1, 5, 9). Prezența stafilococului în cultura din bule, alături de existența elementelor tegumentare buloase pe fond eritematos și a decolărilor epidermale au dus la asemănarea cazului nostru cu sindromul *Lyell stafilococic*. Deosebirea constă în faptul că acest sindrom este caracteristic sugarilor și copiilor până la vârsta de 2 ani (62% dintre cazuri) (1) și prezintă simptomatologie foarte gravă (febră, alterarea stării generale, elemente buloase confluențe cu decolări mari ale epidermului de peste 30% din suprafața corporală) (1, 9). O atenție deosebită s-a dat eritemului polimorf forma minoră, cu tipurile eritematopapulos și veziculobulos. Cazul a fost încadrat în forma veziculobuloasă a eritemului polimorf minor, deoarece a prezentat stare generală bună, iar clinic, pe tegumente, au predominat elementele veziculo-buloase pe fond eritematos înconjurate de un inel roșu la care s-au adăugat denudări ale tegumentului cu zemuire prin ruperea bulelor. S-a considerat că boala a fost determinată de infecția stafilococică. Se consideră că examenul histologic, necesar pentru susținerea diagnosticului, în eritemul polimorf minor, nu este patognomonic. El arată prezența unui edem interkeratinocitar minim, cu necroza epidermului și formarea de bule intraepidermice multiloculare sau subepidermice. În derm apare edem și un infiltrat limfohistiocitar perivascular (9). Eozinofilia sanguină, întâlnită în cazul nostru, s-ar explica prin caracterul alergic al leziunilor cutanate, iar hipoproteinemia prin pierderile de proteine de la nivelul bulelor și leziunilor denudate, zemuinde.

Tratamentul este inutil în formele ușoare (10). În formele prelungite sau mai grave, la copil, se recomandă totuși tratament general și local (2, 3). Cazul nostru a fost considerat cu evoluție prelungită, cu unele semne de gravitate și s-a instituit tratament:

- etiologic – cu Oxacilină conform antibiogrammei timp de 10 zile;
- patogenic – Dexametazonă timp de 5 zile și Claritine;
- de substituție – plasmă proaspătă congelată izo-grup-izoRh, pentru înlocuirea pierderilor de proteine și datorită rolului imunoglobulinelor, conținute în plasmă, de blocare a receptorilor celulari ai apoptozei, împiedicând deepitelizarea;
- roborante – vitamina B1, B6, Ca gluconic;
- local – aplicații de soluții antiseptice (rivanol 1‰) și Fucidine.

Evoluția eritemului polimorf forma minoră, este de obicei benignă și autolimitată, boala vindecându-se în 2-4 săptămâni (3, 4, 7, 10). În cazul prezentat, în urma tratamentului, vindecarea s-a produs după 12 zile de spitalizare (Figura 3). După 3 luni de la externare nu s-au constatat recidive.



Figura 3
LM. Eritem polimorf minor –
aspect evolutiv: ameliorarea leziunilor tegumentare

IV. CONCLUZII

1. Cazul a fost prezentat din cauza frecvenței scăzute a eritemului polimorf la copil, cu mențiunea că forma clinică minoră este mai frecventă decât cea majoră (3).
2. Deși a fost o formă minoră, nu a evoluat ca în cazurile obișnuite cu vindecare spontană, necesitând un tratament complex, general și local.
3. Etiologia stafilococică este mai rară în eritemul polimorf minor, considerându-se că cel mai frecvent afectiunea ar fi inițiată de infecția cu virusul Herpes Simplex, care îi conferă și caracterul recidivant (7).

BIBLIOGRAFIE

1. **Belei O, Crăciun A, Sabău I et al** – Discuții pe marginea unui caz de sindrom Lyell. *Pediatria*, 2006, vol. LV, 3, 324-329.
2. **Bucur Gh** – Mică enciclopedie. Boli dermatovenerice. Ed. Științifică enciclopedică, București, 1987, 158, 385, 398.
3. **Czubkowska I, Barszczak H, Koźniewska D, Wasaznik G** – Erythema multiforme in children versus Stevens-Johnson syndrome. *Wiad Lek*, 2000, 53 (1-2): 43-48.
4. **Huff JK** – Erythema multiforme. *Dermatol Clin*, 1985, 3 (1), 141-152.
5. **Ierima GA, Nechita A, Ștefănescu V et al** – Sindromul Stevens-Johnson. Considerații generale pe marginea a 3 cazuri. *Pediatria*, 2003, vol. LII, 4, 489-492.
6. **Longhin S, Antonescu ȘT, Popescu A** – Dermatoze buloase. În: Longhin S, Antonescu ȘT, Popescu A (ed.): *Dermatologie*, 322-324, Ed. Medicală București, 1971.
7. **Rebelink NM, Brakman M, Maartense E et al** – Erythema multiforme vs. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: an important diagnostic distinction. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2003, 25, 147 (43), 2089-2094.
8. **Shah KN, Honig PJ, Yan AC** – „Urticaria multiforme”: a case series and review of acute annular urticarial hypersensitivity syndromes in children. *Pediatrics*, 2007, 119 (5), 1177-1183.
9. **Țolea I** – Dermatoze buloase autoimune subepidermice. În: Țolea I (ed.): *Dermatologie clinică*, 252-265, Ed. Medicală Universitară, Craiova, 2002.
10. **Yeung AK, Goldman RD** – Use of steroids for erythema multiforme in children. *Can Fam Physician.*, 2005; 51: 1481-1483.