

# ERITEMUL CUTANAT ÎN PRACTICA PEDIATRICĂ

## *Cutaneous erythema in pediatric practice*

Prof. Dr. Valeriu Popescu

*Clinica de Pediatrie, Spitalul Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu“, București*

### REZUMAT

Lucrarea prezintă didactic unul dintre cele mai importante semne/simptome – eritemul cutanat – care se întâlnește în practica pediatrică.

Autorul trece în revistă: definiția, elementele ce caracterizează eritemul izolat sau asociat la o serie de entități clinice; identificarea cauzei eritemului; diverse aspecte clinice: *eritemul în placarde/scarlatinoforme*; *eritemele maculoase*: alergice, din luesul congenital precoce, infecțiile virale, toxoplasmoză, eritemele toxidermice, eritemul din lupusul eritematos sistemic, eritemele maculoase recidivante; *eritemele cu aspectul unor figuri* (inelare, inelare incomplete, în țintă, în hartă geografică).

**Cuvinte cheie:** eritemul cutanat, aspecte clinice, copil

### ABSTRACT

The paper presents one of the most important signs/symptoms – cutaneous erythema – which is often met in pediatric practice.

The author presents: definition; characteristic elements of erythema isolated or associated with a group of clinical entities; identification of erythema's cause; various clinical aspects; scarlatiniform erythema; macular erythemas: allergy, from congenital early syphilis, viral infections, toxoplasmosis, toxidermic erythemas, erythemas from systemic lupus erythematosus, recidivant macular erythemas; erythemas with different shapes (ring-shape, incomplete ring shape, "target lesion" appearance, map shape).

**Key words:** cutaneous erythema, clinical aspects, child

Eritemul este un aspect congestiv („roșiatic“) anormal al tegumentelor, care dispare la vitropresiune, reapărând imediat după ce aceasta a încetat.

## CARACTERIZAREA ERITEMULUI

### Leziunile cutanate

Eritemul este caracterizat prin colorația sa, care variază de la aspectul eritocianic la roșu-stacojiu, trecând prin roșu-arămiu. Suprafața eritemului poate fi foarte discret edematoasă, granită.

Modul de „dispunere“ a eritemului este esențial pentru clasificarea sa; eritemul se clasifică astfel în *eriteme în placarde/scarlatinoforme*), *eriteme maculoase* (rozeoliforme sau morbiliforme) sau

după aspectul/figura realizată – *eriteme figurès* (inelare, geografice, în țintă).

Topografia eritemului orientează diagnosticul: *eritem localizat* sau *regional*, frecvent de cauză externă: *eritem difuz* cu zone de piele de aspect normal; eritem generalizat, ce poate afecta și palmele și plantele (această ultimă varietate este studiată în cadrul eritodermiilor). Se notează și existența unui enantem asociat.

### Semne asociate

Semnele asociate, clinice și biologice, contribuie în mod esențial, la caracterizarea tabloului cutanat, care este omniprezent.

Examenul mamei copilului cu eritem poate aduce elemente esențiale în cadrul unei maladii infecțioase, inflamatorii sau unei toxidermii.

Adresă de corespondență:

Prof. Dr. Valeriu Popescu, Spitalul Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu“, Bulevardul Basarabia Nr. 21, Sector 2, București

## Evoluție

Evoluția eritemului caracterizează tabloul său clinic. Leziunea secundară este descuamația, uneori cu o hipocromie la rasa neagră.

Aspectul evolutiv poate oferi date suplimentare: în majoritatea cazurilor este rapid autolimitat și rezolutiv; uneori, primul puseu neonatal nu este decât debutul unui eritem recidivant cronic, situație în care diagnosticele puse în discuție se restrâng.

## IDENTIFICAREA CAUZEI ERITEMULUI

Sunt necesare trei observații:

1. eritemul poate fi asociat cu o altă leziune elementară, realizându-se în acest caz o leziune primară mixtă, ca cea a eczemei, care este eritemato-microveziculoasă, aceea a psoriazisului care este eritemato-scuamoasă; în perioada neonatală, o leziune debutantă mixtă are un aspect puțin specific, la maximum un aspect eritemato-granitat;
2. pielea la nou-născut are un derm lax, așa că o papulă edematoasă se estompează rapid pentru a lăsa loc unei macule ușor edematoase (urticarie la nou-născut) sau mai mult maculoase decât papuloase; acest fapt este demonstrat prin difuziunea unei papule edematoase obținute prin efectuarea unei intradermoreacții în tegumentele nou-născutului;
3. o leziune secundară este puțin specifică; de asemenea, aspectul unei descuamații secundare nu are valoare etiologică. Discuția se continuă în funcție de topografia și aspectul eritemului (tabelul 1).

## Eritemul în placarde/scarlatiniform

Eritemul este dispus în zone slab delimitate, în sânul cărora nu se observă spații de piele neafectată. Topografia oferă o indicație etiologică.

**Colorația tip arlequin a nou-născutului.** Este vorba de un fenomen pozițional vasomotor care însoțește o stare de imaturitate a reglării vasomotorii, ce durează în primele zile de viață. Nou-născutul așezat pe o parte prezintă o colorație roșie intensă a părții declive a corpului, în timp ce partea superioară este palidă, cu o linie de demarcație netă pe linia mediană sau aproape de aceasta, interesând fața, gâtul, trunchiul (deși această linie poate fi incompletă, neafectând/respectând fața și organele genitale externe). Acest semn se estompează în câteva minute și nu mai este „declanșabil” după primele zile de viață.

**Maladia Leiner-Moussous.** Debutază uneori din prima săptămână de viață prin placarde eritematoase stacojii ce ocupă fundul marilor pliuri proximale (axilare și inghinale). În acest stadiu, scuamele „grase” ale pielii capului, afectarea șanțurilor retro-auriculare și absența candidozei pot orienta diagnosticul. Extensia „medalioanelor” la distanță, apariția unei omfalite, transformarea elementelor care devin eritemato-scuamoase vor adăuga elemente suplimentare de caracterizare.

**Eritemul în placarde și fotosensibilitatea la nou-născut.** Din primele ore de viață, pe părțile descoperite apar zone întinse eritematoase, cu topografie particulară: fața, dosul palmei sunt preferențial afectate. Recidivele sunt declanșate de lumină.

**Tabelul 1.** Etiologia eritemelor

<b>Eriteme în placarde/scarlatiniforme</b> Eriteme de cauză necunoscută – Colorația arlequin a nou-născutului – Maladia Leiner-Moussous (la debut) Eriteme prin fotosensibilizare – Sindromul Rothmund-Thomson – Xeroderma pigmentosum – Porfirie eritropoetică congenitală (maladia Gunther) – Sindromul Bloom Eriteme infecțioase – Eriteme infecțioase la periferia focarului stafilococic sau streptococic	<b>Eriteme maculoase</b> Eriteme de cauză necunoscută – Eritem alergic (sau „toxic”) al nou-născutului Eriteme infecțioase – Sifilisul congenital precoce – Infecțiile virale: CMV, rubeolă congenitală evolutivă, rujeolă – Toxoplasmoza congenitală Alte cauze – Eritemele toxicodermice – Lupusul eritematos – Eritemele maculoase recidivante
<b>Eriteme cu aspectul unor figuri (inelare, inelare incomplete, în țintă (en cible), în hartă geografică</b> – Urticarie – Lupusul eritematos – Deficit al C <sub>3</sub> – Eritrokeratodermie circinată variabilă Mendes de Costa – Eritemul <i>gyratum perstans</i> (tipul Colcott Fox)	

**Sindromul Rothmund-Thomson.** Eritemul este regăsit pe obraji, dar și pe fața externă a brațelor și gambelor. Eritemul persistă, și, în timp, poate fi notată fotoaggravarea sa; secundar acest eritem va deveni reticulat/în formă de rețea, apoi va apărea o poikilodermie. În varianta Thomson există dismorfii osoase ce afectează în particular radiusul, iar aspectul feței este „îngust“ cu un nas subțire și convex/aspect „în cap de pasăre“. În sindromul Rothmund, hipotricoză poate fi deja accentuată. În cele două cazuri, transmitiunea este autozomal recesivă.

**Xeroderma pigmentosum.** Fotosensibilitatea există de la naștere; ea se traduce prin eritem al zonelor descoperite și mai ales prin fotofobie, care poate fi foarte repede observată.

Transmitiunea se face după modelul autozomal recesiv; anomalia biochimică rezidă într-o tulburare de „reparare“ la nivelul ADN al dimerilor *thymidinei*, fonic induse. În aceste cazuri trebuie luate măsuri fotoprotectoare din primele luni de viață pentru a evita survenirea în perioada miciei copilăriei a neoplaziilor cutanate și a tulburărilor trofice corneene.

**Accidentele de fotosensibilizare.** Sunt determinate de o tulburare a metabolismului triptofanului și se manifestă mai tardiv; la vârsta de sugar scutecele de culoare albăstruie pot da o indicație pentru diagnosticul *maladie Hartnup*.

**Porfirie eritropoetică congenitală Gunther.** Prezintă manifestări din primele zile de viață; urinile sunt roșii și pot pune în discuție eronat un sindrom hemoragic. Expunerea la lumină se asociază cu eritem al regiunilor descoperite, ce devin foarte repede „buloase“.

Diagnosticul poate fi invocat prin fluorescența urinelor și mai ales a hematiilor, prin creșterea concentrației eritrocitare a porfirinelor (copro- și uroporfirine eritrocitare) și este confirmat prin scăderea activității uroporfirin sintetazei.

Evoluția va fi complicată prin tulburări trofice importante legate de accidentele de fotosensibilitate și prin posibilitatea de anemie hemolitică. Betacarotenul ameliorează fotosensibilitatea fără a o suprima total.

**Eritemul teleangiectazic Bloom.** Reprezintă un eritem jugal bilateral asociat cu un nanism intrauterin și o dismorfie. Expunerea solară în cursul primei vârste agravează eritemul.

**Eritemele infecțioase dispuse în placarde.** La periferia unui focar stafilococic, un placard scarlatiniform poate evoca la un nou-născut *sindromul Ritter-Lyell* dacă stafilococul excretă o toxină exfoliantă (stafilococul tip II, lysotop). La periferia

unui focar streptococic, apariția unui eritem anunță o celulită streptococică; streptococul beta-hemolitic din grupa A, excretând toxina eritrogenă, poate declanșa la nou-născut o veritabilă scarlatină streptococică dacă mama nu are anticorpi contra acestei toxine.

### Eriteme maculoase

Eritemele maculoase, după diametrul și colorația maculelor, pot fi calificate în: *morbiliforme* sau *rozeoliforme*. Această distincție este dificilă la nou-născut.

#### *Eritemul alergic (sau „toxic“) al nou-născutului.*

Eritemul alergic sau toxic al nou-născutului are o frecvență divers apreciată (4-72%), dar care pare mare; etiologia sa este necunoscută. Dermatoza apare cel mai frecvent între a 24-a și a 48-a oră de viață, în general în primele 4 zile, uneori până în a 14-a zi.

– Leziunile, în număr foarte variabil (de la câteva la numeroase), au sediul în orice parte a corpului, cu excepția palmelor și plantelor pentru unii; ele interesează în special toracele, regiunea lombară, coapsele. Fiecare element este o maculă eritematoasă, neregulată, de câțiva milimetri la 3 cm ca diametru, centrată printr-o papulă albicioasă cu alură urticariană (forma eritemato-papuloasă) sau mai rar prin o pustulă albicioasă.

– Elementul regresează în câteva ore, dar se pot observa mai multe puseuri succesive, până la o durată totală de câteva ore până la câteva zile (3-6 în medie).

Diagnosticul pozitiv se bazează pe: aspectul clinic, eozinofilie sanguină netă și constantă, prelevarea de lichid dintr-o pustulă ce demonstrează o eozinofilie importantă și absența de germeni, chiar pe biopsia unui element, ce obiectivează o infiltrație eozinofilică.

### Eriteme infecțioase

**Sifilisul congenital precoce.** Se poate distinge o erupție maculo-papuloasă constituită din elemente de 1-2 cm diametru, de colorație arămie, ce se poate înconjura de *un gulerăș* de descuamare. Această erupție se poate asocia pemfigusului pulmo-plantar sau îl urmează. La nivelul feței, eritemul poate să se asocieze cu scuame seboreice ce pot aduce în discuție pe nedrept o dermită seboreică ce însoțește o *maladie Leiner-Moussous*. Semnele asociate sunt acelea ale fetopatiei sifilitice.

**Infecțiile virale** declanșează *fetopatii exantematice*.

– *Infecția cu citomegalovirus* asociază o erupție eritematoasă maculo-papuloasă, cu o purpură și

icter. Diagnosticul se va efectua pe: serologie și prezența de celule cu incluzii în urină.

– *Rubeola congenitală evolutivă* comportă o erupție maculo-papuloasă difuză, eritematoasă sau purpurică. Noduli cutanați albăstrii de eritropoeză dermică pot să se asocieze în formele grave. Diagnosticul se bazează pe serologia pozitivă și pe prezența virusului în urină.

– În mod excepțional, se semnalează la nou-născuții mamelor afectate de rubeolă o erupție morbiliformă.

*Toxoplasmoza congenitală.* Prezintă semne neurologice, corioretinită, microcefalie cu calcificări, hepatosplenomegalie și semne hematologice. Eritemul maculo-papulos realizat poate afecta palmele și plantele; este rar, el persistă 8-15 zile.

### Alte cauze

**Eriteme toxicodermice.** La adult și copil eritemul morbiliform toxicodermic se observă în medie la 8 zile după ingestia/administrarea medicamentoasă. La nou-născutul unei *mame sensibilizate*, erupția poate fi mai precoce; eritemul se instalează din primele zile, este maculo-papulos, situație care face dificilă diferențierea dintre eritemul morbiliform și urticarie.

În literatură sunt citate, în perioada neonatală, o asemenea erupție după ampicilină și ca prim semn de intoleranță la proteinele laptelui de vacă; Wallach (1984) a observat un caz similar la 48 de ore după terapia asociată cu oxacilină și gentamicină.

**Lupusul eritematos (LE).** Semnele cutanate ale lupusului eritematos neonatal pot avea aspectul maculelor primitiv eritematoase, violete, ce apar în primele 24 de ore de viață și în majoritatea cazurilor în primele săptămâni. Colorația violetă, topografia „în ochelari”, predominanța non-exclusivă pe față, persistența și apariția secundară a unei atrofii cu scuame, uneori punctate, sunt tot atâtea elemente de orientare.

În perioada neonatală, o asemenea erupție impune cercetarea unei afectări a fascicului His.

Prezența unui LE matern, punerea în evidență de anticorpi anti-SSA și SSB, histologia cu imunofluorescență directă, permit legarea/atașarea acestui eritem maculos subacut la LE neonatal.

**Eriteme maculoase recidivante.** Prieur și Grisceli (1981) au raportat o nouă entitate ce asociază într-un context inflamator cronic poliartrită, meningită cronică, hepatosplenomegalia și o erupție maculo-papuloasă urticariană și recidivantă cu debut în perioada neonatală. Aspectul cutanat al maladiei Still exantematice ar fi identic, dar debutul este mai tardiv (Prieur și Griscelli, 1981).

**Eriteme cu aspectul unor figuri.** Eritemul reproduce pe tegumente o figură inelară, de hartă geografică, în „țintă”, de inel complet. Multe dintre aceste „figuri” pot fi asociate.

– *Urticaria.* Poate lua aspect inelar (eritemul marginat Marsfan).

– *LES al nou-născutului.* Poate avea un aspect inelar (Avenel și colab., 1983). Un aspect identic a fost observat la nou-născuți din mame cu o boală auto-imună diferită de LE (Hammar et al, 1977).

– *Deficitul în C<sub>3</sub>,* poate să se asocieze cu un eritem inelar.

– *Eritrokeratoderma circinată variabilă Mendes de Costa.* Este inaugurată în perioada neonatală prin eriteme geografice recidivante, placarde keratozice cu apariție tardivă.

– *Eritemul gyratum perstans* (tipul Colcott Fox). Debută din primele zile de viață; eritemul inelar este centrifug, recidivant pe mai mulți ani.

Se poate asocia cu o glosită marginală benignă, de origine necunoscută; au fost publicate observații familiale (Larregue et al, 1977).

– *Eritemul inelar centrifug Darier.* Poate afecta sugarul, dar la nou-născut nu a fost citat. La nou-născut, înțepăturile produse de artropode sunt posibile și ele pot realiza un eritem inelar, ca element unic, autolimitat în timp (tipul *Liptchutz*).

### BIBLIOGRAFIE

1. Avenel M, Mallet E, Bouillie Mc et al – Erythème annulaire centrifuge et lupus érythémateux du nouveau-né. 3<sup>e</sup> Congrès Intern. Derm. Ped Monaco, 26/30 avrill 1983, 216-217.
2. Hammar H, Ronnerfalt L – Annular erythemas in infants associated with auto immune disorders in their mothers. *Dermatologica*, 1977, 154, 115-127.
3. Larregue M, Beuve Mery M, Dupuy JM et al – Erythème annulaire centrifuge type Colcon Fox (erythema gyratum perstans). *Derm. Ann. Ven*, 1977, 104, 217-223.
4. Perelman R, Tison Cl Amiel, Desbois JC – Périnatalogie – Aspects symptomatique ou syndromatique, p. 389-392, *Maloine SA*, Editeur, 1985.
5. Popescu V – Diagnosticul unei erupții cutanate. In: Popoescu V: Algoritm diagnostic și terapeutic, vol. 2, cap. 57, p. 624-635, Ed. Medicală Amaltea, București, 2003.
6. Prieur AM, Griscelli C – Arthropathy with rash, chronic meningitis, eye lesions and mental retardation. *J Pediatr*, 1981; 99, 79-83.
7. Wallach D, Chassevent J, Blancher G – Toxidermic chez un nouveau-né. *Journées Dermatologiques de Paris*, 112-119, 8-10 mars 1984.