

Cas 2020.2

Nen de 5 anys amb lesions vesiculars als pavellons auricularsDèlia Cruz¹, Víctor Flores², Cristina Lumbreras³, Sandra Ortigosa^{1, 4}

¹ Servei de Pediatria. Hospital del Mar. Barcelona. ² Servei de Dermatologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³ Servei d'Urgències. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴ Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i Medicina Preventiva i Salut Pública. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra (Barcelona)

Nen de 5 anys, sense antecedents patològics d'interès, que consulta al mes de febrer per presentar lesions cutànies pruriginoses a ambdós pavellons auriculars de dos dies d'evolució sense cap altra simptomatologia acompanyant. El dia abans, havia estat jugant en un parc sense mesures de fotoprotecció. No presenta història de fotosensibilitat, ús de productes tòpics a la zona afectada ni presa de cap medicació. També nega l'existència d'algun procés infecciós previ o concomitant i de lesions similars a les actuals.

A l'exploració física, s'aprecien pavellons auriculars força prominents, no recoberts pel cabell del pacient, amb eritema i lleu edema d'ambdós pavellons i presència de petites pàpules i vesícules disperses, així com alguna lesió crostosa (Fig. 1). Les lesions predominen a l'hèlix i, en menor mesura, a l'antihèlix i lòbul auricular.

El quadre clínic i epidemiològic va permetre arribar al diagnòstic sense realització d'exploracions complementàries.

Quin és el seu diagnòstic?



Fig. 1. Lesions papulars, vesiculars i alguna en fase de crosta a pavelló auricular.

Correspondència: Dèlia Cruz Vila
 Servei de Pediatria. Hospital del Mar
 Passeig Marítim, 25-29. 08003 Barcelona
 61729@parcdesalutmar.cat

Treball rebut: 18.07.2019
 Treball acceptat: 27.09.2019

Cruz D, Flores V, Lumbreras C, Ortigosa S.
Nen de 5 anys amb lesions vesiculars als pavellons auriculars.
Pediatr Catalana. 2020;80(2):71-2.

Discussió

Tenint en compte la morfologia i la distribució típica de les lesions, així com l'antecedent d'exposició solar i la presentació oligosimptomàtica, es va arribar al diagnòstic d'erupció primaveral juvenil. Tot i no presentar-se durant la primavera, sinó al mes de febrer, havien estat dies freds i assolellats.

Donat el prurigen, es va iniciar tractament tòpic amb corticoide de potència baixa dos cops al dia durant cinc dies. Va presentar una bona evolució clínica, als tres dies de l'inici del tractament només restava l'eritema i un lleu edema (Fig. 2) i a la setmana, presentava una resolució completa de les lesions.

Diagnòstic final: Erupció primaveral juvenil.



Fig. 2. Eritema i edema restant després de tres dies de tractament amb corticoide tòpic.

Comentari

L'erupció primaveral juvenil és una dermatosi descrita l'any 1954 per Anderson et al¹. Les referències a la literatura són escasses; això podria ser degut al curs benigne, autolimitat i sovint oligosimptomàtic de les lesions, cosa que fa que no sigui un motiu de consulta freqüent, així com per la desconeixença d'aquesta patologia per part dels facultatius². Un estudi realitzat a Nova Zelanda al 1996 va trobar que la prevalença en nens que estudiaven primària al final de la primavera era del 6,7%³.

Des del punt de vista epidemiològic, afecta principalment a nens entre 5 i 15 anys i a adults joves, tot i que també s'han descrit casos aïllats en dones². Es presenta habitualment en nens amb orelles prominents i

absència de cabell que les cobreixi, generalment a l'inici de la primavera, durant dies freds i assolellats.

Les lesions cutànies apareixen poques hores després de l'exposició solar i es caracteritzen per pàpules eritematoses, vesícules i, posteriorment, crostes sobre una base eritematosa i edematosa. Sovint són lesions pruriginoses. La seva localització principal són les zones més prominents i fotoexposades d'ambdós hèlix dels pavellons auriculars i és rara l'afectació a altres nivells, tot i que s'han descrit casos (<5%) amb pàpules al cuir cabellut i al dors de les mans, eritema facial i rash pruriginós a les extremitats⁴.

La patogènia és desconeguda, si bé les característiques epidemiològiques, clíniques i histològiques fa que alguns autors la considerin com una variant localitzada de l'erupció polimorfa lumínica. A més, s'han descrit casos agrupats en la mateixa família, el que suggeriria una possible predisposició genètica⁵.

El diagnòstic es basa en l'anamnesi i l'exploració física, però en cas de dubtes es podria realitzar una biòpsia cutània. En l'estudi histològic es pot observar un infiltrat mononuclear perivascular a la dermis papil·lar i reticular, amb cèl·lules apoptòtiques disperses a nivell epidèrmic i espongiosis. Aquests canvis histològics són compatibles amb una erupció polimòrfica lumínica⁴, tot i que també s'han trobat casos amb canvis suggestius d'eritema multiforme.

En el diagnòstic diferencial caldria incloure altres dermatosis pàpulo-vesiculososes que poden localitzar-se en els pavellons auriculars, com l'eczema de contacte, l'impetigen, l'eritema multiforme o les infeccions herpètiques.

Les lesions curen de forma espontània en una o dues setmanes, sense deixar cicatriu. El tractament amb corticoides tòpics i antihistamínics orals només és necessari si les lesions produeixen molèsties locals. A més, cal recomanar fotoprotecció per evitar recidives.

És possible l'aparició de nous brots en primaveres successives, tot i que generalment són de menor intensitat⁴.

És important conèixer aquesta patologia (no tan infreqüent i de fàcil diagnòstic) així com el seu maneig clínic, per tal d'evitar la derivació a altres especialistes i la realització d'exploracions complementàries innecessàries.

Bibliografia

1. Anderson D, Wallace HJ, Howes EI. Juvenile spring eruption. *Lancet*. 1954; 266(6815):755-6.
2. Zambrano Centeno LB, Gómez González C, Alonso Pacheco ML. Erupción primaveral juvenil. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2013;41(6):278-80.
3. Tan E, Eberhart-Phillips J, Sharples K. Juvenile spring eruption: a prevalence study. *N Z Med J*. 1996; 109(1027):293-5.
4. Lava SA, Simonetti GD, Ragazzi M, Guarino Gubler S, Bianchetti MG. Juvenile spring eruption: an outbreak report and systematic review of the literature. *Br J Dermatol*. 2013; 168(5):1066-72.
5. Dogru S, Gungor A, Cekin E, Cincik H, Alga OH. Juvenile spring eruption: A report of two cases. *Laryngoscope*. 2006; 116(7):1279-80.