

Cas 2023.7

Nen de 5 anys amb dermatosis facial i febre

Neus Busquets i de Jover¹, Lluís Anton Subirana Campos², Adrià Plana Pla³, Aina Valls Llusa², Irina Francia Güil², Mar Forcat i Faura¹

¹ Servei de Pediatria, ² Unitat d'Urgències Pediàtriques i ³ Servei de Dermatologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)

Nen de 5 anys i 9 mesos que consulta a urgències per placa eritematosa facial de 72 hores d'evolució. Com a únic antecedent rellevant refereixen una probable intolerància a l'all no estudiada. El calendari vacunal està actualitzat correctament i no presenta al·lèrgies conegudes. No hi ha antecedents familiars de malalties autoimmunitàries ni reumatològiques.

La clínica es va iniciar en forma de quadre catarral que va evolucionar a astènia, anorèxia i dos vòmits quatre dies abans de la visita al servei d'urgències. En el context d'aquest quadre catarral havia pres un xarop natural a base de mel de milflors, heura, altea i farigola, i la família negava la ingesta d'altres fàrmacs o productes naturals. No referien fotoexposició, traumatismes ni viatges previs a l'inici de la clínica, i únicament destacaven que havia presentat una rascada a nivell nasal dies anteriors.

Vint-i-quatre hores després de l'inici del quadre d'astènia va aparèixer una placa facial eritematosa, dolorosa i pruriginosa que es va iniciar a l'arrel nasal i posteriorment es va estendre a regió nasal i malar bilateral. Trenta-sis hores després de l'aparició de la lesió facial van consultar al centre d'atenció primària, on els van receptar antihistamínics i prednisolona orals. Malgrat prendre correctament aquest tractament, la lesió va progressar fins a ocupar tota la regió malar esquerra, amb millora parcial de la zona malar dreta i nasal, segons referia la família. El pacient persistia amb astènia i anorèxia, i poques hores després de consultar al centre d'atenció primària va iniciar febre màxima de 38,5 °C, motiu pel qual decideixen acudir a urgències.

En l'exploració física a urgències el pacient està decaïgut i febril (38,5 °C) amb la resta de constants correctes. Destaca una placa eritematosa d'aspecte brillant ben delimitada i de vores sobreelevades que afecta de manera parcial la regió malar dreta i de manera extensa l'esquerra, fins a l'angle de la mandíbula, amb afectació del pavelló auricular i la zona retroauricular (Fig. 1). La família aporta fotografies dels dies previs on es mostra l'evolució progressiva. La placa és dolorosa al tacte, lleument indurada i amb augment local de

temperatura. La resta de l'exploració física és estrictament normal i únicament destaca la presència d'una adenopatia occipital menor d'un centímetre, mòbil, no dolorosa ni adherida a plans profunds.

Davant de placa eritematosa progressiva en context de febre es decideix ampliar l'estudi amb una anàlisi sanguínia, que mostra un augment lleu dels reactants de fase aguda (PCR 13,3 mg/L) sense leucocitosi. Es cursa hemocultiu.

Quin és el diagnòstic?



Fig. 1. Plaques cutànies eritematoses a la regió malar de predomini esquerra, amb vores sobreelevades i marges ben definits. S'observa l'afectació del pavelló auricular.

Correspondència: Neus Busquets i de Jover
Servei de Pediatria. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Ctra. de Canyet, s/n. 08916 Badalona
nbusquetsj.germanstrias@gencat.cat

Treball rebut: 27.01.2023
Treball acceptat: 03.05.2023

Busquets-de-Jover N, Lluís Subirana-Campos LA, Plana-Pla A, Valls-Llusa A, Francia-Güil I, Forcat-Faura M.
Nen de 5 anys amb dermatosis facial i febre.
Pediàtr Catalana. 2023;83(4):165-6.

Discussió

Dins del diagnòstic diferencial del pacient amb eritema facial bilateral pruriginós o dolorós cal plantejar-se causes reumatològiques, infeccioses i al·lèrgiques. La presència de febre i l'elevació de reactants de fase aguda orienten a una patologia infecciosa o reumatològica. L'aspecte característic de la placa eritematosa, brillant, indurada amb les vores molt ben definides, sobreelevades i la localització a la regió malar orienten al diagnòstic d'erisipela. No obstant això, la febre mediterrània familiar (FMF) es pot presentar entre el 10 i el 40% dels casos amb lesions cutànies molt semblants a l'erisipela. Malgrat que es tracta d'un pacient d'origen marroquí, zona on la prevalença d'FMF és més alta, la localització de la lesió, l'absència d'antecedents familiars, la normalitat de l'hemograma, l'absència d'episodis febrils recurrents previs i d'altra clínica típica acompanyant, com podria ser el dolor abdominal o toràcic o les artràlgies, converteix aquest diagnòstic en altament improbable.

Davant la febre i el regular estat general es decideix ingress hospitalari amb antibioteràpia endovenosa amb cefazolina. El pacient presenta una evolució excel·lent, i queda afebril poques hores després de l'inici del tractament antibiòtic i amb una millora ràpida de la placa facial. Davant la bona evolució clínica, és donat d'alta 72 hores després de l'ingrés, per completar els 10 dies totals d'antibioteràpia amb cefadroxil oral. Es fa un control clínic al finalitzar el tractament, en què persisteix una lleu descamació a l'àrea malar esquerra.

Diagnòstic final: Erisipela.

Comentari

L'erisipela és una entitat que s'engloba dins de les infeccions de pell i teixits tous. Es defineix com una infecció de la dermis superficial causada característicament per l'estreptococ beta-hemolític del grup A (*Streptococcus pyogenes*), tot i que l'*Streptococcus agalactiae* i l'*Staphylococcus aureus* també s'han descrit com a agents etiològics en alguns casos^{1,2}. La localització més habitual de l'erisipela són les extremitats inferiors, i hi sol haver una disrupció de la barrera cutània que actua com a porta d'entrada (ferida quirúrgica, abrasions, psoriasis o altres malalties dermatològiques, etc.)¹. L'afectació facial en forma d'ales de papallona, com el d'aquest cas, havia estat àmpliament descrita, però en les últimes dècades n'ha disminuït la prevalença. En els casos

d'afectació facial és habitual la presència d'antecedents d'amigdalitis estreptocòccica, encara que el mecanisme de propagació a la pell és desconegut^{1,3}.

La clínica de l'erisipela consisteix en una placa indurada, eritematosa, amb aspecte de pell de taronja, calenta i dolorosa a la palpació. Hi ha tres característiques clíniques importants que són clau per fer el diagnòstic diferencial amb la cel·lulitis: la lesió de l'erisipela és sobreelevada, amb marges ben delimitats i de color vermell brillant. Diferenciar aquestes dues entitats és important, ja que en la cel·lulitis l'afectació cutània és més profunda (dermis profunda i teixit subcutani) i pot requerir un maneig més precoç. En l'erisipela és freqüent la participació dels vasos limfàtics en forma de limfangitis o limfadenitis, i la febre i els calfreds solen precedir l'aparició de la lesió. També és habitual que la lesió evolucioni ràpidament, resolent-se a la zona central i estenent-se per la perifèria^{1,4}.

El diagnòstic de l'erisipela és clínic, amb el suport de proves complementàries si es considera necessari. Dins del diagnòstic diferencial cal incloure infeccions cutànies profundes (cel·lulitis), lesions facials per l'herpes zòster, dermatitis de contacte, urticàries i malalties reumatològiques com la febre mediterrània familiar o el lupus cutani⁴⁻⁵ (Taula I). Amb l'administració de tractament antibiòtic, el pronòstic és excel·lent. El tractament de l'erisipela consisteix en antibioteràpia (penicil·lines o cefalosporines de primera generació) orals o parenterals, segons la gravetat. En cas de sospita d'infecció estafilocòccica o de resistència a la penicil·lina, les cefalosporines es consideren el tractament d'elecció²⁻³.

Bibliografia

1. Stevens DL, Bryant AE. Impetigo, Erysipelas and Cellulitis. A: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, ed. *Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations* [Internet]. Oklahoma City (OK): University of Oklahoma Health Sciences Center; 2016. p. 569-82.
2. American Academy of Pediatrics. Red Book: 2021 Report of the Committee on Infectious Diseases (32a ed.). Itasca: American Academy of Pediatrics; 2021.
3. Galli L, Venturini E, Bassi A, Gattinara GC, Chiappini E, Defilippi C, et al. Common Community-acquired Bacterial Skin and Soft-tissue Infections in Children: an Intersociety Consensus on Impetigo, Abscess, and Cellulitis Treatment. *Clin Ther.* 2019;41(3):532-51.
4. Spelman D, M Baddour L. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. 2022. Accessible a la xarxa [data de consulta: 3-2-2023]. Disponible a: <https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis>.
5. Callen J. Approach to the patient with facial erythema. 2021. Accessible a la xarxa [data de consulta: 7-2-2023]. Disponible a: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-facial-erythema>

TAULA I

Diagnòstic diferencial de l'erisipela

	Localització	Lesió	Clínica
Erisipela	Dermis superficial. Predomini a les extremitats inferiors (unilateral) o cara. Afectació de l'orella (<i>Milian's ear sign</i>).	Placa eritematosa, indurada i dolorosa, amb vores sobreelevades i ben definides. Signes inflamatoris locals.	Pròdroms (cefalea, febre, etc.). Inici agut, hi pot haver febre.
Cel·lulitis	Dermis profunda i teixit subcutani. Qualsevol localització.	Placa eritematosa i dolorosa, amb signes inflamatoris locals i marges difusos.	Síntomes localitzats, sense pròdroms. Inici agut o subagut, hi pot haver febre.
LES	Facial, a la zona malar bilateral (en ales de papallona).	Placa eritematosa, edematosa, amb augment de calor local. Respecta els plecs nasolabials.	Clínica sistèmica acompanyant: artritis, serositis, fotosensibilitat, pèrdua de pes, aftes, etc.
FMF	Sol afectar les extremitats inferiors. Unilateral. Afecta entre el 12% i el 40% de pacients amb FMF.	Lesió semblant a l'erisipela (eritematosa, sobreelevada). Hi pot haver augment de calor local sense dolor.	Episodis recurrents de febre, serositis i eritemes que resolen espontàniament. Història familiar.
Dermatitis de contacte	Afectació limitada al lloc de contacte.	Placa pruriginosa eritematosa, edematosa. Hi pot haver vesícules.	Síntomes locals (pruïja, ardor, dolor en alguns casos).
Urticària	Pot afectar qualsevol àrea del cos.	Faves pruriginoses evanescents, sobreelevades. No doloroses.	Síntomes locals (la pruïja empitjora a la nit).

LES: lupus eritematosós sistèmic. FMF: febre mediterrània familiar.