

## SCABIA NODULARĂ ȘI ERITEMUL POLIMORF

A. OANȚĂ, M. IRIMIE

Brașov

### Rezumat

Eritemul polimorf este o afecțiune rară, întâlnită îndeosebi la copil și adultul tânăr. Clinic eritemul polimorf se caracterizează prin leziuni cutanate cu aspect de macule, papule, bule, leziuni în cocardă și leziuni erozive ale mucoasei bucale și genitale.

Herpesul reprezintă cauza cea mai frecventă a eritemului polimorf, iar apariția ar fi o reacție de hipersensibilitate mediată celular.

Cazul clinic se referă la un copil în vârstă de 9 ani care prezenta noduli roșietici, pruriginoși, localizați la nivelul pliurilor, flancurilor și organelor genitale. Ulterior au apărut macule, papule și leziuni cu aspect de cocardă, localizate pe mâini, antebrațe și față. Diagnosticul stabilit a fost de scabie nodulară și eritem polimorf. S-a efectuat inițial tratament cu Scabex® urmat de aplicații cu dermocorticoizi pentru leziunile de eritem polimorf cu dispariția acestora după două săptămâni de tratament.

**Cuvinte cheie:** eritem polimorf, scabie.

### Summary

Erythema multiforme is a rare disease that appears especially in children and young adults. Clinically erythema multiforme is characterized by cutaneous lesions as macules, papules, bullae, target-sign lesions and erosive lesions of oral and genital mucosa.

Herpes simplex represents the most frequent cause of erythema multiforme and the latter's appearance would be a cell-mediated hypersensitivity reaction.

The clinical case refers to a 9 years-old male patient who presents reddish itchy nodules, located on folds, flanks and genital organs. Subsequently, macules, papules and target-sign lesions appeared on hands, forearms and face. Diagnosis was nodular scabies and erythema multiforme. Initially it was performed treatment with Scabex® followed by local dermocorticoids on the lesions of erythema multiforme with complete disappearance after two weeks of treatment.

**Keywords:** erythema multiforme, scabies.

DermatoVenerol. (Buc.), 52: 209-211

### Introducere

Eritemul polimorf este un sindrom eruptiv acut descris pentru prima dată de Ferdinand von Hebra (1). Acest sindrom pare să fie o reacție imunitară cauzată de diverși agenți virali și bacterieni, dintre care cel mai frecvent este virusul herpes simplex (HSV). Cauzele medicamentoase sunt mult mai rare. Prezentăm cazul unui copil cu eritem polimorf secundar unei scabii nodulare.

### Caz clinic

Copil în vârstă de 9 ani diagnosticat cu scabie nodulară prezintă leziuni cutanate polimorfe localizate pe membrele superioare și față.

Clinic sunt prezenți noduli roșietici, infiltrați, pruriginoși, localizați la nivelul pliurilor axilare, cubitale, inghinale, flancuri, fese, teaca penisului și scrotului. De asemenea sunt prezente leziuni polimorfe de tip macule, papule și cu aspect de cocardă localizate pe mâini, antebrațe, față. Examinările biologice uzuale au fost normale.

\* Universitatea Transilvania Brașov.



Fig. 1. Noduli roșietici, infiltrați pe teaca penisului și scrot



Fig. 2. Leziuni polimorfe de tip macule, papule și cu aspect de cocardă localizate pe antebraț

Pe baza anamnezei și examenului dermatologic s-a stabilit diagnosticul de scabie nodulară și eritem polimorf.

Inițial s-a efectuat tratamentul antiscabios cu Scabex<sup>®</sup>, urmat de aplicații de dermocorticoizi pe leziunile cutanate de eritem polimorf cu dispariția acestora în decurs de două săptămâni.

## Discuții

Eritemul polimorf a fost descris pentru prima dată de Ferdinand von Hebra în anul 1870 (1). Este o boală rară având o incidență de 0,01-1% pe an (2, 3, 4), denumirea reflectând aspectul morfologic larg al leziunilor. Afectează îndeosebi copilul și adultul tânăr.

Clinic eritemul polimorf se caracterizează prin:

- leziuni eruptive sub formă de macule, papule, bule și leziuni tipice „în țintă” cu trei zone concentrice și un centru inconstant bulos;
- leziuni erozive mucoase frecvente care definesc eritemul polimorf major;
- recidive frecvente.

Histopatologia evidențiază prezența de celule mononucleare în jurul vaselor de sânge din dermul superior, tumefierea celulelor endoteliale, iar la nivelul epidermului degenerarea hidropică a celulelor bazale și necroza keratinocitară focală (5, 6).

Vindecarea este spontană în decurs de 3-5 săptămâni cu descumție și hiperpigmentare reziduală.

Eritemul polimorf apare cel mai adesea (50-60%) ca reacție la un herpes recidivant, mai frecvent labial decât genital. Cauze mai rare de eritem polimorf sunt boli infecțioase precum pneumopatii cu *Mycoplasma pneumoniae* și

*Chlamydia pneumoniae*, hepatite B și C, orf, *Yersinia*, rickettsioze, tularemia, histoplasmoza, varicela zona zoster, parvovirus B<sub>19</sub>, citomegalovirus (7, 8, 9).

Fiziopatologia eritemului polimorf nu este cunoscută, fiind studiată pentru cazurile de eritem polimorf secundare infecției HSV în care este suspectată o reacție de hipersensibilitate mediată celular. Este vorba de o reacție imună locală față de proteinele HSV produsă de celulele mononucleare sanguine care au distrus parțial virusul (10). Pentru transpunerea acestei ipoteze la eritemul polimorf cauzat de alți agenți sunt necesare studii complementare.

Observația noastră se referă la apariția eritemului polimorf la un copil cu scabie nodulară, cu prezența concomitentă de macule, papule, leziuni de tip cocardă și de noduli pruriginosi.

Scabia nodulară este caracterizată prin prezența de noduli roșietici, bruni, ușor infiltrați, deseori acoperiți de cruste hemactice, deosebit de pruriginosi. Nodulii pot fi asociați cu alte leziuni de scabie, dar pot constitui și singura manifestare a bolii, fiind localizați de elecție pe fese, flancuri și organele genitale (scrot, teaca penisului). Nodulii scabioși sunt considerați ca o reacție granulomatoasă la resturi de artropode sau ouă, și care pot persista timp de un an de zile.

## Concluzii

Această observație originală permite extinderea etiologiei eritemului polimorf. O eventuală cauză medicamentoasă luată înaintea apariției eritemului polimorf trebuie eliminată.

Intrat în redacție: 8.10.2007

## Bibliografie

1. Hebra, F. von – On Diseases of the Skin including Exanthemata, vol. 1. translated by C.H. Fagge, London, New Sydenham Society pp 285-289, 1866.
2. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG – Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 763-775.
3. Leigh IM, Mowbray JF, Levene GM, Sutherland S – Recurrent and continuous erythema multiforme - a clinical and immunologic study. *Clin Exp Dermatol* 1984; 10: 58-67.
4. Dowd RM, Champion RH – Erythema multiforme. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breatnach SM eds. *Textbook of Dermatology* 6th edition. Blackwell Science Pub. Oxford UK. pp: 2081-2084, 1998.
5. Margolis RJ, Tonnesen MG, Harrist TJ, Bhan AK, Wintroub BV, Mihm MC, Soter NA – Lymphocyte subsets Langerhans cells and indeterminate cells in erythema multiforme. *J Invest Dermatol* 1983; 81: 403-406.
6. Zaim MT, Giorno RC, Golitz LE, Kunke KS, Huff JC – An immunopathologic study of herpes-associated erythema multiforme. *J Cutan Pathol* 1987; 14: 257-262.
7. Saada D, Velasco S, Vabres P, Guillet G – Erytheme polymorphe majeur et infection a *Chlamydia pneumoniae*. *Ann Dermatol Venereol* 2006; 133: 1001-4.
8. Villiger RM, von Vigier RO, Ramelli GP, Hassink RI, Bianchetti MG – Precipitants in 42 cases of erythema multiforme. *Eur J Pediatr* 1999; 158: 929-932.
9. Onishi I, Kishimoto S. – Erythema multiforme after resolution of herpes zoster by acyclovir. *Eur J Dermatol* 2002; 12: 370-2.
10. Tesici A, Roujeau JC – Erytheme polymorphe. *Encycl Med-Chir, Dermatologie*, 98-265-A-10, 7p.