PREZENTĂRI DE CAZ

A fi sau a nu fi alergie – reacții mai puțin obișnuite declanșate de factori obișnuiți

To be or not to be allergy — not so common reactions to common triggers

Oana Savu

First published: 21 septembrie 2018
Editorial Group: MEDICHUB MEDIA
DOI: 10.26416/Aler.2.3.2018.1928

Abstract

Introduction. As common triggers can induce rare, atypical or difficult to define reactions, the allergy physician can sometimes face the challenging task of solving such puzzling cases, in order to reach a correct diagnosis and have a definitive answer regarding the etiology.
Aim. To bring into light some atypical or rare, challenging types of reactions of the allergy practice, in order to discuss and try to define the best approach in this particular situations.
Materials and method. A 42-year-old male presented with a symmetrical macular rash on his gluteal area, including intergluteal cleft and gluteal fold, and on his upper inner thighs, accompanied by variable, mild pruritus, that has been evolving for 2 weeks. Prior to its appearance the patient had used a depilatory cream on the perianal area, followed by the application of a cream containing marigold extract, that he frequently used on his hands, but with no definite connection to the debut of the rash. Around this period, he had also taken a metamizole tablet. We discuss the probability of this type of reaction being a Symmetrical Drug Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE), formerly named Baboon Syndrome.
A 71-year-old-female presented with faint signs of a fading purpuric rash on her lower legs, that reappeared after readministering nitrofurantoin. She has had a similar, milder, reaction during the treatment with both gentamicin and nitrofurantoin, recommended by her urologist, and concomitantly having an influenza vaccine. The initial rash cleared completely 5 days after cessation of medication. We want to bring to the attention this relatively rare reaction, in the form of a possible hypersensitivity vasculitis to a commonly prescribed drug.
As with the next case, of a 75-year-old male, with a history of a troublesome, seasonal, skin rash on his extremities, with a striking appearance, evolving for several weeks mainly during spring and autumn, for two years, for which he has had two skin biopsies, both with histopathological diagnosis of vasculitic urticaria, with the trigger becoming obvious after repeated consultations, as mosquito bites.
A 24 years-old-male presented with a nagging reddish-brown macule on his right chest, of about 1 cm in diameter, that was present for about 2 months, and that he cannot correlate with anything or give any information about the way it looked when it first appeared. None of the topical products applied (corticosteroid creams, antibiotic containing cream, emollients) influenced the appearance of the lesions, but one day it started growing again. After meticulously reevaluating possible exposures, starting with the most recent and working back to de debut of the lesion, we considered the possibility of the reaction being a fixed drug eruption-type, induced by a colouring agent from a energy drink consumed by the patient, and performed a skin biopsy.
Results. In order to reach a correct diagnosis, we used the accessible tools, consisting of history evaluation, in some cases repeatedly, laboratory tests, where available, and skin biopsy, were possible or necessary. For some cases these where insufficient, and we can only appreciate the likeliness of a certain diagnosis and draw future investigation plans.
Conclusions. When challenged with a rare or atypical reaction, the allergist must try to define the diagnosis as accurately as possible and evaluate every possible etiology, in order to help prevent the reinstating of the reaction, or any complication that may derive from it.

Keywords

Baboon Syndrome, Symmetrical Drug Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE), hypersensitivity vasculitis, vasculitic urticaria, fixed drug eruption

Rezumat

Introducere. În cabinetul medicului alergolog pot ajunge pacienți cu reacții rar întâlnite, atipice sau dificil de încadrat, declanșate de factori absolut obișnuiți, dar care nu sunt întotdeauna ușor de identificat. Abordarea acestor cazuri se dovedește de multe ori o sarcină complexă, având ca finalitate stabilirea cu o acuratețe cât mai mare a diagnosticului și a etiologiei.
Scopul lucrării. Punerea în discuție a câteva dintre aceste cazuri rare sau atipice, pentru a încerca stabilirea abordării optime a acestor situații particulare.
Materiale și metodă. Primul caz este al unui pacient de 42 de ani care s-a prezentat la cabinet pentru o erupție simetrică maculo-eritematoasă localizată la nivel fesier, cuprinzând șanțul interfesier și subfesier, precum și porțiunea superioară internă a

coapselor, evoluând de aproximativ două săptămâni, asociind prurit ușor, inconstant. Înainte de apariția acesteia, pacientul a utilizat o cremă depilatoare în regiunea perianală și ulterior a aplicat local cremă cu extract de gălbenele, pe care o utiliza frecvent ca emolient pentru mâini, dar fără să poată stabili o conexiune directă cu momentul apariției erupției. Tot în această perioadă și-a administrat un comprimat de metamizol. Se ia în discuție probabilitatea ca acest tip de reacție să fie încadrat ca Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE), denumit inițial sindrom babuin.

Al doilea caz luat în discuție este al unei paciente de 71 de ani care prezenta în momentul examinării inițiale semne discrete, în remisiune, ale unei erupții purpurice localizate la nivelul gambelor, care a reapărut la readministrarea de nitrofurantoin. Afirmativ, a prezentat o erupție similară, dar mai ușoară, în contextul tratamentului asociat cu gentamicină și nitrofurantoin, recomandat de medicul urolog, și al vaccinării antigripale concomitente. Erupția inițială s-a remis în totalitate după sistarea completă a medicației. Se pune în discuție încadrarea acestei reacții ca o probabilă vasculită de hipersensibilitate la nitrofurantoin, o reacție mai puțin întâlnită la un medicament utilizat relativ frecvent în practica medicală.

Al treilea caz este al unui pacient în vârstă de 75 de ani, care se confrunta de aproximativ doi ani, sezonier, primăvara și toamna, cu o erupție frapantă la nivelul extremităților, cu evoluție de câteva săptămâni, pentru care s-a străduit îndelung să dobândească răspunsuri neechivoce privind diagnosticul și etiologia și, în acest sens, s-au efectuat două biopsii, ambele având ca diagnostic histopatologic urticaria vasculitică. Deși s-au efectuat multiple investigații, factorul declanșator a devenit evident după mai multe episoade, care au presupus reluarea detaliată a anamnezei, și s-a conturat a fi mușcătura de țânțar.

Ultimul caz prezentat este al unui pacient în vârstă de 24 de ani care s-a prezentat la consult pentru o maculă discret eritematoasă cu tentă cafenie, de aproximativ 1 cm diametru, localizată la baza hemitoracelui drept anterior, asimptomatică, a cărei existență o remarcase de aproximativ două luni, fără să poată descrie un factor și/sau contextul declanșator sau de agravare ori aspectul inițial al leziunii. Niciunul dintre produsele topice utilizate (dermatocorticoizi, antibiotic topic) nu a influențat aspectul leziunii, ci dimpotrivă, aceasta a început să-și mărească dimensiunile la un moment dat, devenind mai intens eritematoasă. După reluarea minuțioasă a anamnezei, începând din momentul respectiv și progresând retrograd, s-a conturat probabilitatea ca reacția să fie una de tip eritem fix, având ca trigger posibil un colorant alimentar prezent într-o băutură energizantă, pe care pacientul o consuma intermitent, și s-a efectuat biopsie cutanată.

Rezultate. Pentru a stabili diagnosticul cu o acuratețe cât mai mare, s-a efectuat o anamneză detaliată, de multe ori necesitând a fi reluată, au fost recomandate și ulterior evaluate (dacă acestea au fost disponibile) investigații de laborator. Biopsia cutanată a fost efectuată în cazurile în care acest lucru a fost posibil și necesar. Posibilitatea investigării acestor cazuri problematice este de multe ori limitată, fiind luată în considerare o abordare etapizată.

Concluzii. În fața unei reacții rare sau atipice, alergologul trebuie să încerce să o încadreze cât mai corect prin prisma diagnosticului, și să evalueze cât mai complet posibilele etiologii, în scopul prevenirii dezvoltării unei reacții subsecvente sau a complicațiilor.

Cuvinte cheie

sindrom babuin (/reviste/alergologia?tag=sindrom babuin)

Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE) (/reviste/alergologia?tag=Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE))

vasculită de hipersensibilitate (/reviste/alergologia?tag=vasculită de hipersensibilitate) urticarie vasculitică (/reviste/alergologia?tag=urticarie vasculitică)

eritem fix (/reviste/alergologia?tag=eritem fix)

Introducere

În cabinetul medicului alergolog pot ajunge pacienți cu reacții mai puțin întâlnite, atipice sau dificil de încadrat, declanșate de factori absolut banali, dar care nu sunt întotdeauna ușor de identificat.

Abordarea acestor cazuri se dovedește de multe ori o sarcină complexă, având ca finalitate stabilirea cu o acuratețe cât mai mare a diagnosticului și a etiologiei.

Nu de puține ori, pacienții se prezintă la medicul alergolog cu erupții cutanate a căror apariție nu o pot corela cu nimic sau pe care o leagă de factori ori circumstanțe care nu sunt în realitate implicate, lăsându-i medicului sarcina de a derula, în mod repetat, o anamneză minuțioasă și, ulterior acesteia, să facă investigații extinse, fie în încercarea de a tranșa diagnosticul, fie din nevoia de a infirma suspiciunile proprii ale pacienților.

În plus ,în ciuda informațiilor furnizate de pacienți, reacțiile pot fi dificil de încadrat, luând în calcul și cooperarea insuficientă a acestora în efectuarea de teste de confirmare sau dificultatea de a testa astfel de factori declanșatori.

Scopul lucrării

Punerea în discuție a câteva dintre aceste cazuri rare sau atipice, în încercarea de a stabili abordarea optimă a acestor situații particulare. Deși în unele dintre aceste cazuri prezentate nu sunt disponibile toate elementele prin care tabloul diagnostic și etiopatogenic să fie complet și indubitabil, punerea lor în discuție poate fi un demers util în încercarea de a le contura mai bine.

Materiale și metodă

În acest articol vor fi prezentate patru cazuri care s-au dovedit problematice, prin prisma diagnosticului și/sau a etiologiei, atât în ceea ce privește stabilirea, cât și confirmarea acestora.

Cazul 1

Un pacient în vârstă de 42 de ani s-a prezentat la cabinet pentru o erupție simetrică maculoeritematoasă localizată la nivel fesier, cuprinzând șanțul interfesier și pe cel subfesier, precum și porțiunea superioară internă a coapselor (figura 1), evoluând de aproximativ două săptămâni, asociind prurit ușor, inconstant .Înainte de apariția acesteia, pacientul a utilizat o cremă depilatoare la nivelul regiunii perianale și ulterior a aplicat local cremă cu extract de gălbenele (*Calendula officinalis*), pe care o utiliza

frecvent ca emolient pentru mâini, dar fără sa poată stabili o conexiune directă cu momentul apariției erupției. Tot în această perioadă și-a administrat un comprimat de metamizol.

Figura 1. Cazul 1 – erupția inițială, localizată la nivelul regiunii fesiere și al porțiunii superioare interne a coapselor

(/image/6710/0/figura_1_cazul_1_eruptia_initiala_localizata_la_nivelul_regiunii_fesiere_si_al_portiunii_superio_6710.png)

Investigațiile biologice efectuate (hemoleucogramă, probe de biochimie, examen de urină) au fost în limite normale și, corelate cu absența altor simptome în afara erupției cutanate, au contribuit la excluderea afectării sistemice.

Pacientul a refuzat efectuarea biopsiei cutanate.

Recomandările inițiale au vizat evitarea utilizării oricăror produse cosmetice și/sau medicamente în afara celor indicate: corticosteroizi, sistemic (prednison 30 mg/zi timp de trei zile) și topic (metilprednisolon aceponat cremă pentru 10-12 zile), antihistaminic (desloratadină 5 mg/zi în această perioadă) și emolient hipoalergenic.

Evoluția a fost favorabilă, cu remiterea cvasicompletă a erupției după cele trei zile de corticosteroid sistemic, dar în ziua următoare a utilizat un gel de duș nonhipoalergenic (cu „lapte și miere“), cu reapariția leziunilor. A continuat tratamentul recomandat și a revenit la control după 12 zile, cu diminuarea semnificativă a erupției (figura 2). Au fost făcute recomandări suplimentare, de a continua tratamentul topic și antihistaminicul încă șapte zile și de a utiliza pe termen lung emolientul și, suplimentar, gelul de spălare hipoalergenic, indicate.

Figura 2. Cazul 1 – erupția diminuată semnificativ la 12 zile de la evaluarea inițială

(/image/6711/0/figura_2_cazul_1_eruptia_diminuata_semnificativ_la_12_zile_de_la_evaluarea_initiala_6711.png)

Diagnosticul propus pentru acest pacient este de Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE)/sindrom babuin, apărut în contextul aplicării de produse cosmetice (cremă depilatoare, cremă cu extract de gălbenele), luând în considerare sensibilizarea prin aplicări repetate. Se poate lua în discuție și rolul administrării sistemice de metamizol, dar acesta nu a fost raportat în literatură până în prezent în conexiune cu acest sindrom, astfel că relevanța sa în acest context ar necesita validare prin teste de confirmare.

Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE), denumit inițial sindrom babuin[1], este considerat de către unii autori un tip de dermatită de contact sistemică[2], expunerea sistemică la alergeni făcându-se pe cale transcutanată, transmucoasă, orală, intravenoasă, intramusculară, precum și inhalatorie.

Parcurgând criteriile de diagnostic propuse pentru acest sindrom[2] și încercând să le identificăm la acest pacient, putem menționa:

expunerea la un medicament (agent) sistemic, în administrare unică sau repetată. Este considerată expunere sistemică și expunerea transmucoasă, care la acest pacient s-ar fi putut produce, având în vedere particularitățile anatomice ale zonei pe care pacientul a aplicat produsele cosmetice respective și proximitatea orificiului și a mucoasei anale;

expunerea cutanată, prin aplicarea produselor cosmetice respective;

în ceea ce privește criteriile clinice, pacientul a prezentat o erupție la nivelul regiunii fesiere, perianale și inghinale, care poate fi asimilată unui **eritem în forma literei V**;

erupția a avut o distribuție **simetrică**;

nu a asociat **erupție și în alte zone intertriginoase** – singurul criteriu care nu este îndeplinit în acest caz;

nu s-a evidențiat afectare sistemică.

Trăsăturile histopatologice, în cazul în care pacientul ar fi cooperat în vederea efectuării biopsiei cutanate, nu sunt definitorii pentru acest tip de reacție și pot include infiltrat limfocitar perivascular cu dispoziție superficială, uneori cu neutrofile și eozinofile[1], spongioză epidermică, pustule subcornoase și modificări vacuolare la nivelul stratului bazal[4].

Printre agenții etiologici raportați în legătură cu acest sindrom se numără: agenți sensibilizanți de contact, precum metalele (mercur, nichel, aur), plante și produse derivate (inclusiv membri ai familiilor *Compositae*, din care face parte și *Calendula officinalis*, și *Anacardiaceae*, Balsamul de Peru)[2]; medicația sistemică precum beta-lactaminele[3], aminoglicozidele[2], claritromicina[5], metronidazolul[6], doxiciclina[7], valacicolvirul[8], itraconazolul[9], terbinafina[3], infliximabul[4], everolimusul[10], codeina[1], ranitidina[11], etoricoxibul[12], paracetamolul[13] și substanțele de contrast iodate[3].

Pentru confirmarea diagnosticului, planul de investigare constă în efectuarea de teste de tip patch, utilizând Bateria Standard Europeană, precum și produsele cosmetice utilizate de către pacient. De luat în considerare, ulterior acestora, oportunitatea/relevanța efectuării de TTL (teste de transformare limfoblastică) la produsele cosmetice utilizate, metamizol, precum și a testului de provocare orală la metamizol, singur și, probabil, și asociat expunerii cutanate concomitente la produsele cosmetice respective.

Cazul 2

O pacientă de 71 de ani prezenta în momentul examinării inițiale semne discrete, în remisiune, ale unei erupții purpurice localizate la nivelul gambelor (figura 3). Erupția debutase cu 9 zile anterior, sub forma unor macule și plăci eritematoase, care ulterior au dezvoltat peteșii, asociind prurit și senzație de arsură de intensitate redusă. Afirmativ, a prezentat o erupție similară, dar mai ușoară, cu aproximativ o lună în urmă, după trei zile de tratament cu gentamicină (i.m.) și nitrofurantoin (p.o. 300 mg/zi),

recomandat de medicul urolog pentru o infecție de tract urinar, în contextul unei vaccinări antigripale concomitente. Erupția inițială s-a remis în totalitate la cinci zile după sistarea completă a medicației, cu tratament simptomatic (antihistaminic sistemic, mixtură cu efect antipruriginos). Întrucât nitrofurantoinul nu a fost suspectat ca trigger al reacției, a fost readministrat la indicația medicului, cu reapariția erupției, mai accentuată față de erupția inițială, după trei zile. Pacienta s-a prezentat la consultul alergologic la 9 zile de la debutul celei de-a doua erupții, după cum am menționat, nemaiadministrând nitrofurantoin din momentul reapariției erupției.

Figura 3. Cazul 2 – în momentul prezentării, hiperpigmentări reziduale în urma unei erupții purpurice

(/image/6709/0/figura_3_cazul_2_in_momentul_prezentarii_hiperpigmentari_reziduale_in_urma_unei_eruptii_purpuric_6709.png)

Recomandările făcute pacientei au inclus evitarea administrării de nitrofurantoin și a altor agenți terapeutici din clasa nitrofuranului.

Pacienta a revenit la control după trei săptămâni, erupția fiind complet remisă în acel moment. Din investigațiile efectuate în acest interval de către pacientă reținem: hemoleucograma, VSH, PCR, probele de biochimie, examenul de urină, complementul seric C3, C4, care au fost în limite normale; markeri virali (VHB și VHC), precum și multipli markeri tumorali (AFP, CA 125, CA 19/9, CEA), care au fost negativi. Anticorpii de tip cANCA și pANCA nu au fost disponibili în momentul reevaluării, dar prezentau interes, întrucât există cel puțin o raportare în literatură a unei vasculite induse de nitrofurantoin, asociind anticorpi ANCA pozitivi și afectare renală[14].

Diagnosticul propus pentru acest caz este de vasculită de hipersensibilitate, indusă de nitrofurantoin.

Ca discuție adiacentă acestui caz, întrucât nitrofurantoinul nu a fost suspectat ca agent etiopatogenic, a fost readministrat, efectuându-se astfel, fără intenție, un veritabil test de provocare orală, care a confirmat etiologia.

Vasculitele de hipersensibilitate sunt idiopatice într-un procent de până la 50% dintre cazuri, procentul rezidual fiind divizat între triggeri medicamentoși (beta-lactamine, sulfonamide, AINS, diuretice, tiouracili, hidralazină, minociclină, levamisol, dar practic orice medicament sau aditiv medicamentos poate fi luat în considerare) și infecțioși (infecții de tract respirator superior cu streptococ beta-hemolitic, infecții virale cu VHB, VHC, HIV)[15]. În acest caz, investigațiile extensive care s-au efectuat au fost pentru evidențierea unei eventuale afectări sistemice concomitente și pentru excluderea altor etiologii, testul de confirmare fiind practic efectuat prin readministrarea nitrofurantoinului.

Întrucât în momentul prezentării erupția era în remisiune, nu a fost oportună efectuarea biopsiei, care în cazul vasculitelor de hipersensibilitate evidențiază infiltrat perivascular cu PMN, cu formarea de praf nuclear (leucocitoclazie), extravazarea de hematii și necroză fibrinoidă a pereților vasculari[16].

Planul pentru această pacientă este bazat pe evitarea administrării de nitrofurantoin și a altor agenți terapeutici din clasa nitrofuranului, luând în considerare oportunitatea efectuării unor eventuale teste de provocare pentru medicație alternativă (antibiotice), dacă va fi ulterior recomandat, pentru confirmarea toleranței.

Cazul 3

Un pacient în vârstă de 75 de ani se confrunta de aproximativ doi ani, sezonier, primăvara și toamna, cu o erupție cu un aspect frapant la nivelul extremităților, cu evoluție de câteva săptămâni din momentul apariției, asociind prurit de intensitate redusă timp de câteva zile de la debut. Anxietatea pacientului s-a amplificat progresiv, pe măsură ce constata recurența reacției, pe care o considera alergică, suspectând o alergie alimentară (la pește) și/sau la mușcătura de insecte (posibil, țânțari). Pacientul s-a străduit îndelung să identifice și, ulterior, să dobândească, de la medicii consultați, răspunsuri neechivoce privind diagnosticul și etiologia erupției. În acest sens, s-au efectuat două biopsii cutanate, într-o altă unitate medicală, în martie și în septembrie 2016. Raportul examinării histopatologice din martie 2016 descrie, similar cu cel din septembrie, ortokeratoză minimă/moderată, ușoară atrofie epidermală cu ștergerea reliefului dermului papilar, hiperpigmentare bazală epidermală focală; marcat infiltrat inflamator polimorf (limfocite, frecvente eozinofile), predominant perivascular, cu diapedeză transmurală; tumefiere endotelială și edem perivascular; minime depozite de fibrină intramural vascular, sugerând modificări compatibile cu diagnosticul de urticarie vasculitică.

Examenul clinic a relevat prezența, la nivelul membrelor, de macule și plăci eritematoase, cu multiple peteșii, centrate de papule și papulo-vezicule (figura 4).

Figura 4. Cazul 3 – în momentul prezentării, macule și plăci eritematoase, cu multiple peteșii, centrate de papule și papulo-vezicule.

(/image/6714/0/figura_4_cazul_3_in_momentul_prezentarii_macule_si_placi_eritematoase_cu_multiple_petesii_cent_6714.png)

Pacientul a menționat că a fost mușcat de țânțari înainte de apariția leziunilor.

Recomandările inițiale au inclus utilizarea unui corticosteroid topic (metilprednisolon aceponat cremă 7-10 zile), antihistaminice sistemice și emolient topic.

La reevaluare, după 8 zile, leziunile inițiale erau în remisiune, dar prezenta un număr redus de leziuni noi la nivelul gambelor, apărute tot după mușcătura de țânțar. Pacientul a menționat și consumul de pepene galben, fiind în continuare convins că a dezvoltat o reacție de tip alergie alimentară.

La cea de-a treia vizită, după 7 săptămâni, leziunile cutanate erau complet remise. Investigațiile efectuate de pacient au fost în limite normale/negative (hemoleucograma, VSH, PCR, probele de biochimie, examenul de urină, complementul seric C3, C4, CH 100, markerii virali pentru VHB și VHC, precum și autoanticorpii ANA, cANCA, pANCA și FR). S-au efectuat și IgE specifice pentru țânțar și pepene galben, care au fost negative.

Ca discuție adiacentă acestui caz, având în vedere că fiecare episod a fost precedat de o mușcătură de țânțar și că aspectul histopatologic al unei astfel de leziuni[17] poate avea caracteristici extrem de variabile, care se suprapun considerabil cu cele descrise în rapoartele histopatologice ale pacientului, reacția este cel mai probabil de tipul urticariei papuloase declanșate de o mușcătură de insectă (în acest caz, țânțar), cu un aspect mai particular ,vasculitic, atât clinic, cât și histopatologic, la acest pacient.

În acest caz, investigațiile extensive au fost efectuate pentru a exclude eventuali factori etiologici care ar fi putut sta la baza unei urticarii vasculitice[18], prin prisma nevoii pacientului de a cunoaște cu certitudine cauza reacției, pe care o considera îngrijorătoare, luând în considerare diagnosticul histopatologic și în absența unui test de confirmare etiologic.

Recomandările finale au inclus utilizarea cu consecvență a unui produs repelent pentru insecte, elementul de bază în acest caz fiind diminuarea anxietății pacientului, legată de posibila reapariție a erupției și de o evoluție nefastă a acesteia (improbabilă).

Cazul 4

Un pacient în vârstă de 24 de ani s-a prezentat la consult pentru o maculă discret eritematoasă cu tentă cafenie, de aproximativ un cm diametru, fin scuamoasă, localizată la baza hemitoracelui drept anterior (figura 5), asimptomatică, a cărei existență o remarcase de aproximativ două luni, fără să poată descrie un factor și/sau context declanșator sau de agravare ori aspectul inițial al leziunii.

(/image/6713/0/figura_5_cazul_4_aspectul_leziunii_in_momentul_prezentarii_initiale_macula_discret_eritematoasa_6713.png)

Figura 5. Cazul 4 – aspectul leziunii în momentul prezentării inițiale – maculă discret eritematoasă cu tentă cafenie, de aproximativ 1 cm diametru, fin scuamoasă, localizată la baza hemitoracelui drept anterior

Pacientul a aplicat topic, inițial, antibiotic în combinație cu dermatocorticoid (acid fusidic/hidrocortizon acetat cremă) și ulterior dermatocorticoid (metilprednisolon aceponat cremă) timp de câteva săptămâni, fără a influența aspectul leziunii.

După evaluarea inițială s-a efectuat examen micologic, pentru a exclude etiologia fungică a leziunii, care a fost negativ.

Pacientul a revenit la control după aproximativ 6 săptămâni, întrucât a remarcat că leziunea crescuse în dimensiuni, până la 2,5 cm, dezvoltând eritem și micropapule în porțiunea marginală (figura 6).

(/image/6712/0/figura_6_cazul_4_6712.png)

Figura 6. Cazul 4: reevaluare după 6 săptămâni leziunea a crescut în dimensiuni, până la 2,5 cm, dezvoltând eritem și micropapule în porțiunea marginală.

Reluând anamneza, pentru a identifica posibili triggeri, pacientul a relatat că, atât în luna precedentă, pe durata sesiunii de examene de la facultate, cât și înainte de apariția leziunii, a consumat un anumit tip de băutură energizantă, conținând tartrazină, în mod repetat.

Suspectându-se o reacție de tip eritem fix, având drept trigger un colorant alimentar (tartrazină)[19], s-a efectuat biopsie cutanată. Raportul histopatologic a descris prezența unei dermatite perivasculare superficiale cu infiltrat inflamator moderat, alcătuit din limfocite și melanofage, dispus perivascular superficial, frecvente melanofage interstițiale, ușoară acantoză psoriaziformă cu discretă spongioză, și a găsit modificările compatibile cu diagnosticul de eritem fix.

Recomandările care s-au făcut în acel moment au inclus evitarea consumului de alimente și băuturi conținând coloranți artificiali (în special tartrazină), aplicare topică de dermatocorticoid (clobetazol) timp de 7 zile și utilizarea locală a unui emolient hipoalergenic.

La reevaluare, după două săptămâni, în contextul evitării coloranților alimentari și al efectuării tratamentului recomandat, leziunea se diminuase semnificativ, nemaifiind eritematoasă, ci doar sub forma unei macule hiperpigmentate reziduale (figura 7).

Figura 7. Cazul 4: reevaluare după 8 săptămâni, respectiv la două săptămâni de la momentul reactivării leziunii maculă hiperpigmentată reziduală.

(/image/6715/0/figura_7_cazul_4_6715.png)

Diagnosticul propus pentru acest caz este acela de eritem fix indus probabil de un colorant alimentar (tartrazină) din băutură energizantă, care ar necesita confirmare în privința etiologiei prin efectuarea unui test patch. În absența unui test standardizat, se poate lua în considerare oportunitatea/relevanța efectuării de TTL pentru această substanță.

Ca discuție adiacentă acestui caz, erupțiile de tip eritem fix cu trigger alimentar sunt mult mai rar întâlnite decât cele cu trigger medicamentos, cel mai frecvent fiind raportate în legătură cu consumul de nuci caju[20], arahide[21], linte[22], sparanghel[23], căpșuni[24] etc., și mai rar de coloranți/aditivi alimentari, cum ar fi tartrazina[19] și benzoatul de sodiu[24].

Rezultate

Pentru a stabili diagnosticul cu o acuratețe cât mai mare ,în aceste cazuri s-au utilizat metodele accesibile, constând în anamneza detaliată și desfășurată în multiple etape, au fost recomandate și ulterior evaluate (dacă acestea au fost disponibile) teste de laborator și s-a efectuat biopsia cutanată, acolo unde a fost posibilă și necesară. Întrucât pentru unele dintre cazurile prezentate, aceste metode au fost insuficiente, prin prisma certitudinii absolute a diagnosticului și a demonstrării neechivoce a etiologiei, s-au formulat cele mai probabile diagnostice și s-au trasat direcții pentru planul de investigare ulterioară a fiecărui pacient.

Concluzii

În fața unei reacții rare sau atipice, medicul alergolog trebuie să încerce să o încadreze cât mai corect, prin prisma diagnosticului, și să evalueze cât mai complet posibilele etiologii ,în scopul prevenirii dezvoltării unei reacții subsecvente și/sau a complicațiilor.

Bibliografie

1. https://www.dermnetnz.org/topics/symmetrical-drug-related-intertriginous-and-flexural-exanthema/ (Accessed 2018-03-10)
2. Winnicki M, Shear NH. A systematic approach to systemic contact dermatitis and symmetric drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE): a closer look at these conditions and an approach to intertriginous eruptions. Am J Clin Dermatol. Jun 2011; 1;12(3):171-80. DOI: 10.2165/11539080-000000000-00000
3. Tan SC, Tan JW. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema. Curr Opin Allergy Clin Immunol. Aug 2011; 11(4):313-8. DOI: 10.1097/ACI.0b013e3283489d5f
4. Bulur I, Keseroglu HO, Saracoglu ZN, Gönül M. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema (Baboon syndrome) associated with infliximab. J Dermatol Case Rep. Mar 2015; 9(1): 12–14. DOI: 10.3315/JDCR.2015.1190
5. Moreira C, Joao Cruz M, Cunha AP, Azevedo F. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema induced by clarithromycin. An Bras Dermatol. Jul-Aug 2017; 92(4): 587–588. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20176125
6. Sikar Akturk A, Bayramgürler D, Salman S, Yildiz KD, Odyakmaz Demirsoy E. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema (SDRIFE) induced by oral metronidazole. Cutan Ocul Toxicol. Dec 2014; 33(4):337-8. DOI: 10.3109/15569527.2013.823981
7. Li DG, Thomas C, Weintraub GS, Mostaghimi A. Symmetrical Drug-related Intertriginous and Flexural Exanthema Induced by Doxycycline. Cureus. Nov 2017; 9(11): e1836. DOI: 10.7759/cureus.1836
8. Masataka Satoh, Toshiyuki Yamamoto. A case of symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema caused by valacyclovir. Our Dermatol Online. 2014; 5(2): 205-206. DOI: 10.7241/ourd.20142.52
9. Mohapatra M, Panda M, Kar BR, Raj C. Symmetric drug-related intertriginous and flexural exanthema due to itraconazole: An uncommon side effect of a commonly used drug. IDOJ. 6 (8): 501-503. DOI: 10.4103/idoj.IDOJ_179_17
10. Kurtzman DJ, Oulton J, Erickson C, Curiel-Lewandrowski C. Everolimus-Induced Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE). Dermatitis. 2016 Mar-Apr;27(2):76-7. DOI: 10.1097/DER.0000000000000164.
11. Binitha MP, Sasidharanpillai S, John R, Sherjeena PVB. Symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema due to ranitidine. Indian J Pharmacol. Sep-Oct 2014; 46(5): 551–552. DOI: 10.4103/0253-7613.140595
12. Carali ME, Seoane Rodriguez M, Rojas Pérez-Ezquerra P, Pelta Fernández R, De Barrio Fernández M. Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE) Caused by Etoricoxib. J Investig Allergol Clin Immunol. 2016; 26(2):128-9. DOI: 10.18176/jiaci.0029.
13. Obara K,Maejima H, Katayama C, Takasu H, Amoh Y. A case of symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema induced by acetaminophen. J Dermatol. 2014; 41: 1–2. DOI: 10.1111/1346-8138.12666
14. Agarwal Abhishek, Agarwal Abhinav, Nathan K, Roy S. Rare adverse effect of a common drug: nitrofurantoin-induced ANCA-associated vasculitis. BMJ Case Reports. 2015; doi:10.1136/bcr-2014- 209253. DOI: 10.1136/bcr-2014-209253
15. https://emedicine.medscape.com/article/1083719-overview (Accessed 2018-03-10)
16. https://emedicine.medscape.com/article/1083719-workup#c7 (Accessed 2018-03-10)
17. http://www.pathologyoutlines.com/topic/skinnontumorarthropod.html (Accessed 2018-03-10)
18. https://emedicine.medscape.com/article/1085087-clinical (Accessed 2018-03-10)
19. Orchard DC, Varigos GA. Fixed drug eruption to tartrazine. Australas J Dermatol. Nov 1997; 38(4):212-4.
20. Fukushima S, Kidou M, Ihn H. Fixed food eruption caused by cashew nut. Allergol Int. Sep 2008; 57(3):285-7. DOI: 10.2332/allergolint.C-07-58.
21. Parker AL, Pinson ML, Wohltmann WE, Gomez R. Fixed food eruption caused by peanut and cashew: A case report and review of the literature. JACI: In Practice. Jan-Feb 2015; 1 (3): 119-122. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaip.2014.08.004
22. Yanguas I, Oleaga JM, González-Güemes M, Goday JJ, Soloeta R. Fixed food eruption caused by lentils. JAAD. Apr 1998; 38 (4): 640-641. DOI: https://doi.org/10.1016/S0190-9622(98)70136-7
23. Volz T, Berner D, Weigert C, Röcken M, Biedermann T. Fixed food eruption caused by asparagus. JACI. Dec 2005; 116(6): 1390-1392. DOI: https://doi.org.10.1016/j.jaci.2005.09.032
24. https://emedicine.medscape.com/article/1336702-clinical (Accessed 2018-03-10)

MedicHub

Acasă (/acasa)

Misiunea noastră (/misiunea-noastra)

Știri (/stiri)

Reviste (/reviste)

Contact (/contact)

Contact

+40 31 425 40 40 (tel:+40314254040)

+40 31 425 40 41

office@medichub.ro (mailto:office@medichub.ro)

MedicHub.ro (https://www.facebook.com/MedicHub.ro/)

Adresa