

SINDROMUL ERUPTIV ÎN PATOLOGIA INFECȚIOASĂ ACTUALĂ

Eruptive syndrom in present infectious pathology

Conf. Univ. Dr. Sorin Rugină

Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius” Constanța

REZUMAT

Sindroamele eruptive se mențin în actualitate prin faptul că imensa lor majoritate ajung în procesul dificil al diagnosticării etiologice în serviciile de boli infecțioase. *Rujeola* – cauzată de un virus ARN din familia Paramyxoviridae. Are o incubatie de 10-12 zile. Prodromul este cu febră, stare generală modificată, conjunctivită și tuse. Simptomele se accentuează propriu-zis în a patra zi când apare exantemul-rashul.

Cuvinte cheie: patologie infectioasa, Paramyxovirusuri

ABSTRACT

Eruptive syndromes are still present because most of them end up being etiologically diagnosed in infectious diseases services. Roseola - caused by a RNA virus from the Paramyxoviridae family - has an incubation period of 10-12 days. The symptoms include fever, modified general state, conjunctivitis and cough. The general image worsens in the fourth day, when the rash appears.

Key words: infectious pathology, Paramyxoviruses

Patologia infecțioasă actuală frapează prin diversitate și complexitate. Sindroamele eruptive se mențin în actualitate prin faptul că imensa lor majoritate ajung în procesul dificil al diagnosticării etiologice în serviciile de boli infecțioase.

La pacientul febril cu rash sau exantem, medicul trebuie să aibă în vedere o serie de posibilități diagnostice.

Prima și cea mai importantă armă pe care o are la dispoziție este anamneza și examinarea pacientului, prezentarea încercă o sinteză sistematizată pe o clasificare eminamente clinică, având la bază morfologia exantemului.

Din acest punct de vedere deosebim 3 grupuri principale după componența predominantă a leziunilor:

- exanteme eritematoase;
- exanteme purpurice;
- exanteme veziculo-pustuloase.

În interiorul fiecărui grup, exantemele de cauză infecțioasă vor fi diferențiate de cele neinfecțioase, urmând să evidențiem caracteristicile clinice care ne pot permite să le distingem.

I. EXANTEME ERITEMATOASE

Etiologie infecțioasă	Etiologie neinfecțioasă
<i>Infecții virale</i>	
– Rujeolă	Reacții medicamentoase
– Rubeolă	Lupus eritematos sistemic
– Eritem infecțios	Eritem multiform
– Exantem subit	Artrita reumatoidă juvenilă
– Enteroviroze	Boala Kawasaki
– Mononucleoză infecțioasă	Sd. respingere a grefei
– Hepatita virală B	
– Infecție acută cu HIV	
<i>Infecții bacteriene</i>	
– Scarlatină	
– Sindrom de șoc toxic	
– Sifilis secundar	
<i>Rickettsioze</i>	
– Febra butonoasă	

Agenti infecțioși

Boli virale

Rujeola – cauzată de un virus ARN din familia Paramyxovirusuri. Are o incubatie de 10-12 zile. Prodromul este cu febră, stare generală modificată, conjunctivită și tuse. Simptomele se accentuează

Adresa de corespondență:

Conf. Dr. Sorin Rugină, Universitatea de Medicină „Ovidius”, B-dul Mamaia, Nr. 124, Constanța

propriu-zis în a patra zi când apare exantemul-rashul. Cu două zile înainte de erupția rashului, în perioada prodromală apare enantemul caracteristic, în care, semnul Koplik – leziuni punctiforme albe pe fond roșu, are caracter patognomonic și dispare după ce erupția s-a generalizat.

Leziunile cutanate constau în macule și papule eritematoase care apar retroauricular pe linia de inserare a părului și se extind cefalo-caudal afectând tot corpul în 3 zile, după care pălește progresiv în aceeași evoluție cefalo-caudală.

Rubeola – produsă de un virus ARN din familia Togavirus. Are o perioadă de incubație de 14-21 de zile, faza prodromală fiind una mai scurtă și mai ușoară decât în rujeola, cu unele simptome catarale, care în anumite situații trec neobservate. Semnul cel mai caracteristic este reprezentat de adenopatiile dureroase, localizate retroauricular, cervical posterior și suboccipital. La 20% dintre pacienți înainte de a începe erupția cutanată, apare un enantem de forma unor leziuni peteșiale sau rozacee pe palatul moale, cunoscut ca semnul Forcheimer. Exantemul constă în macule și papule de culoare roză, care apar inițial la față și se extinde cu rapiditate; erupția facială dispare odată cu apariția ei pe trunchi. Leziunile se schimbă rapid de la macule la papule, terminându-se cu o discretă descuamație. La copiii mari și adulți infecția poate fi mai gravă cu afectare articulară și purpură.

Eritemul infecțios sau boala a V-a – agentul etiologic este parvovirusul B.19. Grupul de vârstă cel mai afectat este cel între 5-14 ani. E moderat contagioasă și majoritatea cazurilor apar primăvara și iarna. Transmiterea se produce prin mici picături de secreții respiratorii. Perioada de incubație este de 4-14 zile în timpul căreia 20-60% dintre cei afectați au semne prodromale ușoare (subfebrilități, stare generală modificată, cefalee) care durează 1-2 zile. Ulterior apare un eritem discret reliefat în regiunea malară, împreună cu o zonă de paliditate periorală, ceea ce dă copilului aspectul de obraji „palmuiți”. Două, trei zile mai târziu apare un exantem maculo-papulos mai accentuat pe fese și porțiunea extensoare a extremităților care se rezolvă în primul rând în centrul său căpătând un aspect reticulat. Dispariția completă a leziunilor survine după aproximativ 10 zile. Exantemul se poate reactiva la lumina solară, eforturi, căldură, frig sau la fricțiune. Boala este mai severă la adulți, cu artralgi și artrite tranzitorii. În majoritatea cazurilor (80%), este vorba de o poliatriță simetrică, moderată, ce afectează mâinile și genunchii. La pacienții cu anemie hemolitică s-au

descriș episoade de anemie aplastică. Infecția în timpul sarcinii poate provoca apariția hidropsului fetal ce poate determina moartea fătului.

Exantemul subit sau roseola infantum – apare cu maximă frecvență între 6 și 18 luni de viață. Este vorba despre o boală exantematică febrilă foarte frecventă la cei sub doi ani, foarte rară la cei sub 6 luni. Izolarea unor particule de herpesvirus 6 la unii copii, în timpul fazei febrile a bolii, a fost motivul pentru care, unii autori au considerat acest virus ca agent etiologic. După o perioadă de incubație de 7-15 zile, apare brusc febra înaltă (38.5-40,5), care poate ține 3 zile și, perioadă în care, starea generală se menține bună. Când dispare febra, apare un eritem format din macule și papule de culoare roză înconjurate de un halou foarte clar. Leziunile se localizează la nivelul trunchiului, gâtului și în spatele urechilor respectând fața și porțiunea distală a extremităților. Exantemul dispare într-o perioadă cuprinsă între 2 ore și 2 zile.

Enteroviroze – s-au identificat aproximativ 30 de enterovirusuri (ECHO și Cocksackie), responsabile de tablouri febrile ce asociază frecvent exanteme, mai ales la copii. Ocazional pacienții acuză tulburări gastro-intestinale și ale tractului respirator superior. Transmiterea acestor virusuri este fecal-orală, și afectează grupuri de persoane care trăiesc în mici comunități, în special în timpul verii. Exantemul este în mod obișnuit morbiliform, totuși în unele cazuri poate fi peteșial sau veziculo-pustulos și nu provoacă prurit.

Exantemul este de intensitate variabilă, erupția începând cu afectarea trunchiului, cu extindere inconstantă, putând afecta palmele și plantele. Simptomele generale ale bolii sunt ușoare, cu febră moderată și adenopatii, care atunci când apar sunt discrete.

Mononucleoza infecțioasă – între 3 și 25% dintre pacienți cu această boală prezintă un exantem morbiliform foarte pronunțat pe trunchi și regiunea proximală a extremităților, care se retrage în câteva zile. În unele cazuri sunt afectate numai palmele și plantele. Un sfert dintre pacienți dezvoltă leziuni peteșiale tranzitorii la limita dintre palatul dur și palatul moale. Un aspect frecvent și cu semnificație diagnostică este apariția unui exantem de culoarea aramei între a cincea și a opta zi de boala, la până la 90% dintre pacienții care au primit ampicilină în faza inițială a bolii. Această aparență sensibilizare la ampicilină este temporară, pentru că nu reprezintă o adevărată alergie. Existența limfocitozei cu mai puțin de 10% limfocite atipice, un titru crescut de anticorpi

heterofili și anticorpi specifici pentru virusul Epstein Barr, ajută la confirmarea diagnosticului.

Hepatita B – 20-30% dintre pacienți dezvoltă în prodromul infecției un sindrom similiar bolii serului. Apare febra, artralgiile și artrite, dar manifestarea cea mai frecventă este un exantem cu caracter urticarian. Alte afectări cutanate asociate hepatitei B sunt acrodermatita papulară a copilăriei sau sindromul Giantotti-Crosti, poliarterita nodoasă și crioglobulinemia mixtă esențială. Probele serologice sunt indispensabile pentru confirmarea diagnosticului.

Sindromul de imunodeficiență acută. Virusul HIV poate da naștere la numeroase manifestări cutanate.

Unii pacienți dezvoltă între 3 și 6 săptămâni după infecția cu virusul HIV un tablou acut cu semne și simptome asemănătoare mononucleozei infecțioase. Pacienții au în general un sindrom febril acompaniat de sudorație, stare generală alterată, manifestări digestive, faringite și limfadenopatii. 50% dintre pacienți dezvoltă un rash cutanat maculopapular, care afectează predominant trunchiul, care durează aproximativ 15 zile și care frecvent asociază leziuni orale.

Infecții bacteriene

Scarlatina – este determinată de Streptococul hemolitic de grup A, producător de toxină eritrogenă. În general infecția se localizează în faringe sau amigdale, în timp ce în unele situații poate fi în piele.

După o perioadă de incubație de 1-4 zile, subit apare febra (până la 40,5°), însoțită de dureri în gât, cefalee și vărsături. Exantemul apare în 12-48 ore de la declansarea febrei, sub formă de macule eritematoase localizate retroauricular, pe torace și axile, pentru ca în următoarele 4-6 ore să se extindă pe abdomen și extremități. La palpate, leziunile sunt aspre, rugoase și de formă caracteristică, înregistrând o intensitate majoră la plicile axilare și inghinale, unde apar frecvent leziuni peteșiale cu dispoziție liniară configurând liniile Pastia-Grozovici. Alt semn orientativ e reprezentat de prezența unui halou de paliditate periorală alături de o colorare hiperemică intensă a pomeților obrajilor – masca Filatov. Exantemul dispare în aproximativ o săptămână, urmat la 1-2 zile de o descuamație tegumentară furfuracee în special la extremități (palme și plante). În jumătate din cazuri apare un enantem ce afectează faringele, palatul și limba, aceasta din urmă capătă un aspect albicios cu papile rozate la bază și margini, restul fiind roșie cu papile mărite și aspect de zmeură – ciclul lingual.

Sindromul de șoc toxic – e produs de endotoxina Stafilococului aureu. A fost descris în 1980, și 95% dintre pacienții afectați au fost femei aflate la menstruație; s-a demonstrat o relație cu uzul de tampoane vaginale cu absorbție înaltă utilizate în timpul menstruației. Incidența sa a diminuat radical după modificarea compoziției acestor produse și conștientizarea de către femei a simptomelor acestui sindrom. Pacientele aveau febră, hipotensiune, vărsături și diaree. Extremitățile, în porțiunea lor distală, sunt eritematoase și edematoase, cu peteșii, inclusiv bule subepidermice. În 1-2 săptămâni apare descuamația palmelor și plantelor. Ocazional se observă eritem al mucoaselor uneori cu peteșii. Pot apare complicații multisistemice cu o rată a mortalității până la 5%.

Sifilisul secundar – are manifestări cutanate variate ca apariție și intensitate.

Primele care apar sunt leziunile maculare (rozelele sifilitice), la 3-6 săptămâni după dezvoltarea șancrului. Maculele sunt de culoare roză, cu distribuție simetrică, care începe la nivelul toracelui și pot afecta mai multe zone ale pielii, inclusiv palmele și plantele. Alte manifestări caracteristice sunt leziunile papuloscuamoase care sunt discret supradenivelate, de culoare aramie cu formă discoidă și inelară, descuamativă cu localizări mai frecvente la palme și plante. Afectarea palmo-plantară printr-un exantem obligă la excluderea unui posibil sifilis. În alte situații leziunile pot fi lichenoide, pustuloase, foliculare, nodulare.

Rickettsioze – forma cea mai frecventă în mediul nostru este febra butonoasă, s-au febra mediteraneană, produsă de *Rickettsia conorii* și transmisă de căpușa câinelui – *Rhipicephalus sanguineus*.

Pacientul dezvoltă febră înaltă, cefalee și mialgii intense, semnul cel mai caracteristic fiind exantemul maculos care începe la membrele inferioare și se extinde de la acestea la trunchi, afectând cu mai mică intensitate brațele. Palmele și tălpile de asemenea pot fi afectate, în timp ce fața este nepătată sau afectată cu o mai mică intensitate. La capătul a 2 sau 3 zile, elementele maculoase se transformă în papule. Frecvent, în zona mușcată de căpușa, se observă o crustă neagră hematică – „pata neagră” – de mare valoare diagnostică.

Cauze neinfectioase – trebuie cunoscute în vederea diagnosticului diferențial.

Reacții medicamentoase: – sunt cauzele neinfectioase cu cea mai mare frecvență de apariție a exantemului eritematos febril. Clinica lor poate

fi foarte variată, mergând de la erupția tipică până la erupția din rujeolă (morbiliformă). Elementele eruptive apar inițial pe trunchi și se extind centrifug la extremități, mai puțin cu afectarea palmelor și plantelor. Pruritul este frecvent. În mod obișnuit, exantemul apare la 1-2 săptămâni după inițierea consumului unui medicament, dar poate fi și mai târziu. Un mare număr de medicamente pot produce aceste manifestări, cele mai frecvente fiind penicilinele, sulfamidele, cefalosporinele, barbituricele, hidantoinel, fenotiazinele, antiinflamatoriile nesteroidiene și tiazidele.

Lupusul eritematos sistemic – o treime din pacienții cu lupus eritematos sistemic (LES) prezintă afectare cutanată ca formă de început a bolii, în timp ce pe parcursul evoluției, aproximativ 80% prezintă leziuni ale pielii. Exantemul tipic al LES constă în leziunile eritematoase, discret reliefate localizate în zonele expuse la lumină, particular în zona dorsală a nărilor și regiunea malară, dispunându-se în formă de aripi de fluture. Frecvent se asociază exantemul în V „al decolteului” și telangiectazii digitale periunghiale. O treime dintre pacienții cu LES prezintă leziuni discoide, alopecie difuză și în stadiile foarte evoluat alopecie cicatriceală. Frecvent acești pacienți au un istoric de fotosensibilizare sau intoleranță la lumină, în fazele anterioare sau în episoadele succesive.

Eritemul multiform – factorii etiologici precipitanți sunt foarte numeroși-infecțiile (herpes simplex) și medicamentele. Deosebim două forme: minoră și majoră sau sindromul Stevens-Johnson. Forma minoră constă într-o erupție autolimitată cu leziuni de distribuție distală și simetrică în formă de macule eritematoase, papule urticariene și/sau leziuni caracteristice în țintă. Forma majoră evoluează cu afectarea unei sau mai multor suprafețe mucoase superficiale. Ambele forme pot fi precedate sau acompaniate de febră. Necroliza epidermică toxică sau sindromul Lyell, reprezintă gradul maxim de afectare în această boală cu exfolierea mai multor suprafețe cutanate, cu semnul Nicosky pozitiv, împreună cu afectarea extinsă a mucoaselor și afectarea gravă a stării generale ce duc la decesul a 50% dintre cazuri.

Artrita reumatoidă juvenilă – este vorba de un grup de boli caracterizat printr-o sinovită cronică cu un complex de manifestări extraarticulare. Se descriu 3 forme: poliarticulară, pauciarticulară și sistemică. Forma sistemică se caracterizează pentru început ca formă acută cu febră înaltă cu caracter intermitent, în timp ce în celelalte forme febră este moderată. Frecvent în forma sistemică apare un

exantem cutanat, precum și alte manifestări sistemice (poliadenopatie, hepato-splenomegalie, afectare cardiacă și pulmonară). Exantemul se compune din leziuni maculo-papuloase de culoare roză, ocazional pruriginoase, localizate la palme, plante, trunchi și față. Leziunile sunt mai exprimate deasupra zonelor de presiune. În același timp febra ca și rashul ating maximul în ultimile ore ale după amiezii.

Boala Kawasaki – este o boală febrilă ce afectează în principal mamele care alăptează copiii mici și ea se asociază cu o incidență crescută a complicațiilor cardiace. Etiologia continuă să fie neclarificată. Teoria prezentă arată că este vorba despre o vasculită generalizată de origine imunologică, care apare la persoanele susceptibile genetic, ca o formă secundară a agenților infecțioși comuni, care circulă în populația generală. Pacientul prezintă febră 38-40°C, cu o durată mai mare de 5 zile, conjunctivită bilaterală nepurulentă, buze roșii fisurate, eritem difuz al orofaringelui, limbă zmeurie și adenopatie cervicală. La puțin timp după începutul febrei apare o erupție maculoeritematoasă începând de la extremități. Împreună cu aceasta există edem, cu eritem al palmelor și plantelor. După două săptămâni, exantemul se continuă cu o descuamație membranoasă care începe la unul din membre – mână sau picior. Aspectul cel mai preocupant al acestei boli îl constituie alterările cardiace sub forma anevrismelor coronariene, care pot provoca prin rupere moartea copilului, sau prin infarctul de miocard secundar tromboza acestor artere.

Sindromul de respingere de greșă – patologie ce apare în special la receptorii de transplant de măduvă osoasă. De asemenea a fost descrisă la pacienții imunodeprimati care au primit transfuzii sanguine cu limfocite imunocompetente (sânge neiradiat). Clinic boala se împarte: acută și cronică. Aceste faze pot apare independent sau faza acută evoluează către cea cronică. Faza acută apare la 10-14 zile după transplantul de măduvă iar manifestările cutanate pot oscila de la o erupție maculopapulară eritematoasă până la o eritrodermie generalizată ocazional cu formare de papule. Alte organe afectate sunt tractul gastrointestinal, ficatul și plămânii. Faza cronică apare la cel puțin 3 luni de la transplant. Afectiunea cutanată se manifestă sub forma unor papule lichenoid, poikilodermie, alopecie, distrofie unghială, fotosensibilitate și modificări sclerodermiforme. Între manifestările sistemice se remarcă afectarea intestinului subțire și gros, insuficiența pulmonară, hepatopatia cronică.

II. EXANTEME PURPURICE

Etiologie infecțioasă	Etiologie neinfecțioasă
<i>Infecții virale</i>	
– Rujeola atipică – Enteroviroze (Echovirus 9)	Purpură trombocitopenică idiopatică Purpură trombocitopenică trombotică Vasculită alergică Arterită cu celule gigante Granulomatoza Wegener Reacții medicamentoase
<i>Infecții bacteriene</i>	
– Meningococemia – Gonococemia – Sepsis stafilococic – Sepsis cu <i>Pseudomonas</i> – Endocardita bacteriană subacută	

Agenți infecțioși

Infecții virale

Rujeola atipică – este o formă rară de rujeolă care poate apărea la persoanele expuse la virus și care au fost vaccinate cu virus inactivat, sau la acelea care au primit vaccin cu virus viu înainte de vârsta de 15 luni.

Exantemul începe cu leziuni papuloase și peteșiale, aparute la nivelul gleznelor, diseminate centripet până la porțiunea cea mai apropiată a membrelor și trunchiului. Nu apare semnul Koplik. Pacientul are febră înaltă, tuse, infiltrate interstițiale pulmonare bilaterale și eozinofilie. Diagnosticul se poate confirma prin evidențierea celulelor gigante multinucleate în biopsie cutanată sau prin observarea seroconversiei între probele luate în faza acută și în convalescență.

Infecții bacteriene

Meningococemia – microorganismul cauzal este *N. meningitidis* și afectează în majoritatea cazurilor persoane mai mici de 15 ani. Manifestările cutanate se caracterizează printr-un exantem purpuric ce apare la aproximativ 50% dintre pacienți, de regulă în primele 3 zile de boală, peteșii și echimoze ușor reliefate, localizate la trunchi și extremități. În meningita fulminantă apar mari placarde echimozice împreună cu CID.

Gonococemia – cauzată de *N.gonoreae*, apare la 1-3% dintre pacienții cu gonoree. Boala se manifestă cu febră, tenosinovită, poliartrită migratorie ce afectează gleznelor, rotula și celelalte articulații și leziuni purpurice palpabile. Leziunile cutanate sunt simetrice în zonele distale ale extremităților, în general deasupra articulațiilor. Majoritatea indivizilor cu infecție gonococică diseminată nu au simptome de boală urogenitală, anorectală sau orofaringiană determinate de gonococ.

Sepsisul stafilococic – consecința inoculării directe a microorganismului în torentul circulator, cum este cazul la consumatorii de droguri i.v., sau prin contaminare secundară plecând de la un focar primar cum ar fi foliculita profundă sau endocardita. Pacientul prezintă febră, frisoane și leziuni purpurice localizate, asimetrice și care frecvent au un centru purulent. Ocazional pot apare noduli subcutanați dureroși localizați la trunchi.

Sepsisul cu pseudomonas – Invazia sistemică apare la indivizi debilitați, cu leucemie sau cu fracturi importante, care au fost în tratament cu diverse antibiotice. Ectima gangrenosum este o manifestare cutanată caracteristică și diagnostică a sepsisului cu pseudomonas. Leziunile cutanate pot fi unice sau multiple și constau în ulcere indolore înconjurate de o escară necrotică, precedată inițial de o leziune buloasă hemoragică.

Endocardita bacteriană subacută – majoritatea cazurilor determinate de *Streptococcus viridans* și cel de gr.D. Pacienții pot prezenta febră, frisoane, anemie, suflu cardiac și o varietate de leziuni cutanate purpurice. Apar peteșii cu diverse localizări, atât pe piele cât și pe mucoase, mai frecvent în regiunea superioară a trunchiului. Se pot observa de asemenea hemoragii subunguiale, noduli dureroși în pulpele degetelor de la mână și la picior (nodul Osler) și leziunile indolore Janeway pe palme și plante. Se discută încă asupra faptului că leziunile purpurice s-ar datora microembolizărilor septice sau este vorba de reacții imune locale.

Cauze neinfecțioase – un aspect important este de a stabili într-o purpură dacă leziunile sunt sau nu palpabile. Purpura palpabilă nu indică un fenomen de vasculită. Asta trebuie să ne orienteze către necesitatea de a face o biopsie a unei leziuni pentru un studiu histologic și o imunofluorescență, cu scopul de a confirma și clasifica vasculita. Purpurele nepalpabile ne orientează la hemoragii

prin trombocitopenie sau coagulopatii. Principalele boli cu purpură nepalpabilă și cu febră sunt purpura trombocitopenică idiopatică și purpura trombocitopenică trombotică.

Vasculita alergică reprezintă prototipul bolilor mediate prin imunocomplexe. Etiologia este variată și include reacții medicamentoase, infecții, boli sistemice. Substratul histologic este o vasculită leucocitoclastică. Clinic se poate manifesta numai pe piele, dar cu o frecvență variabilă, poate afecta și alte organe, pacienții prezentând febră, afectări articulare, simptome gastrontestinale și semne de afectare renală (hematurie, proteinurie). Leziunile cutanate afectează în principal extremitățile inferioare sub formă de papule purpurice palpabile, leziunile pot fi de asemenea maculare, nodulo-ulcerative, ampuloase sau urticarene.

INFECȚIOSI

- Bacterii (Streptococ)
- Virusuri (V. Hepatitice, V. Gripale, V. Epstein-Barr, V. Citomegalic)
- Micobacterii (*M. Tuberculosis*)

MEDICAMENTE

- Penicilina
- Sulfonamide
- Fenotiazina
- Aspirina
- Tiazide
- Barbiturice
- Amfetamine

BOLI SISTEMICE

- Boli de tesut conjunctiv (LES, Sindrom Sjogren, Artrita reumatoida)
- Limfom Hodgkin, limfoame nonhodgkiniene
- Colita ulceroasa
- Ciroza biliara primitiva
- Crioglobulinemie

III. EXANTEME VEZICULO-POSTULOASE

Etiologie infecțioasă	Etiologie neinfecțioasă
<i>Infecții virale</i>	
Herpes simplex Varicela și Herpes zoster Erupție variceliformă de Kaposi Boala picior-mână-gură Enterovirusuri	Eritem multiform Psoriazis pustules Sindrom Reiter Sindrom Sweet Sindrom Behcet Acnee fulminantă
<i>Infecții bacteriene</i>	
Sindromul stafilococic de piele opărită	

Agenți infecțioși

Infecții virale

Herpes simplex – este vorba de o infecție determinată de Herpes virus hominis, care are 2 serotipuri:

- serotipul I – asociat predominant cu infecțiile nongenitale;
- serotipul II cu infecții genitale.

Infecția primară, cu o perioadă de incubație de 6 zile, constă într-o gingivostomatită acută cu leziuni veziculare și ulcerate afectând buzele și mucoasa gingivală. În general este însoțită de febră, stare generală alterată și adenopatii dureroase. Leziunile recurente sunt precedate de parestezii în zona afectată urmată de apariția de vezicule grupate ce evoluează spre cruste, vindecate în 5-10 zile.

Examenul Tzanck, care demonstrează prezența celulelor gigante multinucleate, este util pentru confirmarea diagnosticului atât în primoinfecție cât și în recurente. Administrarea de Acyclovir este utilă sistemic în primoinfecție și locală în recurente.

Varicela și herpesul zoster – au ca agent etiologic virusul varicelo-zosterian. Varicela apare cu mare frecvență la copiii între 2 și 6 ani. Împreună cu simptomele generale de febră, cefalee și mialgii, apare cu exantem care începe pe trunchi și se generalizează la față și extremități. Leziunile sunt inițial macule eritematoase, pruriginoase care în 12-24 ore evoluează la vezicule, pustule și în final la cruste. Se pot găsi în același moment leziuni în diferite stadii de evoluție.

Herpesul zoster apare mai frecvent la pacienți între 50-80 ani, și reprezintă o reactivare a virusul varicelo-zosterian care era în latentă. Contactul direct cu un pacient cu Herpes zoster poate declanșa varicela la o persoană susceptibilă. Paresteziile locale preced leziunile care apar sub forma veziculelor grupate pe o bază eritematoasă, cu distribuție metamerică unilaterală. Leziunile evoluează spre pustule și cruste în 1-3 zile. Complicația cea mai frecventă aproape la toți pacienții este nevralgia post zosteriană.

Diagnosticul în ambele forme este clinic și prin reacția Tzanck.

Erupția variceliformă de Kaposi – de asemenea denumită eczemă herpetică cu agent etiologic Herpesvirus hominis. Erupția apare când infecția virală se suprapune la un pacient cu o boală cutanată de bază ca eczema atopică sau boala Darier, dar și câteva dermatoze cu evoluție cronică o pot facilita. Clinic se caracterizează prin apariția bruscă a veziculelor ombilicate pe pielea afectată

de dermatoza de bază, împreună cu febră, stare generală alterată și limfadenopatie. Leziunile evoluează în 1-2 săptămâni în pustule și apoi cruste, putându-se extinde și la pielea normală. Pot apare complicații ca diseminare la organele interne, infecție bacteriană secundară cu alterări ale balanței electrolitilor, mortalitatea de până la 10% dintre cei afectați.

Boala picior-mână-gură – este cauzată de un virus Coxsackie, afectează predominant copiii de până la 10 ani și se transmite prin contact direct fecal-oral sau pe cale aeriană. După o perioadă de incubatie de 3-5 zile, urmează o zi de prodrom, cu febră și dureri abdominale, urmate de exantem și enantem, acesta din urmă fiind constituit de leziuni localizate în porțiunea anterioară a orofaringelui în forme de vezicule și leziuni dureroase înconjurat de un halou eritematos. Exantemul este format din vezicule pe o bază eritematoasă la mâini, picioare și cu o frecvență scăzută la glezne și rotulă.

Infecții bacteriene

Sindromul stafilococic al pielii opărite – determinat de exotoxina exfoliativă produsă de stafilococul aureus de gr. II, fagotipul 71. Boala apare cu frecvență mare la copii sub 5 ani, cu un vârf al incidenței în primele 3 luni de viață. De asemenea poate fi observată și la copiii și de alte vârste și la adulții cu insuficiență renală sau alterări imunologice. Inițial este o infecție localizată (conjunctivă, ureche medie, nazofaringe etc.), de unde se produce eliberarea exotoxinei. După o perioadă prodromică cu febră și stare generală modificată în 1-2 zile apare o erupție eritematoasă care în mod caracteristic se acompaniază de senzație dureroasă la nivel cutanat. În această fază avem în mod frecvent semnul Nikolski pozitiv. În 24-48 de ore erupția progresează, la clivarea spontană a epidermei, cu formarea de ampule mari în axile și în jurul orificiilor corporale, extinzându-se apoi la restul organismului, respectând

mucoasele. Posterior se produce desprinderea epidermei cu uscarea rapidă a leziunilor care se vindecă în 5-6 zile. Culturile sterile la nivelul ampulelor arată că infecția inițială este la distanță. Biopsia cutanată arată un plan de necroză ridicat al epidermului.

Cauze neinfecțioase

Eritemul multiform

Psoriazisul pustulos generalizat (tipul Von Zumbusch) – varianta acută la pacienții care au antecedente a acestei dermatoze. Se caracterizează prin febră înaltă, leucocitoză și un exantem cu placarde și papule eritematoase, cu pustule sterile la suprafață. Pustulele diseminează pe trunchi și extremități, incluzând și patul unghial, palmele și plantele, în unele zone conflând și formând depozite de puroi. Poate evolua către o eritrodermie generalizată.

Sindromul Behcet – se caracterizează prin ulceratii aftoase recurente dureroase, atât orale cât și genitale. Afectarea oculară (uveita, ocluzia vaselor retiniene, nevrita optică) este complicația cea mai de temut. Alte manifestări includ tablouri neurologice, artrita seronegativă, tromboflebita profundă sau superficială, eritem nodos. Boala poate fi precedată de febră de origine necunoscută.

Acneea fulminantă – apare exclusiv la adolescenții băieși. Se caracterizează prin debut brusc, cu apariția de noduli inflamatori dureroși care apar pe torace, care se ulcerează și se vindecă cu cicatrici. Pacienții sunt febrili, cu leucocitoză, mialgii și poliartralgii. S-a comunicat și alte manifestări ca glomerulonefrita și leziuni osteolitice.

Sindromul eruptiv se menține mereu în actualitatea patologiei infecțioase fiind necesară permanenta instruire a rețelei medicale de specialitate în vederea unui diagnostic corect și a dispunerii unor măsuri eficiente.