

7. Guilbert TW, MD, Mauger DT, Allen DB, et al. Growth of preschool children at high risk for asthma 2 years after discontinuation of fluticasone. *J Allergy Clin Immunol*. 2011;128:956-63.
8. Bacharier LB, Phillips BR, Zeiger RS, Szefer SJ, Martinez FD, Lemanske RF, et al. Episodic use of an inhaled corticosteroid or leukotriene receptor antagonist in preschool children with moderate-to-severe intermittent wheezing. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122:1127-35.
9. Guilbert TW, Morgan WJ, Zeiger RS, Mauger DT, Bohemer SJ, Szefer SJ, et al. Long-term inhaled corticosteroids in preschool children at high risk for asthma. *N Engl J Med*. 2006;354:1985-97.
10. Jartti T, Lehtinen P, Vanto T, et al. Evaluation of the efficacy of prednisolone in early wheezing induced by rhinovirus or respiratory syncytial virus. *Pediatr Infect Dis J*. 2006;25:482-8.
11. Lemanske RF Jr, Jackson DJ, Gangnon RE, Evans MD, Li Z, Shult PA, et al. Rhinovirus illnesses during infancy predict subsequent childhood wheezing. *J Allergy Clin Immunol*. 2005;116:571-7.
12. Lehtinen P, Ruohola A, Vanto T, Vuorinen T, Ruuskanen O, Jartti T. Prednisolone reduces recurrent wheezing after a first wheezing episode associated with rhinovirus infection or eczema. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;119:570-5.
13. Jartti T, Lee WM, Pappas T, Evans M, Lemanske RF Jr, Gern JE. Serial viral infections in infants with recurrent respiratory illnesses. *Eur Respir J*. 2008;32:314-20.
14. Panickar J, Lakhanpaul M, Lambert PC, Kenia P, Stephenson T, Smyth A, et al. Oral prednisolone for preschool children with acute virus-induced wheezing. *N Engl J Med*. 2009;360:329-38.
15. Jartti T, Kuusipalo H, Vuorinen T, et al. Allergic sensitization is associated with rhinovirus-, but not other virus-, induced wheezing in children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010;21:1008-14.
16. Jartti T, Korppi M. Rhinovirus-induced bronchiolitis and asthma development. *Pediatr Allergy Immunol*. 2011;22:350-5.

### Pustulose exantemática localizada aguda (PELA) causada pela associação amoxicilina-ácido clavulânico

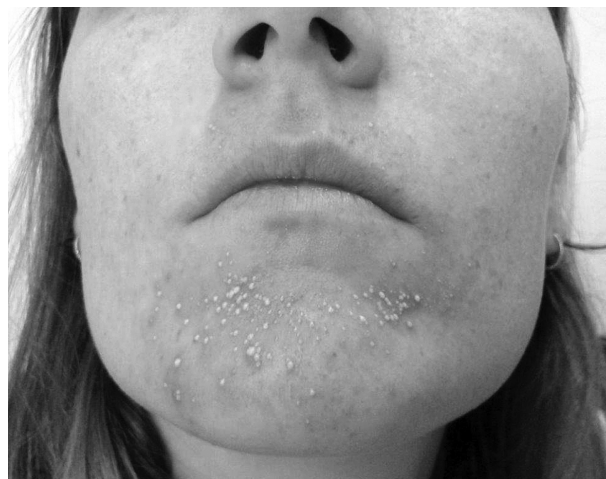
*Braz J Allergy Immunol*. 2013;1(3):182-3.

Prezado Editor,

A pustulose exantemática localizada aguda (PELA) é uma variante atípica da farmacodermia rara denominada de pustulose exantemática generalizada aguda (PEGA)<sup>1</sup>. Trata-se de uma erupção pustular asséptica subcórnea aguda e localizada, geralmente na face, provocada pela administração de fármacos<sup>2</sup>. Surge geralmente 24 horas após esta exposição, e cerca de 80% dos casos relatados foram provocados por antibióticos, principalmente os beta-lactâmicos<sup>3</sup>. O diagnóstico é clínico (relação temporal causa-efeito), e é reversível em menos de duas semanas com a descontinuação do agente medicamentoso indutor, associada à corticoterapia sistêmica<sup>4,5</sup>. Foram descritos alguns casos de PELA causados pela administração oral da associação amoxicilina-ácido clavulânico<sup>6,7</sup>.

Paciente com 26 anos, sexo feminino, caucasiana, advogada, tratada com a associação oral de amoxicilina

(875 mg) -ácido clavulânico (125 mg) de 12 em 12 horas para uma infecção inguinocrural. Após 24 horas de tratamento apresentou tontura e uma erupção pustulosa pruriginosa e dolorosa na região mentoniana (Figura 1). Há 3 anos apresentou quadro semelhante depois de receber o mesmo esquema antibiótico durante o pós-operatório para apendicite aguda. Tem síndrome do cólon irritável e reações vasovagais há vários meses. Utiliza há muitos anos contraceptivo oral. História familiar positiva para asma e rinite. Não havia outras anormalidades no exame clínico. Temperatura axilar de 36,4 °C. Diagnosticada com PELA recorrente pela associação amoxicilina-ácido clavulânico, que foi imediatamente suspensa. Foram prescritos fexofenadina 180 mg/dia e prednisona 20 mg/duas vezes ao dia, com resolução completa da erupção pustulosa após 3 dias de tratamento. A seguinte avaliação laboratorial foi normal ou negativa: hemograma completo, contagem de plaquetas, VHS, PCR, transaminases (AST e ALT), imunoglobulinas séricas (IgG, IgA, IgM, IgE), complemento (C3, C4 e CH50), anti-HIV-1&2, e subpopulações linfocitárias (CD3+, CD19+, CD4+, CD8+, relação CD4+/CD8+, CD56+, CD16+). Havia elevação da gama GT (67 U/L para um normal inferior a 40 U/L), e FAN reagente 1:320 para núcleo (padrão pontilhado fino denso), porém negativo para nucléolo, citoplasma, aparelho mitótico e placa metafásica cromossômica. Estas alterações laboratoriais foram consideradas inespecíficas.



**Figura 1 -** Pustulose exantemática localizada aguda (PELA) na região mentoniana causada pela combinação amoxicilina-ácido clavulânico

**Mario Geller, MD, MACP, FAAAAI, FAAAAI**  
Membro Titular da Academia de Medicina do Rio de Janeiro.  
Clínica Mario Geller  
E-mail: gellerm@attglobal.net

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação desta carta.

## REFERÊNCIAS

---

1. Vickers JL, Matherne RJ, Mainous EG, Kelly BC. Acute localized exanthematous pustulosis: a cutaneous drug reaction in a dental setting. *J Am Dent Assoc.* 2008;139(9):1200-3.
2. Prange B, Marini A, Kalke A, Hodzic-Avdagic N, Ruzicka T, Hengge UR. Acute localized exanthematous pustulosis (ALEP). *J Dtsch Dermatol Ges.* 2005;3(3):210-2.
3. Roujeau JC, Bioulac-Sage P, Bourseau C, Guillaume JC, Bernard P, Lok C, Plantin P, Claudy A, Delavierre C, Vaillant L, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis. Analysis of 63 cases. *Arch Dermatol.* 1991;127(9):1333-8.
4. Belda Junior W, Ferolla AC. Acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP). Case report. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2005;47(3):171-6.
5. Sim HS, Seol JE, Chun JS, Seo JK, Lee D, Sung HS. Acute localized exanthematous pustulosis on the face. *Ann Dermatol.* 2011;23(Suppl 3):S368-70.
6. Betto P, Germi L, Bonoldi E, Bertazzoni M. *Int J Dermatol.* 2008;47(3):295-6.
7. Ozkaya-Parlakay A, Azkur D, Kara A, Yildiz Y, Orhan D, Cengiz AB, Ersoy-Evans S. Localized acute generalized exanthematous pustulosis with amoxicillin and clavulanic acid. *Turk J Pediatr.* 2011;53(2):229-32.