

Obr. 1. ULTE u 10-ročného chlapca (zdroj: archív Kliniky dermatovenerológie UNLP Košice)



Obr. 2. Papulózne eflorescencie až plaky na laterálnej strane trupu a príľahlej časti hornej končatiny (zdroj: archív Kliniky dermatovenerológie UNLP Košice)



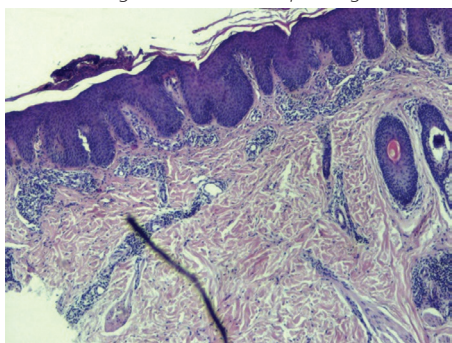
Obr. 3. Detailný pohľad na unilaterálny asymetrický exantém (zdroj: archív Kliniky dermatovenerológie UNLP Košice)



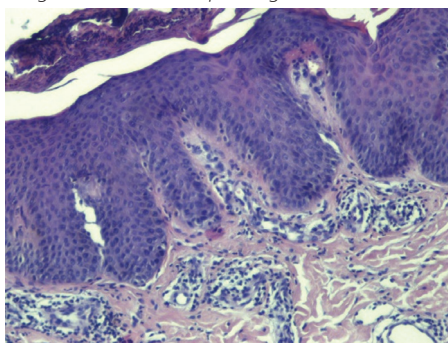
Obr. 4. Postihnutie laterálnej časti trupu u pacienta s ULTE (zdroj: archív Kliniky dermatovenerológie UNLP Košice)



Obr. 5. V histologickom náleze je prítomná epidermis s akantózou a papilomatózou, fokálne je prítomná parakeratóza, v stratum corneum sú nahromadené polymorfonukleárne lymfocyty a v hornom kóriu nachádzame prevažne chronický perivaskulárny zápalový infiltrát (zdroj: MUDr. Ľudmila Ivanová, Diagnostické centrum patológie Košice)



Obr. 6. V histologickom obraze je prítomná akantóza a parakeratóza s nahromadenými polymorfonukleárnymi leukocytmi v stratum corneum, v hornom kóriu prevažuje chronický perivaskulárny zápalový infiltrát (zdroj: MUDr. Ľudmila Ivanová, Diagnostické centrum patológie Košice)



Kazuistika

Ide o 10-ročného chlapca s týždennou anamnézou rozširujúceho sa erytematózneho makulopapulózneho exantému, so začiatkom prejavov na pravej strane hrudníka (Obr. 1, 2, 4) sa šírením sa cez pravú axilu na vnútornú plochu pravej hornej končatiny (Obr. 3). Osobná a rodinná anamnéza bola negatívna na kožné a alergické ochorenia.

V predchorobí na danú lokalitu pacient neaplikoval žiadne nové externá, neužíval ani žiadne lieky. Kontakt s infekčným ochorením

či poštípánie hmyzom neudával, nemal žiadne celkové problémy v podobe dyspeptických či respiračných ťažkostí. V predchorobí, asi týždeň pred výsevom, vzhľadom na letné prázdniny navštívil termálne kúpalisko, kde konzumoval viaceré smotanové mrazené produkty aj majonézu, následne sa vyskytli subfebrility.

Pri klinickom vyšetrení boli na erytematóznej spodine v danej lokalite pozorované makulopapulózne eflorescencie, miestami so sekundárnou impetiginizáciou, sprevádzané lokalizovaným pruritom.

U pacienta bol realizovaný výter kože na mykologické vyšetrenie s negatívnym výsledkom, kultivačne detegovaný *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella variicola* a *Enterobacter hormaechei*. Doplnené bolo aj histologické vyšetrenie z ložiska na hrudníku so záverom spongiotická dermatitída (Obr. 5, 6).

Laboratórne boli prítomné nízke zápalové parametre, krvný obraz bez posunov, elevované celkové IgE. Sérologické vyšetrenia zamerané na vírusové infekcie vrátane CMV, EBV, vírusov hepatitídy B, C, parvovírusu 19, echo a coxackie vírusov boli kompletne negatívne.

U pacienta bola vzhľadom na rozsah a sekundárnu impetiginizáciu prejavov ordinovaná cieleňá antibiotická liečba podľa citlivosti z radu cefalosporínov, kortikoidná liečba v nízkych dávkach a antihistaminiká. Lokálne boli aplikované antimikrobiálne externá s prechodom na emolenciá. V priebehu týždňa sa nález