

Eritema fijo medicamentoso

Dr. Remberto Peñate, Dr. Roberto Mederos Dra. Mercedes González

Peñate, R. y otros: *Eritema fijo medicamentoso.*

Se presenta un caso que ingresa por lesiones eritematoampollosas y pigmentadas, diseminadas por todo el cuerpo, incluyendo genitales, con el antecedente de tomar analgésicos con frecuencia por presentar cefalea. Se plantea un eritema fijo medicamentoso, diagnóstico que se corrobora por estudio histopatológico. Se informa que en sus 2 ingresos, su evolución fue favorable, los análisis estuvieron dentro de los límites normales. Se expresa que su tratamiento consistió en corticosteroides, antihistamínicos y tratamiento local. Se indica que al salir de alta su cuadro estaba mejorando. Se hace un breve comentario del paciente y de las características de su enfermedad.

INTRODUCCION

Las reacciones cutáneas a las drogas, pueden producir diversos cuadros de apariencias clínicas e histopatológicas idénticas a las enfermedades cutáneas que ocurren también como entidades idiopáticas.

Las drogas pueden producir urticaria, eritema multiforme, eritema nudoso, dermatitis, dermatitis exfoliativa generalizada, foliculitis, púrpuras, vasculitis, etcétera.¹

Hemos observado cómo distintas drogas producen cuadros cutáneos que generalmente al comienzo no son tan intensos. Cuando la ingestión de la droga se repite o a veces se ingieren drogas con radicales químicos similares, las manifestaciones se van haciendo cada vez más intensas, dentro de la misma entidad que pudiéramos denominar reacciones intermedias, lo que da lugar a un cuadro mucho más agudo y extenso.

Si se producen nuevas experiencias con la droga alergénica pueden observarse entonces manifestaciones aún más graves hasta llegar a entidades como el Stevens-Johnson o hasta el grado más intenso de estas enfermedades reaccionales por medicamentos como son la necrosis tóxi-

Especialista de I Grado en Dermatología, Jefe del Servicio de Dermatología. Especialista de I Grado en Dermatología.

ca epidérmica, entidad extremadamente grave que se considera como una de las urgencias en Dermatología y cuya evolución en un gran por ciento de los enfermos es fatal.

Las erupciones fijas por drogas son lesiones numularos bien delimitadas que aparecen y reaparecen de forma persistente en el mismo sitio después de cada administración de la droga. En cada nuevo brote pueden aparecer nuevas lesiones. Son de característica eritematovioláceas, en ocasiones en forma de iris o diana, pueden ampollarse y constan de uno o varios parches ligeramente elevados que dejan al curar una pigmentación que desaparece poco a poco. Las lesiones se pueden localizar en el pene y entonces la pigmentación es más intensa.²

Entre las drogas que más comúnmente producen las erupciones fijas están los analgésicos, la fenoltaleína, los barbitúricos, los antibióticos como la penicilina,³ la tetraciclina,⁴ las sulfas, etcétera.

Desde el punto de vista histopatológico los cambios observados plantean que sea una variante de eritema multiforme.

Las alteraciones son predominantemente epidérmicas. Con frecuencia se produce degeneración hidrópica de la basal con incontinencia pigmentaria, con grandes cantidades de melanina libre o dentro de macrófagos en la dermis superior. Las ampollas se forman por despegamiento de la epidermis de la dermis. Los capilares superficiales están rodeados de un infiltrado inflamatorio escaso.⁵

El pronóstico es favorable siempre que se detecte la droga que desencadena la reacción.

El tratamiento consiste en encontrar el medicamento antigénico que puede ser uno o varios con radicales químicos similares, además antihistamínicos y corticosteroides sistémicos y locales.

Queremos destacar la importancia que tiene detectar las drogas antigénicas lo antes posible, pues de esta forma estamos evitando que el paciente evolucione hacia cuadros más graves.

Presentación de un caso

Paciente O. R. R. de 22 años de edad, del sexo masculino, soltero, de la raza blanca, del área de salud del Policlínico "Joaquín Albarrán", con historia clínica 383623, que se encuentra pasando el Servicio Militar General.

Se ve en consulta externa, donde se recoge a la anamnesis que su cuadro comienza 4 meses atrás (abril de 1981); le aparecieron lesiones en forma de ampollitas diseminadas por la cara y extremidades, acompañadas de intenso prurito. Se sospecha la posibilidad diagnóstica de un eritema fijo medicamentoso, pues en el interrogatorio se recoge que toma con frecuencia analgésicos (aspirina, duralgina, alidón, etcétera), por padecer de cefaleas desde hace años. Se le impone tratamiento y mejora.

Al mes y medio acude de nuevo a consulta, por presentar lesiones similares a las anteriores, que afectaban los mismos sitios y lesiones nuevas a otros niveles, éstas con afectación de genitales, por lo que se decide su ingreso. Ingresó en el Servicio de Dermatología del Hospital Docente Clínicoquirúrgico "10 de Octubre" el día 8 de agosto de 1981,

con la Impresión diagnóstica de un eritema fijo medicamentoso, diagnóstico que se corrobora por biopsia realizada el 15 de agosto de 1981.

Los exámenes complementarios son normales.

Se le impone tratamiento con antihistamínicos, dexametasona, triamcinolona, etcétera.

Sale mejorado de alta el día 17 de agosto de 1981. Se mantiene bien, solamente con máculas residuales, hasta que hace 1 mes comienza a presentar un nuevo brote, en esta ocasión después de haber ingerido piramital compuesto y durajcina. Se exacerbaron las lesiones antiguas y le aparecieron lesiones nuevas. Acude a nuestro Servicio, donde se decide su ingreso por segunda vez el 5 de enero de 1983, y se mantiene la misma impresión diagnóstica. Se le impone tratamiento con benadrilina, cortideltón, fomentos, crema Dexa y triamcinolona.

Los exámenes complementarios se mantienen dentro de límites normales.

No se le realiza biopsia en esta ocasión.

Evoluciona favorablemente y sale mejorado de alta el 12 de enero de 1983.

COMENTARIOS

La importancia de presentar este trabajo radica en que como hemos planteado, cada nueva experiencia con la droga antigénica produce un nuevo cuadro que cada vez va a ser más agudo y extenso.

La mayor parte de las veces, la droga desencadenante de la enfermedad, no se administra regularmente, sino por el contrario esporádicamente. Esto trae como consecuencia que el enfermo no pueda relacionar ni precisar con exactitud en los primeros brotes el medicamento que le produce sus lesiones.

Es por esto que es necesario detectar lo más rápidamente posible la droga alergénica, pues así evitaremos brotes, o en el peor de los casos, que se produzcan entidades que puedan ocasionarle la muerte.

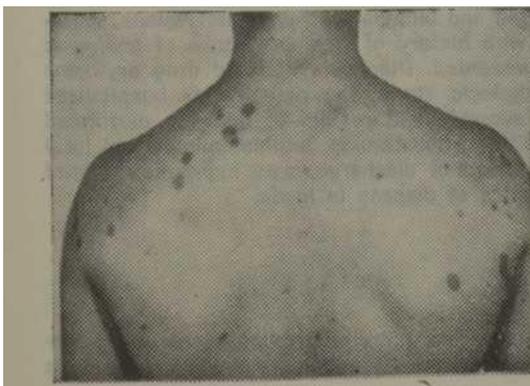
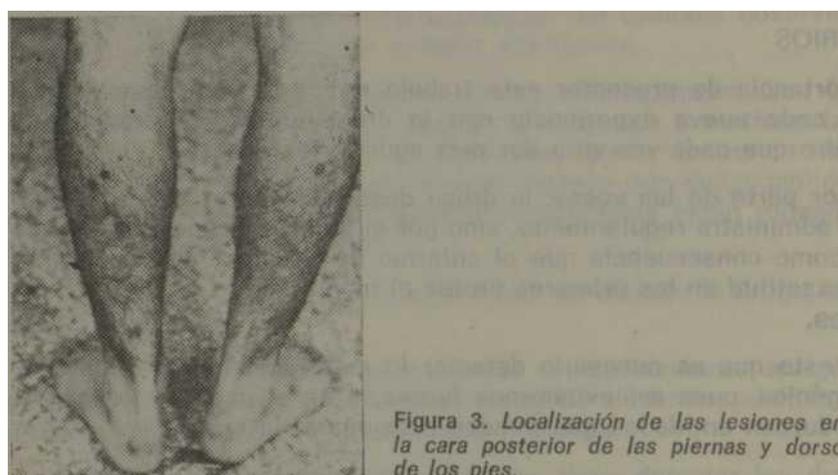
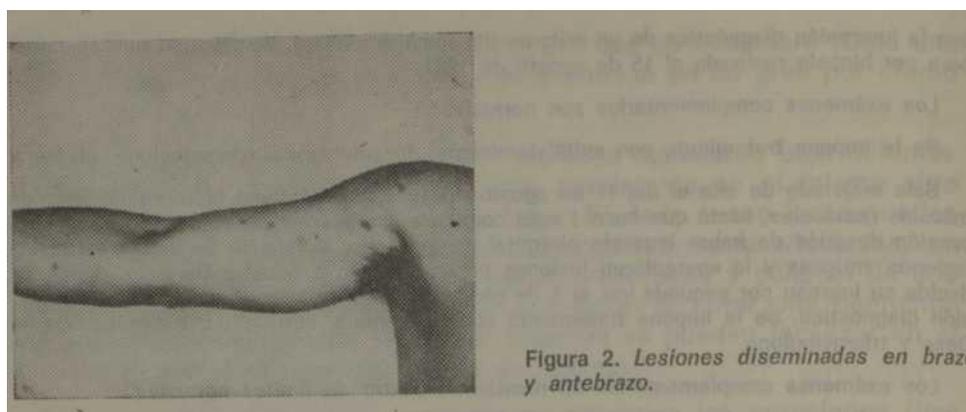


Figura 1. Lesiones pigmentadas en la espalda, de aspecto numular.



SUMMARY

Peñate, R. et al.: *Fixed drug erythema*.

The case of a patient hospitalized by pigmented and bullous erythematous lesions, disseminated by all the body, including genitalia, with history of frequent intake of analgesic agents because of cephalalgia suffering, is presented. Diagnosis of fixed drug erythema is stated, and it is corroborated by histopathologic study. The patient was hospitalized twice, evolution during those periods was favorable and results of analysis performed were within normal levels. He was treated with corticosteroids, antihistaminics and local treatment. Clínica! picture of the patient, at hospital discharge, was improved. A brief commentary about the patient and characteristics of disease is made.

RÉSUMÉ

Peñate, R. et al.: *Erythème fixe médicamenteux*.

Il s'agit d'un malade qui est hospitalisé pour des lésions érythémato-bulleuses et pigmentées, disséminées par tout le corps, y inclus les organes génitaux, avec l'antécédent de prise fréquente d'analgésiques pour des céphalées. On pose le diagnostic d'un érythème fixe médicamenteux, qui est confirmé par les études histopathologiques. Le malade a été hospitalisé à deux reprises, son évolution étant satisfaisante; les analyses ont été dans les limites de la normale. Le traitement a consisté en l'administration de corticostéroïdes, d'antihistaminiques et un traitement local. A la sortie de l'hôpital, le patient continuait à améliorer. Enfin, on commente ce cas et les caractéristiques de la maladie.

BIBLIOGRAFIA

1. *Lever, W. F.: Histopatología de la piel. 5ta ed. Barcelona, Ed. Científico-Médica, 1979.*
2. *Colectivo de autores: Dermatología. 2da ed. La Habana, Ed. Científico-Técnica, 1973. Pp. 167-168.*
3. *Coskey, R. J.; H. G. Bryan: Fixed drug eruption due to penicillin. Arch Dermatol 3(6): 791-792, jun., 1975.*
4. *Jotly, H. IV. et al.: Fixed drug eruptions due to tetracyclines, Arch Dermatol 114(10): 1484-1485, Oct., 1978.*
5. *Lever, W. F.: Histopatología de la piel. 3ra ed. Barcelona, Ed. Científico-Médica, 1964, P. 231.*

Recibido: 6 de marzo de 1984

Aprobado: 8 de enero de 1985

Dr. Remberto Peñate

Hospital Docente Clínicoquirúrgico

"10 de Octubre"

Calzada de 10 de Octubre y Agua Dulce

Ciudad de La Habana

Cuba