



CONSIDERACIONES SOBRE ERITEMA FIJO PIGMENTADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO GENERALIZADO

CONSIDERATIONS ON FIXED PIGMENTED ERYTHEMA. PRESENTATION OF A GENERALIZED CASE

Autores: Dr. Francisco Nelson Matos Figueredo¹, Dra. Gisela María Blanco Santisteban², Dr. Maikel Francisco Matos Rondón³.

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Profesor Auxiliar. MSc en Enfermedades Infecciosas. Universidad "José Eduardo dos Santos". Facultad de Medicina. Huambo. Angola.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Profesor Asistente. MSc en Enfermedades Infecciosas. Investigadora Agregada. Universidad "Agostinho Neto". Facultad de Medicina. Luanda. Angola.

³ Residente de 3er año en Hematología. Hospital Clínico Quirúrgico Provincial "Celia Sánchez Manduley". Universidad de Ciencias Médicas. Granma. Cuba.

E-mail para correspondencia

matosfigueredofrancisco@gmail.com//fmatosf@infomed.sld.cu



Resumen

Introducción: Las toxicodermias son una complicación frecuente e importante en la práctica médica dermatológica. Pueden afectar piel, mucosas y/o anexos y son producidas por el efecto nocivo de diversas sustancias, casi siempre medicamentos. **Objetivos:** Exponer algunas consideraciones sobre Eritema Fijo Pigmentado y presentar a la comunidad científica un caso con variedad clínica generalizada. **Materiales y métodos:** Se presenta paciente escolar atendido en servicio de Dermatología, con lesiones hipercrómicas generalizadas. Con el consentimiento del tutor fueron interrogados y el paciente examinado y fotografiado; se evaluaron y solicitaron otros exámenes de laboratorio sugeridos por la especialidad interconsultada. Fue prescrito tratamiento sintomático y citados a reconsulta, donde se encontró y eliminó la causa; añadiéndose esteroide tópico y oral. Fueron enunciadas algunas consideraciones de esta toxicodermia. **Resultados y discusión:** A través del método clínico se identificó diagnóstico y causa de esta dermatosis. Los complementarios evaluados resultaron normales, excepto el conteo de eosinófilos y plaquetas, por lo que se hizo necesario interconsultar el caso con otra especialidad. **Conclusiones:** Nuestro paciente presentó un cuadro clínicamente diagnóstico de Eritema Fijo Pigmentado Generalizado (EFPG); corroborado por encuesta medicamentosa y examen físico dermatológico, pues no fue posible observar la desaparición de las lesiones con el tratamiento impuesto.

Palabras claves: Toxicodermias/Eritema Fijo Pigmentado/Aceite de palma

Abstract

Introduction: Toxicodermias are a frequent and important complication in dermatological medical practice. They can affect the skin, mucosa and/or annexes and are produced by the harmful effect of various substances, usually medications. **Objectives:** To present some considerations on Fixed Pigmented Erythema and to present to the scientific community a case with generalized clinical variety. **Materials and methods:** A school patient was presented, treated at the Dermatology service, with generalized hyperchromic lesions. With the consent of the tutor, they were questioned and the patient examined and photographed; other laboratory tests suggested by the interconsulted specialty were evaluated and requested. Symptomatic treatment was prescribed and they were summoned for consultation, where the cause was found and eliminated; adding topical and oral steroid. Some considerations of this toxicoderma were stated. **Results and discussion:** Through the clinical method, the diagnosis and cause of this skin disease were identified. The complementary ones evaluated were normal, except for the count of eosinophils and platelets, being necessary to consult the case with other medical specialty. **Conclusions:** Our patient presented a clinically diagnostic of Generalized Fixed Pigmented Erythema (EFPG); corroborated by drug survey and dermatological physical examination, since it was not possible to observe the disappearance of the lesions with the imposed treatment.

Key words: Toxicodermas/ Fixed Pigmented Erythema/Palm oil.



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define reacción adversa a los medicamentos (RAM) como "una respuesta nociva o indeseable que ocurre en dosis normalmente administradas en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, o para la modificación de una función fisiológica". Aquí encontramos las farmacodermias, las cuales son manifestaciones en la piel, las mucosas o anexos producidas por fármacos administrados por cualquier vía, excepto cutánea.^{1,2}

Una de ellas es el Exantema Fijo Medicamentoso (EFM) o Eritema Fijo Pigmentado (EFP), descrito por primera vez en 1889 por Bourns al observar una erupción en labios y lengua de un paciente que había ingerido 20 g de antipirina y que, al curar, dejaba una hiperpigmentación residual delimitada. Brocq, en 1894, utilizó el mismo término e igual causa al describir una "erupción eritematopigmentada, la cual tenía la particularidad de reaparecer en la misma localización unas horas después de administrar por vía oral el fármaco desencadenante.

Su etiología se ha asociado a decenas de fármacos, pudiendo afectar cualquier área cutánea o mucosa. Tras la desaparición de las lesiones, persiste una hiperpigmentación residual en el lugar donde estuvieron las lesiones iniciales, que pueden durar varias semanas o meses, y que justifica el nombre original en francés de este trastorno, conocido como erythème pigmenté fixe. Su diagnóstico es esencialmente clínico y se debe suspender inmediatamente el probable agente causal.³

Presentamos un caso de Eritema Fijo Pigmentado variedad Generalizado (EFPG) atendido en consulta de Dermatología. Los autores dermatólogos exponen algunas consideraciones sobre aquellos tópicos de esta dermatosis que resultan interesantes y a veces no coincidentes con la literatura; basado en la experiencia acumulada de más de 20 años en diferentes regiones de 4 países como especialistas docente-asistenciales en la impartición, diagnóstico y tratamiento de enfermedades dermatológicas y dentro de ellas esta toxicodermia relativamente frecuente. Se es del criterio que esta variedad clínica no muy frecuente y junto a algunos elementos semiográficos de las lesiones y causa inusuales, resulta de interés para su presentación.

Presentación del caso

Paciente masculino, raza negra, 10 años de edad, procedente de otro municipio, que acude a consulta con su mamá, quien relata que el escolar es remitido del servicio de Pediatría al nuestro, por presentar manchas muy oscuras en la piel hace 2 meses aproximadamente; inicialmente localizadas en tronco, crecieron rápidamente en horas y otras fueron identificadas de gran tamaño desde el comienzo; las mismas aumentaron en número cada 2 o 3 días en otras partes del cuerpo, fundamentalmente en brazos y piernas. Notó que a los 10 días



aproximadamente de iniciado el cuadro cutáneo, algunas de las primeras lesiones presentaron un aclaramiento. Relata además que la salida de las lesiones se acompañó de ardor y prurito discreto, que cedieron progresivamente en la medida que aclaraban.

Antecedentes Patológicos Personales: Alergia no precisada.

Antecedentes Patológicos Familiares: Madre con alergia no precisada.

Pesquisa medicamentosa/alimentaria: Se realizaron dos pesquisas exhaustivas sobre posibles medicamentos y alimentos administrados al paciente, en consulta inicial y a las 72 horas en reconsulta. En la primera, procurando que la madre nos relatara la administración de medicamentos y sus vías el mes anterior y luego haciendo hincapié en los últimos dos días. También fueron procurados los alimentos más consumidos por el escolar y aquellos de reciente introducción (24 horas) en su dieta, aditivos, condimentos naturales y artificiales, enlatados, refrescos, colorantes sobre todo merengue o cremas para dulces; otros como enfermedades recientes, exposición prolongada al sol y esquema de vacunación; no siendo posible identificar ninguna causa. La segunda se realizó de igual forma, pero mostrando en una libreta un mínimo de cinco medicamentos pertenecientes a los grupos más frecuentes responsables de toxicodermias (antibióticos y sulfas, analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, barbitúricos e incluimos antiparasitarios y vitaminas por ser de uso muy frecuente en el medio sin prescripción facultativa. Se exploraron otros como laxantes, supositorios, gotas óticas, oftalmológicas y todas las vías posibles en su uso; también descartamos aquellos medicamentos que frecuentemente se compran en lugares no autorizados, ilegales o de procedencia dudosa, donde resultan más baratos; también otros preparados con hierbas medicinales industriales o caseras, a veces no considerados medicamentos por muchas personas en la población. En este último aspecto se recoge el antecedente de ingestión de aceite de palma como "vitamina", de fabricación casera, que coincide con la salida de lesiones hace 1 mes, de forma intermitente, en la dosis de 1 cucharada de 1 a 3 veces por semana que mantiene hasta el momento de la reconsulta.

Examen Físico

Examen físico general y aparatos: Nada a destacar

Examen físico dermatológico: Máculas hiperpigmentadas, más de 40 en número, bordes bien definidos, forma redondeadas y otras numulares, entre 2 a 8 cm de diámetro, distribución generalizada en tegumento con predominio troncular anterior; además en pliegues de flexión cubital, poplíteo e inguinal de forma simétrica, cuello anterior, mentón y región periorbitaria izquierda, respetando cuero cabelludo, mucosas y uñas. Algunas máculas en número de 2 o 3 convergen y forman lesiones de mayor tamaño en tórax principalmente y otras en menor número presentan aclaramiento de toda su superficie (máculas residuales) distribuidas hacia la parte superior de dicha región. Ninguna de las lesiones descritas desaparecen con la vitropresión. Se acompañan de ardor y



prurito discreto, sin ritmo horario, de aparición súbita al momento de salir y desaparece al unísono en la medida que aclaran.

Complementarios y resultados

Fueron valorados en consulta inicial hemoglobina, hematocrito y glicemia. Se solicitaron parcial de orina, coagulograma completo, azoados, pruebas funcionales hepáticas, perfil lipídico, velocidad de sedimentación globular (VSG), antígeno de superficie (HBsAg), serología (VDRL), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y conteo absoluto y relativo de eosinófilos. Todos resultaron normales, excepto el último con un 7% en sangre periférica y conteo de plaquetas de $140 \times 10^9/L$.

Conducta

Dentro de la conducta diagnóstica se realizó examen físico general, por aparatos y examen físico dermatológico, dos encuestas medicamentosas/alimentarias exhaustivas y previo consentimiento del tutor se tomaron fotografías como se muestran en anexo I (fotos 1 hasta 1-B). Todas fueron ampliadas, con el objetivo de observar mejor los detalles semiográficos sin llegar a distorsionarlos; siendo los pasos referidos la base para completar la historia clínica dermatológica. Se evaluaron exámenes complementarios traídos de consulta de Pediatría y solicitaron otros ya comentados. Con los elementos descritos planteamos como hipótesis diagnóstica un Eritema Fijo Pigmentado Generalizado e interconsultamos el caso descrito con la especialidad de Hematología vía internet, al no disponer de especialista en nuestro medio, quien coincide con el diagnóstico planteado y por la trombocitopenia ligera en un niño sugiere descartar en primer lugar infecciones virales y realizar una batería de exámenes, que no fueron realizados al no estar disponibles en las instituciones de salud del municipio, entre otras razones. Como conducta terapéutica, en la primera consulta fueron prescritas medidas generales basada en los cuidados de la piel: no irritantes, uso de jabón emoliente y tratamiento sintomático con dexclorfeniramina 4 mg en comprimidos a dosis pediátrica y se cita a reconsulta en 72 horas. En esta se revisan exámenes complementarios ya comentados y por la salida de nuevas lesiones se añade esteroides vía oral (prednisona 5mg) a dosis de 0,5 mg/kg/día por 5 días y se cita al término a consulta para valoración clínica y seguimiento fotográfico con fines comparativos, pero no asistieron.

Discusión

Las erupciones medicamentosas pueden imitar una amplia variedad de dermatosis, incluso producir prurito y disestesia sin una erupción obvia. Cualquier medicamento puede llegar a producir una toxicodermia, y los más susceptibles son los pacientes polimedicados. El objetivo principal del tratamiento es identificar el fármaco causante y retirarlo; siendo fundamental que el médico tenga conocimiento de que esta patología se presenta como una



gran simuladora y debe ser capaz de reconocer las formas graves para prevenir un desenlace fatal.⁴

Etimología

Se denomina Eritema Fijo Pigmentado (EFP) debido a la aparición de lesiones cutáneas y/o mucosas, con recurrencias siempre en la misma localización tras la administración del agente causal, normalmente un fármaco y al curarse dejan una mácula pizarrosa residual sobre las que reaparecen las lesiones si se readministra.^{5,6}

Se es del criterio que además del término anterior, también se conoce en la literatura como Erupción (Exantema) Fija Medicamentosa (EFM).

La mayor parte de los casos atendidos con esta patología no presentaron el eritema aislado y en el menor número de ellos no fue posible identificar la causa por diversos motivos, aun con las pruebas diagnósticas disponibles.

Lo habitual fue que las lesiones aparecieron en los mismos sitios al reintroducir la presunta sustancia desencadenante; sin embargo en casos aislados ocuparon otra topografía y a veces más pequeñas cerca de la inicial de mayor tamaño, muy similares a lesiones satélites como ocurre en los nevus.

El color varió en una gama de colores desde el rosado-rojo hasta el púrpura pasando por el violáceo-pardo. Fue más frecuente observar el eritema asociado al tinte violáceo, el primero distribuido como un halo en la periferia del segundo y en otros predominó un violáceo intenso en el centro y más claro en la periferia.

Por tanto se es del criterio utilizar el término Exantema y añadir la posible causa medicamentosa o no de forma general (grupo farmacológico) o especificando el medicamento, alimento u otro. Por otra parte las lesiones se presentaron con un patrón muy variado: reticular, ampolloso, purpúrico, o más raro aquellos que adoptan enfermedades exantemáticas; así como de su distribución: localizados, generalizados o solo mencionar una topografía determinada.

El caso presentado fue denominado *Exantema Pigmentado Generalizado por aceite de palma y/o vitaminas.* (causa/s presuntiva)

Epidemiología

Es una de las cuatro farmacodermias más frecuentes; con una distribución mundial, sin diferencias raciales y su proporción entre sexos es variable según las series. Puede afectar a personas de cualquier edad, pero la mayoría de los casos se produce en adultos jóvenes, aunque es rara en los niños. Algunos autores han encontrado cierta predisposición en personas con antecedentes familiares de diabetes mellitus, atopia y alergias medicamentosas.⁷



Un estudio de 372 casos realizado en Sinaloa, México, identificó que el 61,29% de los casos correspondía al sexo masculino; el 48% tenía entre 21 y 40 años de edad; la ocupación más frecuente fue de estudiante (31,18%); la morfología predominante fueron las manchas eritematosas, con un 47,58%; la topografía afectada con mayor frecuencia fueron el tronco, en un 25,91%, y las extremidades inferiores, con el 20,92%, presentándose de dos a cinco lesiones en el 57,8% de los casos, con una evolución de uno a tres meses en el 36,02% de los pacientes. Se identificaron 57 agentes causales, de los cuales el 98,24% correspondió a causas medicamentosas y el 1,75%, a causas no medicamentosas.⁸

Sobre lo anterior se considera que ningún grupo etario está exento de la enfermedad, sin embargo en nuestros casos predominaron los adultos jóvenes, masculinos y de raza blanca; pues en lactantes, escolares y seniles fueron más frecuentes otras toxicodermias de mayor gravedad y letalidad. El caso presentado resultó inusual en nuestra casuística, pero en el resto los datos epidemiológicos fueron determinados por la población estudiada.

Etiología

La mayor parte de los autores coinciden que los medicamentos son la causa más frecuente de EFP. Las causas no medicamentosas que se señalan, muy raras y poco argumentadas en la literatura, ocupan aproximadamente un 15 %, entre ellas: radiaciones solares, alimentos como leguminosas, frutas, colorantes alimenticios, la quinina del agua tónica, sustancias aditivas, pastas dentales.^{8,9}

Se coincide que la causa más frecuente y en la mayoría demostrada son los medicamentos, sobre todo el sulfaprin y curioso resultó que nunca observamos esta dermatosis con el uso de la sulfona madre (dapsona) a pesar de una casuística elevada en el tratamiento de pacientes con lepra, reacciones leprosas, dermatitis herpetiforme y pustulosis subcórnea. Seguidamente la dipirona y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), principalmente el ibuprofeno. El resto de los medicamentos implicados, salvo excepciones etiológicas que hace mención la literatura, pensamos que además de los efectos adversos gastrointestinales y hepáticos, lo que más producen son reacciones de fotosensibilidad, eritema multiforme, síndrome de Steven-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica. Escasos son los casos de sensibilidad a más de un fármaco en un mismo paciente, encontrados por los autores.¹⁰

Mención aparte y casi excepcional fue un caso originado por drogas ilícitas (cocaína, heroína y clorhidrato de metanfetamina), que sugerimos tener en cuenta al personal de salud que se desempeña en otros países. Observamos un caso de EFP en una adolescente, la cual presentó lesiones eritemato-purpúricas, localizada exclusivamente en labio inferior y caras de flexión de miembros superiores, muy pruriginosa, presumiblemente causada por la primera, porque además se recogió el antecedente de uso de marihuana. (primer caso de sensibilidad cruzada por los autores)



Algunos excipientes farmacéuticos son alimentos o sustancias derivadas de estos que podrían representar una amenaza para los pacientes con alergia alimentaria, cuyas manifestaciones clínicas (alergia) pueden variar desde trastornos de la piel hasta reacciones sistémicas potencialmente mortales. Se han descrito reacciones de hipersensibilidad inmediata (RSI) causadas por excipientes contenidos en la formulación de medicamentos, sin embargo no hay datos sobre su prevalencia, que por otra parte pueden conducir a un diagnóstico falso positivo de alergia a medicamentos.¹¹

El caso que nos ocupó, inicialmente lo consideramos como de causa no medicamentosa, sin embargo lo reconsideramos en base a dos aspectos que por separados o juntos podrían justificarlo: el primero, el aceite de palma como vehículo y el segundo, que este contiene altas concentraciones de vitaminas A y E, entre otros compuestos consideradas como sustancias activas. A lo anterior añadimos que hemos observado 4 casos con lesiones eritemato-costro-purpúricas perioficiales, tres en recién nacidos y un lactante, muy parecidos al impétigo contagioso, cuyas madres aplicaron tópicamente el referido aceite para prevenir “enfermedades virales respiratorias”.

De lo anterior concluimos que la causa fue el aceite de palma, sin poder discernir si fue el aceite per sé, las vitaminas contenidas en este o ambas; en este último caso sería el segundo caso de sensibilidad cruzada.

Cuadro clínico

Algunos autores describen 5 formas clínicas: A) Placas eritematosas pigmentadas asimétricas (clásica), B) Placas eritematosas no pigmentadas simétricas, C) Forma minor o frustra, D) Forma ampollosa diseminada E) Forma lineal.¹⁰

Se es del criterio, que realmente las lesiones aparecen poco tiempo después de la exposición al agente causal, como ocurrió a los 20 minutos de un caso observado en Cuerpo de Guardia a una inyección endovenosa de avafortan. En el caso que nos ocupó, aunque no se pudo establecer con exactitud el tiempo entre la ingestión del aceite y la salida de las lesiones, se corroboró en las primeras 24 horas.

La mayor parte de los casos se presentó en dos formas clínicas más o menos definidas: la eritematosa (forma B), que por lo general es única o pocas en número, pequeñas, de preferencia localizadas en superficie de extensión de miembros inferiores y superiores. Esta resultó la forma más difícil de diagnosticar, pues realmente se parece a otras dermatosis; comienza con un color rosado que va haciéndose más intenso, con superficie discretamente elevada muy parecida a una placa de psoriasis gutata, sin escamas; en otras el eritema se acompaña en su centro una coloración melánica muy tenue casi



imperceptible, más visible con el dermatoscopio y que con el tiempo adoptan un tinte purpúrico; en éste último fue frecuente la aparición de ampollas (forma D).

La segunda, a nuestro juicio la más frecuente fue la forma pigmentada o melánica como la descrita en nuestro caso, con una coloración más intensa que la habitual y que pensamos guardó relación con la raza y con la dosis del aceite ingerido y que en su comienzo simuló algún tipo de vasculitis.

La evolución fue a ir desapareciendo progresivamente a partir de la segunda semana con un aclaramiento central; sin embargo en la mayoría de los casos comenzó después de los 30 días, incluso reexponiéndose al mismo medicamento. Otro dato relevante fue que el sol perpetuó la hiperpigmentación y la causa por la cual algunos casos demoraron meses e incluso más de 1 año en hacerse imperceptibles (forma A). Se es del criterio que la forma C puede representar una variante de la A, en sus comienzos, tal vez en un paciente no sensibilizado y/o con dosis baja del medicamento. Nunca fue observado la forma E, que pudiera ser o confundirse con una dermatitis de Berloque (¿EFP de causa tópica?).

Algunos elementos semiográficos de las lesiones

El número de lesiones fue escasa: una o dos y tal vez guardó relación con la causa que lo produjo, dosis, vía de administración, frecuencia y principalmente si existió o no sensibilización previa por parte del paciente.

El tamaño varió entre 2-4 cm, predominó la forma numular aunque también se observaron ovaladas. Se localizó más en los labios (labio inferior) y genitales externos en ambos sexos, siendo el surco balanoprepucial el más observado, por lo tanto se recomienda que las mucosas debe de ser un sitio a explorar de forma rutinaria.

En un solo caso presenciamos afectación de una uña de una mano en un adulto causado por amoxicilina, que resultó muy difícil de diferenciar de un traumatismo o melanoma ungueal.

Interesante hubiera sido el seguimiento de este escolar, pues hay reportes de casos en que el número de lesiones fue tan elevado que resultó imposible distinguir la piel sana de la enferma, con un aspecto atigrado, denominado eritema fijo invertido. Se es del criterio, que un término más apropiado es denominarlo aspecto de leopardo, pues como señalamos anteriormente el patrón lineal nunca fue presenciado y aunque se puede localizar en los pliegues como nuestro caso, no es su sitio de predilección aislado.

En muy pocos pacientes, todos adultos apareció un plegamiento en la superficie de las lesiones, por lo general cuando fueron numerosas, pequeñas, diseminadas y eritemato-purpúricas, que constituyó un signo precoz de la salida de ampollas; sin embargo fue frecuente observarlo en otras toxicodermias más graves.



Los bordes en las lesiones iniciales como en las involucionadas, fueron bien definidos salvo excepciones, por lo cual se recomienda que su ausencia fue un elemento que puso en duda el diagnóstico.

Se constató en nuestro paciente la administración del aceite de palma de forma continua, en días alternos, prácticamente hasta el día de la consulta, que produjo a la postre un número elevado de lesiones, gran tamaño, hiperpigmentadas y con una distribución más amplia, de aquí el término generalizada.

Síntomas subjetivos

Los más frecuentes observados fueron sensación de ardor y prurito discreto; que se es del criterio guardó relación directa con los factores enumerados anteriormente como en nuestro caso. En esta toxicodermia no se encontró fiebre, síntomas generales, dolores abdominales ni otros, que sí fueron frecuentes en otras.

Diagnóstico positivo, diferencial y complementarios

El diagnóstico del EFP fue clínico y por lo general no ofreció problemas, sobre todo la forma pigmentada, pues la anamnesis exhaustiva orientó y descubrió la posible causa/s en la mayor parte de los casos, con la salvedad que hicimos anteriormente para la eritematosa. En todos los casos, la encuesta medicamentosa y/o alimentaria resultó vital para el diagnóstico. Por otra parte, las características clínicas descritas de las lesiones, la desaparición de éstas de forma gradual y progresiva una vez suprimido la causa, fueron elementos claves del dictamen en el caso que nos ocupó; excepto que no fue posible presenciar la resolución completa del cuadro clínico, por los motivos ya comentados.

En todos los casos atendidos descartamos dermatosis que pudieron simular el EFP, según las características clínicas presentadas y se realizaron las pruebas diagnósticas en aproximadamente un 10% de ellas, siendo bien toleradas, pues no presenciamos empeoramiento del cuadro cutáneo en ninguno caso.

Nos limitamos a mencionar las pruebas más utilizadas y los diagnósticos diferenciales en ese orden, que se prestan a confusión y comentar someramente lo que consideramos más distintivo.

Esas pruebas son: 1) Parche o alérgicas de contacto, sobre la piel afectada y/o sana. 2) Provocación oral o reexposición a la sustancia sospechosa. Son interesantes los casos publicados de desensibilización tras reexposición progresiva al fármaco que la origina, y se han llegado a alcanzar dosis terapéuticas sin reaparición de un episodio. 3) Biopsia de piel.¹²

Por razones obvias, en los casos seleccionados se realizó inicialmente la primera y fue reservada la segunda cuando el paciente estaba medicado por patologías previas u otra causa, siempre con mucha cautela sobre todo cuando la



dermatosis adquirió la forma ampollosa o generalizada. En el menor de los casos, la biopsia resultó la elección, sobre todo en las formas eritematosas.

Las pruebas de parche siempre resultaron positivas cuando se realizaron sobre una lesión previa o residual y en la mitad de los casos aproximadamente el colocado sobre piel normal. El 40 y 5% de los pacientes con EFPG presentaron aumento del conteo relativo de eosinófilos en sangre periférica y una disminución del conteo de plaquetas (trombocitopenia ligera) respectivamente.

Diagnósticos diferenciales

La clínica resultó característica y sugestiva en casi todos los casos atendidos; sin embargo fueron considerados los cuadros dermatológicos siguientes: picadura de arañas u artrópodos, herpes simple bucal o genital, balanitis candidiásica y algunas formas clínicas de lepra. Los que más se prestaron a confusión, principalmente en formas generalizadas fueron: vasculitis por hipersensibilidad, resto de erupciones medicamentosas características en su comienzo; dermatitis cenicienta, liquen plano pigmentoso, eritema polimorfo, necrosis por anticoagulantes y pigmentación producida por la ingestión prolongada de amiodarona.

Tratamiento

El EFP no precisa tratamiento específico. Se realiza tratamiento sintomático, y lo más importante es la retirada del agente desencadenante (habitualmente un fármaco).¹³

En la mayor parte de los pacientes ocurrió lo siguiente: 1) Con la identificación y suspensión de la causa/s presumible, el cuadro resolvió de forma paulatina. 2) Se prohibió la exposición al calor, principalmente las radiaciones solares, pues además de pigmentar más las lesiones, su evolución se prolongó. 3) El uso de antihistamínicos orales resultó beneficioso, principalmente en formas diseminadas y generalizadas, aun sin síntomas subjetivos acompañantes. 4) Estos fueron preferidos ante los sedantes, en aquellos pacientes que presentaron ansiedad u otros trastornos lábiles muy leves. En algunos casos se observó un aumento de la intensidad de la pigmentación del cuadro, cuando se utilizaron por vía tópica, sobre todo con el fenestil. 5) Los esteroides tópicos en cremas geles o ungüentos, sobre todo la triamcinolona y betametasona aportaron más aclaramiento de las lesiones, cuando se aplicaron mezclados con algún vehículo líquido graso (aceite extra virgen de oliva).

En el caso que nos ocupó, usamos desonida en crema 0,05 % una vez al día y debido a las lesiones muy numerosas y extensas; asociamos esteroides vía oral a 0,5 mg/kg/día con disminución gradual, en dependencia al comportamiento de su evolución.



Conclusiones

Nuestro paciente presentó un cuadro clínico diagnóstico de Eritema Fijo Pigmentado, variedad generalizado (EFPG); siendo la encuesta medicamentosa, el pilar fundamental para su dictamen. La raza, antecedentes personales y familiares de alergia, sensibilización previa y la ingestión continua y prolongada del vehículo con varias sustancias activas, jugaron un papel importante en el número de lesiones, tamaño y diseminación. La interconsulta con la especialidad de Hematología, con evaluación del conteo de plaquetas y de eosinófilos fue necesario en ésta forma clínica.

Referencias

1. Zaragoza Mora JI, Martínez-Herrera E, Monroy-Prado GA, et al. "Acute Drug Reactions in Children. Prevalence in a High-Specialties Hospital in Mexico". *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*. 2019; 17(3):161-165.
2. Lazo-Betetta MA, Matos-Zegarra DL, Luna Porta L, Araujo-Banchon WJ. "Características clínicas y epidemiológicas de las reacciones de hipersensibilidad a los medicamentos y su rol con la atopía en un hospital del Perú". *Rev. Cuerpo Méd. HNAAA*. 2018; 11(4):214-219.
3. Sieira AJ, Jurjo Costa A, Jurjo Sieira MJ. "Exantema fijo medicamentoso causado por amoxicilina." *Rev. Med Gen y de Fam*. 2015; 4(4):133-135.
4. Rotela-Fisch V, Valiente-Rebull C, Di Martino-Ortíz B, Rodríguez-Masi M, Bolla de Lezcano L. "Farmacodermias". *CIMEL*. 2016; 21(2):42-47.
5. Naranjo Núñez MM, Rodas Espinoza AF. "Generalized fixed drug eruption." *Med Cutan Iber-Lat-Am*. 2014; 42 (1-3): 54-56.
6. Rueda López J, Cruces Baca C, Pérez Moreno R, Villa García L, Guerrero Palmero A. "Exantema fijo medicamentoso por paracetamol. Caso clínico con revisión bibliográfica". *Gerokomos [Internet]*. 2017 [citado 2020 Mayo 16]; 28(3):158-162. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000300158&lng=es.
7. Fustà-Novell X, Bosch-Amate X, Morgado-Carrasco D. "Eritema Fijo Medicamentoso. *Aten Prim Pract*. 2019; 1(3):55-56.
8. Villalba Leiva E, Benítez Kellendonk JA, Kellendonk AM, Portilla W. "Eritema fijo pigmentoso asociado a terbinafina. Reporte de un caso". *REVISTA CENTÍFICA AXIOMA*. 2015; 13(2):18-24.



9. Gay-Muñoz PM, López-Padilla SO. "Eritema pigmentado fijo." *Rev Méd MD* 2017; 8(3):120.
10. Kavoussi H, Rezaei M, Derakhshandeh K, Moradi A, Ebrahimi A, Rashidian H, et al. "Clinical features and drug characteristics of patients with generalized fixed drug eruption in the west of Iran (2005-2014)". *Dermatol Res and Pract.* 2015;(10)1155:1-4
11. Caballero ML, Quirce S. "Immediate Hypersensitivity Reactions Caused by Drug Excipients: A Literature Review". *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2020; 30(2): 86-100.
12. Peru Urigoitia U. "Eritema fijo medicamentoso". Fundación Piel Sana. Academia Española de Dermatología y Venereología. 2017.
13. Macedo Cantero AM, Palmerín-Donoso A, Tejero-Mas M. "Exantema fijo medicamentoso por etoricoxib." *Aten Primaria.* 2019; 51(8): 518-520.



I. Lesiones hipercrómicas distribuidas en tronco anterior y miembros superiores. En recuadro dorso de mano izquierda.

1-A. Lesiones iniciales con aclaramiento o en vía de resolución y otras hipercrómicas superpuestas. Todas conservan los bordes bien definidos.

1-B. Afectación de pliegues: izquierda- lesión de gran tamaño, por la confluencia de varias menores, localizadas por debajo de la línea transversa inferior del abdomen y derecha- lesión en pliegue cubital izquierdo.



Anexos (fotografías)

