

Identifique el caso

Irigoyen Coria Arnulfo,¹ Delgado Quiñones Edna G,² Magaña Sandoval Mónica A,³
Robles Romero Miguel A,⁴ Valdivia López Antonio⁵

para la permanencia de estos en programas educativos como éste.

La práctica del ejercicio físico inducida a través de estrategias educativas participativas mejora el control glucémico y metabólico de los pacientes con DM2. Los pacientes modifican su visión del proceso salud-enfermedad y valoran más la importancia de su responsabilidad en el mismo.

Estas observaciones nos permiten identificar la conveniencia de realizar estudios en escenarios como en las Unidades de Medicina Familiar, en los que puedan documentarse las ideas previas, motivaciones y necesidades de los pacientes en cuanto a conocimientos acerca de los procesos patológicos que padecen, ello permitiría un mejor tratamiento no farmacológico, así como la promoción de la salud, características primordiales de la práctica médica familiar.

Referencias

1. Moreno Altamirano L. Epidemiología y diabetes. Rev Fac Med UNAM. 200;44(1):35-37.
2. Sabag-Ruiz E, Alvarez-Félix A, Celiz-Zepeda S, Gomez-Alcalá AV. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina familiar. Rev Med IMSS 2006;44(5):415-422.
3. Vázquez-Chávez C, Salinas-Orozco S, Moreno-Vázquez K, Gómez-Díaz R, Roso-Juárez MM, Jiménez-Villarroel M, y cols. Incidencia y factores de riesgo para desarrollo de intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2 en población mexicana previamente normoglucémica. Rev Endocrinol Nutr 2003;11(1):28-33.
4. Viniegra-Velázquez L. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. Rev Med IMSS. 2006;44(1):47-59.
5. García de Alba-García J, Salcedo Rocha AI, Covarrubias Gutiérrez V, Colunga Rodríguez C, Milke-Najar ME. Diabetes mellitus tipo 2 y ejercicio físico. Resultados de una intervención. Rev Med IMSS. 2004;42(5):395-404.

Respuesta del diagnóstico de la imagen:

Aten Fam 2010;17(1):29

Eritema polimorfo

El eritema polimorfo (EP) o eritema multiforme es una enfermedad aguda de la piel y/o de las mucosas de naturaleza inmunológica, puede llegar a tener una evolución crónica recurrente, y se caracteriza por presentar lesiones cutáneas eritemato-bullosas de varios tipos y/o lesiones mucosas pluriorificiales de tipo vesículo-ampollar.¹⁻³



Desde el punto de vista clínico, clásicamente se distingue entre una forma menor o recurrente y las formas mayores que incluyen el síndrome de Stevens-Johnson (sj) y el síndrome de Lyell o necrólisis epidérmica tóxica (NET), aunque hay autores que las consideran entidades diferentes. Afecta principalmente a varones, de cualquier edad con un pico de incidencia en pacientes jóvenes, sobre todo entre la segunda y tercera décadas de la vida.⁴

La etiología del EP se desconoce aunque en muchos casos aparece vinculado a factores predisponentes como infecciones por virus. El más frecuente es el herpes simple (VHS), pero también puede estar asociado a hepatitis o mononucleosis infecciosa. La presencia de DNA del VHS en las lesiones de la piel se ha demostrado por métodos de reacciones de polimerasa en cadena (PCR) y también se ha hallado el DNA viral en las células epiteliales por métodos de hibridación *in situ*.

El herpes es el principal factor de riesgo del EP menor (forma recurrente). Se estima que entre 15% y 63% de los casos de EP son secundarios al VHS y que la mayoría de casos considerados hasta ahora como idiopáticos estarían relacionados con infecciones subclínicas por VHS. Los fármacos se asocian sobre todo con las formas mayores (síndrome de Stevens-Johnson y síndrome de Lyell), aunque también el EP menor puede ser desencadenado por fármacos, sin embargo, no hay evidencia objetiva de que la dosis del medicamento influya en el grado de intensidad del EP. El número de fármacos que pueden provocar el cuadro es muy amplio y continuamente se describen nuevos casos de EP relacionados con los mismos, por lo que es un listado abierto a nuevas aportaciones, no obstante, el médico familiar deberá tener presente algunos de los fármacos que se han señalado como posibles desencadenantes del EP y que por obvias razones frecuentemente son manejados en la práctica de los médicos que laboran en el primer nivel de atención: *alopurinol, carbamacepina, cefalosporinas, co-trimazol, clorpropramida, ciclofósfamida, diclofenaco, etambutol, hidralicina, hidantoínas, ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno, penicilinas, fenobarbital, fenilbutazona, rifampicina, salicilatos, sulfadiazina, sulfasalazina, trimetadiona, tolbutamida*.¹⁻³

Gavaldá-Murillo y Poveda¹ describen la clasificación que Ayangco y Rogers realizaron en 2003,⁵ en la que claramente se distingue el EP, teniendo en cuenta las clasificaciones anteriores y las manifestaciones a nivel oral:

Eritema polimorfo menor. Lesiones agudas recurrentes o no, autolimitadas. Remiten las lesiones entre dos-cuatro semanas sin secuelas.

Piel: lesiones en diana o escarapela típicas, menores de 3mm de diámetro, forma redondeada y regular, borde bien definido y con al menos tres zonas concéntricas diferentes, o lesiones en diana atípicas, con tan sólo dos zonas concéntricas o bordes mal definidos. Puede haber vesículas en la zona central. Generalmente se localizan de forma simétrica en superficies extensoras de las extremidades o en la cara, y con menor frecuencia en las palmas y plantas de los pies, afectando menos de 10% de la superficie corporal y con signo de Nikolsky negativo.

Mucosas: afectación mínima o inexistente de las mucosas en forma de máculas eritematosas o erosiones superficiales de la mucosa oral y los labios.

Eritema polimorfo mayor. Lesiones agudas recurrentes o no, autolimitadas. Al igual que en el EP menor, las lesiones se curan en dos-tres semanas sin dejar secuelas, pero pueden producirse nuevos brotes después de un periodo variable, por lo que se considera una enfermedad crónica manifestada por múltiples brotes agudos. Suelen aparecer tras días o semanas posteriores a la exposición con el antígeno (brote de herpes recidivante, ingesta de fármacos).

Piel: lesiones iguales a las del EP menor pero más extensas, con signo de Nikolsky negativo.

Mucosas: afectación de una o más mucosas (generalmente de la cavidad oral), que pueden ser la manifestación más importante del cuadro clínico. De 40% a 60% de los pacientes tienen lesiones orales que se localizan típicamente en la parte anterior de la cavidad oral y lengua, en mucosa no queratinizada, siendo infrecuente la afectación gingival aunque puede ocurrir aproximadamente en 16% de pacientes con lesiones orales. Clínicamente, las lesiones son variables, encontrando zonas eritematosas, máculas hiperémicas, pápulas o vesiculoampollas y erosiones superficiales cubiertas por una pseudomembrana de fibrina.

Referencias

2. Ayangco L, Sheridan PJ, Rogers RS. Erythema multiforme secondary to herpes simplex infection: a case report. J Periodontol 2001;72:953-7. Citado por: Gavaldá-Esteve Carmen, Murillo-Cortés Judith, Poveda-Roda Rafael. Erythema multiforme: Revision and update. RCOE [revista en Internet]. 2004 Ago [citado 2010 Abr 06]; 9(4): 415-423. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000400004&lng=es
3. Marinho LHM, Haj M, Pereira LFM. Lip adhesion. An unusual complication of erythema multiforme. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999;88:167-9. Citado por: Gavaldá-Esteve Carmen, Murillo-Cortés Judith, Poveda-Roda Rafael. Erythema multiforme: Revision and update. RCOE [revista en Internet]. 2004 Ago [citado 2010 Abr 06]; 9(4): 415-423. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000400004&lng=es
4. Comentarios a cuál es su diagnóstico. Medicina de Familia (And) 2002;3(1): 286. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n1/062-065.pdf>
5. Ayangco L, Rogers RS. Oral manifestations of erythema multiforme. Dermatol Clin 2003;21:195-205.



Hombre de 41 años de edad con cuadro clínico de 10 años de evolución, el cual presenta múltiples nodulaciones en todo su cuerpo, pequeñas, no desplazables, que en fase aguda son eritematosas con exudado blanquecino-amarillento, que posteriormente dejan zona indurada, con dolor intenso y limitación importante principalmente en miembros inferiores.

Respuesta del diagnóstico de la imagen en Aten Fam 17(3)

¹Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM, ²Residente Medicina Familiar, ³Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar, ⁴Profesor adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar, IMSS, respectivamente, ⁵Médico general, ISSSTE.

Correspondencia:
Irigoyen Coria Arnulfo
coriaa@servidor.unam.mx

Aten Fam 2010;17(2):56-57