

Identifique el caso



Eritema pernio. Perniosis

Erythema Pernio. Perniosis (Chilblains)

Sergio Oswaldo López Padilla,* Luis Gerardo Domínguez Carrillo*

Femenino de 24 años, profesionista, sin antecedentes de importancia; en los últimos tres años, durante los meses de invierno, ha presentado placas eritematosas en dorso de ambas manos, dolorosas y pruriginosas, las cuales desaparecen de forma espontánea al inicio de la primavera (ver figura). Exploración prácticamente normal, excepto por las lesiones dérmicas mencionadas.



Estatura de 162 cm, peso 52 kg, IMC 19.8. Con el diagnóstico de eritema pernio se inicia tratamiento con pentoxifilina a dosis iniciales de 200 mg, tres veces al día por cinco días, incrementando a 400 mg, tres veces al día por cuatro semanas y disminución paulatina de la dosis.

El eritema pernio fue descrito por Corlett en 1894 con el nombre de “dermatitis hiemalis” (dermatitis invernal), (*Chilblains*, en la literatura anglosajona). Es una afección recurrente de la piel asociada con la exposición al frío, ya que tiene un patrón estacional, la mayoría de los casos son diagnosticados entre finales de otoño e inicios de la primavera, aparece primordialmente en mujeres jóvenes entre los quince y treinta años de edad, también se observa en niños y ancianos; se caracteriza por pápulas confluentes que llegan a formar placas eritematosas dolorosas y pruriginosas, habitualmente simétricas, observables principalmente en dorso de las manos y en dedos de manos y pies. La exposición al frío es el factor desencadenante, lo que ocasiona vasoconstricción¹ persistente de las arteriolas de la dermis profunda, con dilatación de las arteriolas superficiales y daño vascular por hipoxia tisular, originando reacción inflamatoria secundaria; los factores predisponentes son: el género femenino, anorexia nerviosa, malnutrición y bajo índice de masa corporal.

Histológicamente se observa edema en la dermis papilar e infiltrado linfocitario perivascular superficial, profundo y perisudorípico, con presencia de queratocitos necróticos en el estrato espinoso; el infiltrado se compone en su mayoría por células T y macrófagos, sin engrosamiento de la membrana basal epidérmica.

*División de Medicina del Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México.

Correspondencia:
Luis Gerardo Domínguez Carrillo
lgdominguez@hotmail.com

Sugerencia de citación: López Padilla SO, Domínguez Carrillo LG. Eritema pernio. *Aten. Fam.* 2020;27(1):55-56. <http://dx.doi.org/10.22201/afamed.14058871p.2020.1.72285>

AF

El diagnóstico es principalmente clínico, sin embargo el diagnóstico diferencial es amplio ya que varias enfermedades pueden causar lesiones semejantes al eritema pernio, incluyendo: eritema indurado de Bazin, vasculitis nodular, eritema nodoso, paniculitis por frío, embolización ateromatosa y fenómenos tromboticos o embólicos, acrocianosis, eritema multiforme, rosácea extrafacial, condrodermatitis nodular del hélix, síndrome de Gianotti-Crosti y lesiones lúpicas, sin embargo en todas las mencionadas la correlación clínico-patológica y la biopsia muestran cambios muy diferentes al eritema pernio.

La gran mayoría de los casos de eritema pernio se resuelve de forma espontánea, siendo imperativo limitar la exposición al frío. Respecto al tratamiento se han propuesto: manejo con

nitroglicerina² en aplicación dérmica, bloqueadores de calcio³ y, raramente, corticoides, siendo la pentoxifilina⁴ la que ha demostrado su efectividad en ensayos clínicos controlados.

A pesar de que no es una patología grave, suele producir discapacidad laboral temporal y afectar la calidad de vida.

Referencias

1. Shahi V, Wetter DA, Cappel JA, Davis MDP, et al. Vasospasm is a consistent finding in pernio (chilblains) and a possible clue to pathogenesis. *Dermatology* 2015;231:274-279.
2. Verma P. Topical Nitroglycerine in Perniosis/ Chilblains. *Skinmed* 2015;13:176-177.
3. Souwer IH, Jacobus HJ, Smiths P, Lagro-Janssen ALM. Nifedipine vs placebo for treatment of chronic chilblains: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2016;14:453-459.
4. Al-Sudany NK. Treatment of primary perniosis with oral pentoxifylline (a double-blind placebo-controlled randomized therapeutic trial). *Dermatol Ther* 2016;29:263-268.

Nuevo caso

Paciente con EPOC

COPD patient

Libia E. Corona Caloca*

Mujer de 58 años de edad que acude a consulta urgente por cuadro clínico de ocho días de evolución, caracterizado por tos con expectoración blanquecina y, posteriormente, de características purulentas, en accesos, disneizante, no cianozante ni emetizante, y de predominio nocturno. Cuatro días después de iniciado el cuadro clínico, se agregó disnea de medianos esfuerzos, no progresiva. Negó haber presentado picos febriles.

Como antecedentes de relevancia, la paciente refirió diagnóstico de EPOC desde hace un año, en tratamiento con bromuro de ipratropio/salbutamol y bromuro de tiotropio. También refirió exposición a biomasa durante 25 años, 250 h/año.

Signos vitales TA 100/70 mmHg, FC 73, FR 22 temperatura 37°C, saturando a 86% al aire ambiente. Peso: 120 kg, talla 1.60 m, IMC de 46.9.

A la exploración, la paciente presentó cuello cilíndrico sin adenomegalias, sin plétora yugular, sin reflujo hepatoyugular. Tórax sin lesiones aparentes, murmullo vesicular presente en ambos hemitórax, no adventicios, claro pulmonar a la percusión, transmisión de la voz simétrica y sin alteraciones, sin integrar síndrome pleuropulmonar. Precordio con ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Durante el resto de la exploración física no se encontraron datos relevantes para el padecimiento actual.

Hallazgos de laboratorio

Citometría hemática: leucocitos 6 040, neutrófilos 5 010, plaquetas 208 000. Hb 18.9 g/dl, Hto 64.5%. Química sanguínea: Glucosa 158 mg/dl, urea 40.1 mg/dl, BUN 18.7 mg/dl, creatinina 0.5 mg/dl. Electrolitos séricos: Na⁺ 141 mmol/L, K⁺ 4.4 mmol/L, Cl⁻ 105 mmol/L, Ca⁺ 8.4 mg/dl. EGO no patológico. Gasometría arterial: pH 7.26, pCO₂ 58, pO₂ 56, HCO₃⁻ 26 mmol/L, déficit de base -1, SO₂ 84% con Fio₂ 37%. PaO₂/FiO₂ 227. ECG, 15/11/19: ritmo sinusal, FC 105,



PR .12 seg, complejos QRS estrechos, eje a 90 grados sin datos de lesión, isquemia o necrosis.

Rx tórax sin alteraciones en tejidos blandos u óseos, presencia de infiltrado reticular difuso de predominio en regiones basales, datos de hipertensión venocapilar, cardiomegalia grado III.

Dadas las características de la paciente, ¿cuál es su impresión diagnóstica y qué tratamiento prescribiría en función de los hallazgos de los estudios de gabinete y laboratorio? Ver figura.

*Hospital General de Zona No. I Ignacio García Téllez