

Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana

Volumen
Volume **33**

Número
Number **4**

Julio-Agosto
July-August **2005**

Artículo:

Eritrodermias. Estudio retrospectivo
clínico-patológico de 45 casos

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Eritrodermias. Estudio retrospectivo clínico-patológico de 45 casos.

Erythrodermias. Clinical pathological retrospective study of 45 cases

Roxana Jaime, César Lagodín, Myriam Dahbar, Miguel Allevato, Hugo Cabrera, Alberto Devés.
Servicio de Dermatología. Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires. Argentina.

Correspondência:

Roxana Jaime
Virrey Olaguer y Feliú, 2933
1636. Olivos. Buenos Aires. Argentina.
Tel.: (+54) 11 4797 6620
Email: roxanabj@yahoo.com.ar

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo describir las causas, su correlación clínico patológica y evolución de las eritrodermias para conocer nuestra casuística y poder compararla con otras series. El diseño del estudio es retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

Se analizaron los datos provenientes de 45 historias clínicas (HC) con diagnóstico de eritrodermia, 27 registradas en consultorios externos y 18 en sala de internación, durante el período 1991-2002. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, etiología, anatomía patológica, tiempo de duración, antecedentes previos de eritrodermias y evolución final.

De las 45 HC, correspondieron 28 (62,2%) al sexo masculino y 17(37,8%) al femenino. La edad promedio de presentación fue de 53,8 años. La etiología de la eritrodermia fue clasificada, inicialmente en 4 grupos, correspondiendo 28 (62%) a dermatosis previas, 9 (20%) a fármacos, 5 (11%) a neoplasias y 3 (7%) de origen desconocido.

De las 45 HC revisadas, sólo se pudieron alcanzar resultados concluyentes en 21 casos, habiendo sido necesaria repetir la biopsia en 7 pacientes. Este acto posibilitó el diagnóstico de linfoma T cutáneo en 3 pacientes (14%) aumentando el número inicial de 4 (19%) a 7 (33%).

En nuestra muestra, la edad promedio de presentación fue de 53,8 años, siendo prevalente en el sexo masculino (62%).

La causa más frecuente fue vinculada con dermatosis previas (62%) y dentro de este grupo, 68% correspondió a psoriasis.

Existió correlación clínico histopatológica en 67% con la primer biopsia, mientras que la efectividad diagnóstica aumentó un 95% con la segunda biopsia.

La evolución final fue favorable en el 58%, desfavorable en 18% y desconocida en 24% de los casos.

(Jaime R, Lagodín C, Dahbar M, Allevato M, Cabrera H, Devés A. Eritrodermias. Estudio retrospectivo clínico-patológico de 45 casos. Med Cutan Iber Lat Am 2005;33:159-165)

Palabras clave: eritrodermia, dermatitis exfoliativa.

Summary

The main purpose of our study was to describe the causes, the clinical pathological correlation and the evolution of erythrodermias of our files and to compare our data with other series.

The planning of the study is retrospective, observable, descriptive and transversal.

Forty-five clinical histories, with the diagnosis of erythrodermia were analyzed; 27 patients corresponded to the outside consultation and 18 were from our clinic, during period 1991-2002. The parameters studied were: age, sex, etiology, anatomical pathological changes anatomy, time of duration, previous antecedents of erythrodermia and final evolution.

It was obtained a total of 45 clinical histories, corresponding 28 (62,2%) to males and 17 (37,8%) to females. The average age of presentation was of 53,8 years. The etiology of erythrodermias was classified, initially in 4 groups, corresponding 28 (62%) to previous dermatosis, 9 (20%) to drugs, 5 (11%) to neoplasias and 3 (7%) of unknown origin.

From the 45 clinical histories reviewed, the result was conclusive in only 21 cases, after a second biopsy in 7 patients, it was possible to reach the diagnosis of T-cell lymphoma in 3 patients (14%) increasing the initial number of 4 (19%) to 7 (33%).

In our the age average of presentation was 53,8 years, being prevalent in men's (62%). The more frequent cause was a previous dermatosis (62%) and within this group 68% belonged to psoriasis. The clinic-histopathological correlation was of 67% with the first biopsy, while the effectiveness diagnostic increased in 95% with a second biopsy. The final evolution was favorable in 58%, unfavorable in 18% and unknown in 24% of the cases.

Key words: erythrodermia, exfoliative dermatitis.

La eritrodermia constituye una dermatosis caracterizada por eritema y descamación universal de la piel cuya evolución tiene un patrón subagudo-crónico[1]. La extensión de superficie cutánea comprometida y la edad del paciente hacen de la eritrodermia una entidad con importante riesgo vital atribuible a los trastornos asociados del equilibrio hidroelectrolítico, metabólico y de la termorregulación.

Múltiples son las causas que pueden determinarla siendo, frecuentemente, difícil realizar un diagnóstico clínico-histológico[2,3,4,9]. Si bien existen algunas series publicadas a fin de contribuir a la descripción y el comportamiento de esta entidad[2,3,5,7,8], aún no se ha establecido definitivamente la causa de este desorden[4].

El presente trabajo tiene como objetivo describir las causas, su correlación clínico-histopatológica y evolución de las eritrodermias.

Se realizó un análisis retrospectivo a fin de conocer nuestra casuística y compararla con publicaciones nacionales y extranjeras.

Para tal fin se emplearon las bases de datos de Archivos Argentinos de Dermatología vigentes durante el período 1950-2002.

Material y métodos

Se evaluaron los datos de 45 historias clínicas con diagnóstico de eritrodermia, 27 de ellas registradas en consultorios externos y 18 en la sala de internación.

Criterios de inclusión: Historias clínicas de pacientes asistidos en el Hospital de Clínicas *José de San Martín*, en forma ambulatoria en los consultorios externos correspondientes al Servicio de Dermatología ó internados en el Servicio de Clínica Médica, durante el período comprendido entre junio de 1991 y agosto de 2002 con diagnóstico de eritrodermia.

Se definió eritrodermia como una dermatosis caracterizada por eritema y descamación universal de la piel, con evolución subaguda-crónica[1].

Criterios de exclusión: Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de eritrodermias congénitas.

Reparos éticos: Se respetó el compromiso moral y ético de la confidencialidad en el manejo de los datos recopilados de las historias clínicas que conformaron la población en estudio.

El diseño del proyecto fué: retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

Los datos provenientes de las historias clínicas (pacientes de consultorios externos e internados) fueron analizados teniendo en cuenta las siguientes variables de estudio:

Edad: medida en años (hasta la fecha del último cumpleaños según lo referido por el paciente).

Sexo: masculino femenino

Estado del paciente al ingresar al protocolo:

a) internado: aquel que se encontraba en sala correspondiente al Servicio de Clínica Médica del hospital y que fue asistido por un dermatólogo mediante interconsulta.

b) consultorios externos: paciente que concurrió en forma ambulatoria al Servicio de Dermatología de la institución.

Etiología: las eritrodermias fueron clasificadas al ingreso en cuatro grupos:

a) Vinculadas a dermatosis previas:

Psoriasis: dermatosis inflamatoria de evolución crónica caracterizada por placas eritematoescamosas distribuidas principalmente sobre las superficies de extensión que puede comprometer piel, cuero cabelludo y uñas.

Ecema o dermatitis espongiosa: dermatosis inflamatoria caracterizada por prurito que evoluciona en tres estadios: agudo (vesículas), subagudo (descamación y costras) y crónico (liquenificación).

Parapsoriasis en grandes placas: dermatosis de etiología desconocida caracterizada por eritema, pápulas y escamas de con evolución crónica y rebeldía al tratamiento.

b) Vinculadas a fármacos:

Antibióticos: penicilina benzatínica, piperacilina, amikacina, eritromicina.

Antiretrovirales: zidovudina, 3TC (lamivudine), nevirapine.

Antiepilepticos: difenilhidantoína, carbamazepina.

Otros: ninguno de los mencionados anteriormente.

c) Vinculadas a neoplasias:

Micosis fungoide: linfoma no-Hodgkin de células T. Es el tipo de linfoma cutáneo primario más frecuente, caracterizado clínicamente por estadios de parche, placa y tumor[11].

Sézary: variante clínica eritrodérmica de micosis fungoide acompañada de linfadenopatía y, al menos 10%, de linfocitos identificados como células de Sézary en sangre periférica[11,12].

d) Desconocida o idiopática: pacientes con eritrodermia de origen incierto al ingreso y no vinculables a los grupos citados previamente.

Anatomía patológica

Fue realizada biopsia de piel en aquellos pacientes que presentaban dificultad en el diagnóstico al ingreso, enviándose al médico patólogo un resumen de historia clínica junto con la muestra.

Fueron obtenidos los siguientes diagnósticos que definimos a continuación:

Psoriasis: hiperplasia epidérmica regular, paraqueratosis, agranulosis, acantosis, papillas elongadas, edematosas y

engrosadas con asas capilares dilatadas e infiltrado inflamatorio con linfocitos y polimorfonucleares (en ocasiones microabscesos en capa córnea).

Eccema o dermatitis espongiosa: hiperplasia epidérmica irregular con espongiosis de grado variable y escaso infiltrado linfocítico perivascular superficial.

Erupción por drogas: infiltrado linfocítico liquenoide en la unión dermo-epidérmica, queratinocitos necróticos ocasionales dentro de la epidermis y eosinófilos dérmicos.

Linfoma cutáneo de células T (Micosis fungoide y Síndrome de Sézary): Hiperplasia epidérmica con infiltrado linfocítico atípico, con tendencia a la dispersión intraepidérmica (epidermotropismo) y colágeno denso en la dermis papilar que, en ocasiones, configura los llamados microabscesos de Pautrier.

Dermatitis crónica inespecífica: paraqueratosis, ligera acantosis y moderada espongiosis e infiltrado inflamatorio dérmico constituido por linfocitos, histiocitos, neutrófilos, eosinófilos y células plasmáticas, con exocitosis epidérmica.

Tiempo de duración: se consideró el tiempo que figuraba en la historia, según lo registrado por el médico tratante

0-30 días

31-90 días

91-365 días

1 a 3 años

Desconocido: no figuraban datos.

Antecedente previo de eritrodermias: se consideró presente, cuando el paciente así lo refería y ausente en caso contrario.

Evolución final:

1) Favorable: mejoría con remisión clínica después del tratamiento instituido.

2) Desfavorable: ausencia de remisión clínica observable, o agravamiento considerándose esta situación cuando:

Se extendía su dermatosis.

Surgían complicaciones infecciosas.

Se producía el óbito.

3) Desconocida: ausencia de datos acerca de su evolución posterior.

Procesamiento y análisis estadístico

Los datos fueron volcados en una base de datos (tipo Excel) y luego analizados empleando un microprocesador Pentium III y el paquete estadístico Epiinfo Versión 6.00. Para las variables categóricas se establecieron la distribución de frecuencias y los porcentajes en relación con el total de casos. Para cada una de las variables medidas en escala ordinal o

superior se calcularon las siguientes estadísticas: número de casos, valor mínimo hallado, valor máximo hallado, mediana, media aritmética y desvío estándar.

Resultados

En un período de diez años se obtuvieron 45 historias clínicas provenientes de pacientes con diagnóstico de eritrodermia de los cuales 17 correspondieron a mujeres (37.8%) y 28 a hombres (62.2%).

La edad promedio de presentación fue de 53.8 ± 17 años (rango 20 a 79 años). Se analizaron 18 (40%) historias clínicas que pertenecían a pacientes internados y 27 (60%) provenientes de consultorios externos.

La etiología de las eritrodermias fue clasificada inicialmente en cuatro grupos, vinculadas a dermatosis previas 28 (62%), a fármacos 9 (20%), secundarias a neoplasias 5 (11%) y de origen desconocido 3 (7%) (Tabla 1).

Tabla 1. Etiología considerada al ingreso

	IC 95%			
	N	%	LIM INF	LIM SUP
Dermatosis previas	28	62	46,5	75,8
Fármacos	9	20	9,57	34,59
Neoplasias	5	11	3,7	24,1
Desconocido	3	7	1,39	18,26
Total	45			

IC: Intervalo de confianza; LIM INF: Límite inferior; LIM SUP: Límite superior

A su vez, aquellas vinculadas a dermatosis previas estaban integradas por tres causas: psoriasis 19 (68%), eccema 6 (21%) y parapsoriasis en grandes placas 3 (11%) (Tabla 2).

Tabla 2. Eritrodermias vinculadas a dermatosis previas

	IC 95%			
	N	%	LIM INF	LIM SUP
Psoriasis	19	68	47,6	84,1
Eccema	6	21	8,3	41
Parapsoriasis en grandes placas	3	11	2,3	28,2
Total	28			

IC: Intervalo de confianza; LIM INF: Límite inferior; LIM SUP: Límite superior

Entre los fármacos responsables puede citarse a anti-bióticos 3 (33%), antiepilépticos 3 (33%), antiretrovirales 1 (11%) y otros 2 (23%) (Tabla 3).

Tabla 3. Vinculadas a fármacos

Fármacos	IC 95%			
	N	%	LIM INF	LIM SUP
Antibióticos	3	33	7,5	70,1
Antipilépticos	3	33	7,5	70,1
Antiretrovirales	1	11	0,3	48,2
Otros	2	23	2,8	60
Total	9			

IC: Intervalo de confianza; **LIM INF:** Límite inferior; **TLIM SUP:** Límite superior

De la totalidad de historias clínicas estudiadas sólo a 26/45 (57,77% IC 95% 42,15-72,34%) pacientes se les realizó biopsia de piel. Fue necesaria la realización de una segunda biopsia en siete pacientes, por presentar dificultades en la interpretación diagnóstica. Este hecho, posibilitó arribar al diagnóstico de linfoma T cutáneo en 3 (14%) pacientes, aumentando el número inicial de 4 (19%) a 7 pacientes (33%) (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados finales de anatomía patológica

Biopsia de piel vinculable a:	IC 95%			
	N	%	LIM INF	LIM SUP
Dermatitis espónsica	8	38	18,1	61,6
Linfomas cutáneos de células T(M Fungoide y Sézary)	7	33	14,6	57
Farmacodermia	3	14	3	36,3
Psoriasis	2	10	1,2	30,4
Dermatitis crónica inespecífica	1	5	1	23,8
Total	21			

IC: Intervalo de confianza; **LIM INF:** Límite inferior; **TLIM SUP:** Límite superior
En 5 pacientes fué realizada biopsia de piel, desconociéndose su resultado por no figurar en la historia clínica.

Si bien existió correlación clínico-histopatológica en 67% con la primer biopsia, la efectividad diagnóstica se elevó a 95% con la segunda.

En la (Tabla 5) puede verse el tiempo de duración de la eritrodermia.

Tabla 5. Tiempo de duración

Tiempo de duración	IC 95%			
	N	%	LIM INF	LIM SUP
0-30 días	8	18	8,01	32,05
31-90 días	10	22	11,2	37,08
91-365 días	7	16	6,49	29,45
1 a 3 años	9	20	9,57	34,59
Desconocido	11	24	12,88	39,53

IC: Intervalo de confianza; **LIM INF:** Límite inferior; **TLIM SUP:** Límite superior

De las 45 historias clínicas revisadas, 31 casos (69%) no tenían el antecedente de haber padecido eritrodermia en otra oportunidad (Tabla 6).

Tabla 6. Antecedentes de episodios previos de eritrodermia

Episodios previos	IC 95%			
	N	%	LIM INF	LIM SUP
SI	14	31	18,16	46,64
NO	31	69	53,35	81,83
Total	45			

IC: Intervalo de confianza; **LIM INF:** Límite inferior; **TLIM SUP:** Límite superior

Finalmente, la evolución se consideró favorable en 26 pacientes (58%), desfavorable 8 (18%) y desconocida en 11 (24%) (tabla 7).

Tabla 7. Evolución

Evolución	IC 95%			
	N	%	LIM INF	LIM SUP
Favorable	26	58	42,15	72,34
Desfavorable	8	18	8	32,05
Desconocida	11	24	12,88	39,53
Total	45			

IC: Intervalo de confianza; **LIM INF:** Límite inferior; **TLIM SUP:** Límite superior

Tabla 8. Comparación de la etiología de las eritrodermias en diferentes series. Modificada de MI. Febrer Bosch, R. Botella-Estrada[14]

Etiología	Frecuencia Relativa %						
	Nicolis	Abraham	Sehgal	Botella	Wilson	Hasan	Serie Presente
Nº Pacientes	135	101	80	56	50	50	45
Período	36 años	30 años	5 años	8 años	15 años	7 años	10 años
Dermatosis Previas	25	32	52,5	62,5	48	42	62
Fármacos	42	14	24,7	16	16	22	20
-sistémicos	40	11	21,0	12,5	8	10	20
-tópicos	2	3	3,7	3,5	8	12	0
Neoplasias	21	8	0	12,5	10	4	11
Desconocida	12	47	22,5	9	26	32	7

Otras series: Gatti CF., et al. Eritrodermias: experiencia sobre 30 casos. Arch Argent Dermatol 1981; 31: 69-74. Adum J Eritrodermias del adulto. Estudio de 20 casos. Dermatología Rev Mex 1989;33:97-99

Comentario

La eritrodermia es un síndrome clínico-patológico multifactorial cuyo mecanismo de producción permanece aún incierto[1,6].

Generalmente se clasifica en cuatro grupos teniendo en cuenta su etiología: dermatosis previas; vinculada a fármacos; asociada a neoplasias; ó desconocida[2,3].

La prevalencia de las causas determinantes varía con el espectro de edad comprometido[1]; en cuanto al género la literatura coincide en que el sexo masculino representa la mayoría de los casos en adultos[1,2,3,5,9].

En nuestra revisión realizada sobre 45 historias clínicas, 28 (62%) correspondieron a hombres mientras que 17 (38%) fueron mujeres siendo la edad promedio de presentación de 53.8 +/- 17 (SD) años. Estos datos se asemejan a los publicados por Hasan[8] Zip[4] y Botella-Estrada[3].

La mayoría de los autores de las series consultadas señalan que el principal problema que debe enfrentar el médico tratante es identificar la causa, dado que las características clínicas de las eritrodermias son inespecíficas[2,4,3,9]. Ciertos datos recogidos en la anamnesis tales como antecedentes de dermatosis previas, tiempo de evolución de la eritrodermia e ingesta previa de fármacos pueden ser orientadores[3].

En la (Tabla 1) se analiza la etiología considerada al ingreso observando que 28 (62%) historias clínicas correspondían al grupo dermatosis previas, de las cuales el

diagnóstico más frecuente fue psoriasis (68%) seguido por eccema (21%).

El segundo grupo en frecuencia correspondió a aquellas vinculadas a fármacos (20%; tablas 2 y 3) entre los que se mencionan: antibióticos (3 pacientes: penicilina, 1; piperacilina + amikacina, 1; eritromicina, 1); antiepilepticos (3 pacientes: carbamazepina, 1; difenilhidantoína, 2); antiretrovirales (1 paciente: lamivudine + AZT + nevirapine) y en dos pacientes no se pudo determinar la droga causante. Estos datos se asemejan a los publicados en los trabajos de Hasan,[8] Botella-Estrada[3] y Sehgal[16] aunque cabe remarcar que en nuestra serie la etiología desconocida se presenta en un 7% (similar a Botella-Estrada), mientras que en las publicaciones de Sehgal y Hasan corresponde a 22.5 y 32% respectivamente.

En general cuando el origen se debe a fármacos, el cuadro se desencadena en forma aguda o subaguda y remite en días o semanas[3].

La (Tabla 5) muestra el tiempo de duración de la eritrodermia. En 8 pacientes (18%) se presentó en menos de un mes (0-30 días) coincidiendo con ingesta de fármacos en días previos (piperacilina + amikacina; difenilhidantoína; carbamazepina y lamivudine + AZT + nevirapine). Ellos tuvieron remisión temprana. Nueve pacientes (20%) presentaron eritrodermia de larga duración (1-3 años) encontrándose en este grupo cuatro casos de linformas cutáneos de células T confirmados por biopsia de piel.

Con respecto a la evaluación clínica la mayoría de los trabajos demuestran hallazgos variados, carentes de un patrón que posibilite agrupamiento[2,3,4,8,9,14,16]. Se sabe que el tipo y grado de la descamación así como también el prurito no están relacionados con ninguna causa específica[3].

Analizando la ocurrencia de episodios previos de eritrodermia (Tabla 6) se pudo comprobar que 14 casos (31%) tenían este antecedente siendo atribuido en diez a dermatosis previas (6, psoriasis; 3, eccema; 1, parapsoriasis en grandes placas); dos a síndrome de Sézary y los dos últimos a etiología desconocida.

Está bien establecido que la interpretación de las biopsias de piel de pacientes eritrodérmicos es difícil en muchas veces, infructuosa[3,4,17,18]. Esto se debe a que las alteraciones histopatológicas propias de la dermatosis de base o de la reacción por fármacos se hallan oscurecidos por cambios inespecíficos inducidos por la eritrodermia[3].

Zip y col revisaron 56 biopsias de piel provenientes de 40 pacientes con eritrodermia encontrando correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histológico en un 66%[4].

En el presente trabajo se analizaron 45 historias clínicas. Se obtuvieron biopsias de piel en 26 pacientes, desconociéndose el resultado de 5 (no figuraba en la H.C.). De los 21 casos resultantes, 14 mostraron correlación clínico-histopatológica encontrándose en orden de frecuencia: eccema (5); erupción por drogas (3); psoriasis (2); Sme. de Sézary (2); micosis fungoide (2). Los dos pacientes con micosis fungoide tenían como diagnóstico previo parapsoriasis en grandes placas (Tabla 4).

La toma de biopsia se repitió en 7 pacientes por presentar dificultades en el diagnóstico. Los resultados fueron: eccema (3); dermatitis crónica inespecífica; (1), linfoma cutáneo de células T (3).

Probablemente muchas dermatosis de larga evolución y diagnóstico desconocido que posteriormente fueron diagnosticadas como linfomas cutáneos de células T se hayan presentado como síndrome Pre-Sézary. Winkelmann y cols. propusieron este nombre para aquellas eritrodermias de curso crónico que presentan características clínicas de Síndrome de Sézary con infiltrado linfocítico subepidérmico en banda y hallazgo reiterado de células de Sézary circulantes (que no superan el 10% de los linfocitos circulantes)[10,11]. La importancia de esta presentación radica en que antes de que se desarrolle la eritrodermia los pacientes reciben otros diagnósticos, a saber: dermatitis por contacto, neurodermitis, dermatitis crónica, dermatitis atópica o eccema asteatótico[13].

En nuestro trabajo, las biopsias de los dos pacientes con eccema crónico al ingreso y antecedente de eritrodermias a

repetición confirmaron el diagnóstico de síndrome de Sézary. Ambos evolucionaron en forma desfavorable (óbito).

De los 3 pacientes que clínicamente presentaron parapsoriasis en grandes placas, 2 resultaron ser micosis fungoides confirmadas histológicamente mientras que el tercero se diagnosticó como dermatitis espongiosa.

Aquellos casos que presentaron dificultad en su diagnóstico inicial tuvieron en común un tiempo prolongado de duración de su dermatosis (1 a 3 años en 9 pacientes), episodios previos (7 pacientes) y evolución desfavorable (5 pacientes) (Tablas 6 y 7).

Esta observación coincide con las publicaciones vigentes que expresan el desafío que enfrentan el patólogo y el dermatólogo y que es establecer si el origen de la eritrodermia corresponde a una patología benigna o no[4]. Tal es el caso de estadios tempranos de linfomas cutáneos de células T, en donde no aparecen los hallazgos patognomónicos (microabscesos de Pautrier y linfocitos atípicos con epidermotropismo) requiriéndose la realización de múltiples biopsias[2,3,4,7,9,14]. Sobre éste punto, Sigurdsson y col analizando 28 casos con diagnóstico de eritrodermia idiopática durante 17 años llegaron a la conclusión de que éstos tienen riesgo aumentado de desarrollar linfoma cutáneo de células T[7]. Por otra parte Walsh y cols. remarcan que el epidermotropismo basal que caracteriza al linfoma cutáneo de células T puede confundirse con cambios inflamatorios de interfase vistos en erupción por fármacos y viceversa[17].

De allí surge la recomendación de realizar múltiples biopsias de piel en los casos en los que se presentan dificultades diagnósticas[3,4,17,18] y estudios hematológicos periódicos[18].

La tabla 7 demuestra la evolución final de los pacientes siendo favorable en 26 (58%), desconocida en 11 (24%) y desfavorable en 8 (18%). Los que presentaron evolución desfavorable tuvieron como diagnósticos: síndrome de Sézary (3), micosis fungoide (1), psoriasis (1), dermatitis crónica inespecífica (1) y erupción por antibióticos (2 pacientes, ambos sépticos).

La tabla 8 muestra la comparación de la etiología de las eritrodermias en diferentes series. Modificada de M.I. Febrer Bosch, R. Botella-Estrada[14].

Conclusiones

En nuestra muestra, la edad promedio de presentación fue de 53.8 +/- 17 años existiendo una prevalencia del 62% para el sexo masculino.

De los 45 pacientes, el 62% (IC 95%: 46,5-76%) presentó dermatosis previas y dentro de este grupo, la psoriasis[68% (IC 95%: 47-84.1)] fue la causa más frecuente.

Existió correlación clínico-histopatológica en el 67 % (IC 95%: 4 -85,4) con la primer biopsia y la efectividad diagnóstica se elevó a un 95% (IC 95%: 76-99) con la segunda biopsia. La realización de una segunda biopsia de piel posibilitó arribar al diagnóstico de linfoma T en 3 pacientes (14%[IC 95%: 3-36,3]) aumentando el número inicial de 4 (19%) a 7 pacientes (33%).

La mayoría (69%[IC95%: 53-82]) no presentaron episodios previos de eritrodermias

La evolución final fue favorable en el 58% (IC 95%: 42-72), desfavorable en el 18% (IC 95%: 8-32) y desconocida en el 24% (IC 95: 12,8-39,5) de los casos examinados.

Hasta el presente, el paciente eritrodérmico continúa siendo un desafío tanto para el dermatólogo como para el anatómopatólogo. Su evolución dependerá en gran parte del estado clínico previo y de la causa determinante.

Agradecimientos al equipo de la Sección de Asesoría Científica. Hospital de Clínicas José de San Martín.

Bibliografía

1. Rook A, Wilkinson DS, Ebling EB. Eczema. Lichenification, Prurigo and Erythroderma. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. Textbook of Dermatology, 5th edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992.
2. Nicolis GD, Helwig EB. Exfoliative dermatitis: a clinicopathologic study of 135 cases. Arch Dermatol 1973;108:788-97.
3. Botella-Estrada R, Sanmartín O, Oliver V, Febrer I, Aliaga A. Erythroderma: A clinicopathological study of 56 cases. Arch Dermatol 1994;130:1503-7.
4. Zip C, Murray S, Walsh NMG. The specificity of histopathology in erythroderma. J Cutan Pathol 1993;20:393-8.
5. Abrahams I, McCarthy JT, Sanders SL. 101 cases of exfoliative dermatitis. Arch Dermatol 1963;87:96-101.
6. Wilson HTH: Exfoliative dermatitis. Its etiology and prognosis. Arch Dermatol 1954; 69:577-88.
7. Sigurdsson V, Toonstra , van Vloten WA. Idiopathic erythroderma: a follow-up study of 28 patients. Dermatology 1997;194-8.
8. Hasan T, Jansen CT. Erythroderma: a follow-up of fifty cases. J Am Acad Dermatol 1983;8:836-40.
9. Rothe M, MD, Bialy T. Erythroderma. Dermatol Clinics 2000;18:405-15.
10. Winkelmann RK, Buechner SA, Diaz-Perez JL: Pre-Sézary syndrome. J Am Acad Dermatol 1984;10:992-9.
11. Winkelmann RK, Caro WA. Current problems in mycosis fungoïdes and Sézary syndrome. Annu Rev Med 1977;28:251-69.
12. Russell R, Whittaker S. Sézary Syndrome: Diagnostic criteria and therapeutic options. Sem Cut Med Surg. 2000;19:100-8.
13. Lee NH, Lee S-W, Ahn SK.: A case of Pre-Sézary Syndrome preceded by hand lesions. J Dermatol 1999;26:465-8.
14. Febrer Bosch MI, Botella-Estrada R. Eritrodermias. Med. Cutan. Iber. Lat. Am. 1992;20:137-47.
15. Howard MS, Smoller BR. Mycosis Fungoïdes: Classic Disease and Variant Presentations. Sem Cut Med Surg. 2000;19,:91-9.
16. Sehgal V.N., Srivastava G. Exfoliative Dermatitis. A prospective study of 80 patients. Dermatologica 1986;173:278-84.
17. Walsh N, Prokopenko R. Histopathology in erythroderma: review of a series of cases by multiple observers. J Cutan Pathol. 1994;21: 419-23.
18. Lever, Elder D.: Histopatología de la piel.8th edición. 1999;9:199-200.