



Localizador: 12050

Exantema fijo medicamentoso generalizado

Generalized fixed drug eruption

Magally M. Núñez Naranjo,* Angélica F. Rodas Espinoza*

Palabras clave:

Farmacodermia,
exantema fijo
medicamentoso,
sulfametoxazol-
trimetoprim.

Key words:

Pharmacodermia, fixed
drug eruption,
sulfamethoxazole-
trimethoprim.

RESUMEN

El eritema fijo medicamentoso constituye una forma especial de toxicodermia. Éste se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas y/o mucosas que presentan recurrencias siempre en la misma topografía tras la readministración oral de un fármaco. Si las lesiones son múltiples, el trastorno se conoce como exantema fijo medicamentoso generalizado. En este artículo se describe un paciente que presenta erupción fija medicamentosa generalizada relacionado con la ingesta de sulfametoxazol-trimetoprim.

ABSTRACT

Fixed drug erythema is a special form of toxicodermia, characterized by the appearance of skin lesions and/or mucous membranes involvement, which always appears in the same area, following the oral readministration of a drug. If it is presented with multiple lesions, the disorder is known as widespread fixed drug eruption. In this report, we describe a patient with generalized fixed drug eruption related to sulfamethoxazole-trimethoprim intake.

Las farmacodermias o toxicodermias son una complicación frecuente e importante en la práctica médica. Éstas pueden afectar la piel, las mucosas y/o los anexos. Son producidas por el efecto nocivo de diversas sustancias —en general— medicamentos administrados por diferentes vías (oral, inhalatoria, parenteral, tópica, principalmente).¹ Representan una gran variedad de formas clínicas y responden a mecanismos etiopatogénicos múltiples. Las erupciones por drogas ocurren en aproximadamente 2-3% de los pacientes hospitalizados y en más del 1% de los pacientes ambulatorios; son más frecuentes en las mujeres que en los hombres y durante los extremos de la vida.^{1,2}

El exantema fijo medicamentoso (EFM) es una variante especial de la toxicodermia y está caracterizado por la aparición de lesiones cutáneas y/o mucosas que presentan recurrencias siempre en la misma localización tras la administración oral del agente causal, normalmente un fármaco.³ Es una de las cuatro farmacodermias más frecuentes junto a la urticaria, el exantema medicamentoso y el eritema exudativo multiforme.⁴ Tiene una distribución mundial sin diferencias raciales y su proporción entre sexos es variable según las

series.⁵ Puede afectar a personas de cualquier edad, pero la mayoría de los casos se produce en adultos jóvenes, aunque es rara en los niños.⁶ Algunos autores han encontrado cierta predisposición en personas con antecedentes familiares de diabetes mellitus, atopía y alergias medicamentosas.⁷

Varios son los fármacos que pueden producir EFM, tales como los antimicrobianos y, entre ellos, el sulfametoxazol-trimetoprim, AINE, psicofármacos, anticonceptivos orales, etcétera.⁸ Algunos de ellos se asocian con mayor frecuencia a determinadas localizaciones o formas clínicas como las pirazolonas y los barbitúricos, que también están asociados con las formas del EFM ampolloso generalizado.⁹

Clínicamente se caracteriza porque a las pocas horas de la exposición al fármaco aparecen placas violáceas redondeadas, solitarias, ocasionalmente ampollosas o con erosión central y de aparición fundamentalmente en la mucosa oral, genital y perianal, así como en las extremidades; estas placas ocurren tras la toma de un medicamento y reaparecen en los mismos lugares si éste es de nuevo ingerido.¹⁰ Si aquéllas son numerosas, el trastorno se conoce como erupción fija me-

* Servicio de Dermatología.
Hospital
«Dr. Gustavo Domínguez
Zambrano».
Quito, Ecuador.

Recibido: 27/Junio/2012.
Aceptado: 21/Julio/2014.



dicamentosa generalizada (EFMG).¹¹ Es típico que estas placas al curarse dejen una mácula pizarrosa residual sobre las que reaparecen las lesiones si se readministra el fármaco causal.⁶ En ciertos casos puede no inducir una pigmentación residual (EFM no pigmentado) y al cabo de 2 a 3 semanas de suspender el agente causal, la lesión desaparece sin dejar rastro.⁹

El diagnóstico fundamentalmente es clínico, basado en el antecedente de ingesta farmacológica y en el reconocimiento de las manifestaciones clínicas características de esta entidad. Algunas pruebas contribuyen a confirmar el diagnóstico, tales como la prueba del parche en la que se aplica sobre la piel el fármaco sospechoso la prueba de

provocación oral con la toma del fármaco por vía oral y la biopsia cutánea.³

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 28 años de edad, residente de Santo Domingo de los Tsáchilas (Ecuador) y de ocupación obrero. Dicho paciente refirió antecedentes de alergia medicamentosa que no especifica y un cuadro clínico similar hace seis meses; sin antecedentes patológicos quirúrgicos ni familiares de importancia.

Enfermedad actual. El paciente acudió al Servicio de Emergencia de nuestro hospital por un cuadro de gastroenteritis de dos días. Tras la ingesta de sulfametoxazol-trimetoprim presentó dermatosis de dos días de evolución caracterizada por la presencia de múltiples manchas violáceas y ampollas, las cuales estaban acompañadas de prurito y dolor discreto.

Exploración física y exámenes complementarios. Se observó al paciente sin sintomatología sistémica grave, con una dermatosis generalizada que comprometía a la cabeza, el tórax y las extremidades y afectaba la mucosa labial, genital y perianal. Se caracterizaba por la presencia de múltiples manchas y placas ovaladas y eritemato-violáceas de límites imprecisos, algunas de ellas exhibían una ampolla central (*Figuras 1 y 2*).

Fueron realizados exámenes de laboratorio de rutina, los cuales reportaron resultados normales. Además, ante la negativa del paciente no se realizó una biopsia cutánea.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Teniendo como base la anamnesis y la exploración física, el paciente finalmente fue diagnosticado con EFMG, muy probablemente inducido por sulfametoxazol-trimetoprim, ya que existe relación cronológica con la toma de este fármaco y la posterior mejoría clínica tras la retirada del mismo. El paciente fue tratado exitosamente con prednisona oral a 1 mg/kg de peso (dosis decreciente), antihistamínicos y emolientes (*Figura 3*).



Figura 1. Manchas eritemato-violáceas generalizadas, algunas de ellas con ampolla central.



Figura 2. Erosiones en labios y mucosa genital.



Figura 3. Ausencia de lesiones activas e hiperpigmentación residual.

COMENTARIO

Al igual que muchos otros fármacos, el sulfametoxazol-trimetoprim puede inducir una gran variedad de reacciones en la piel, una de ellas es el EFMG, el cual se debe diferenciar del eritema multiforme. En caso de que exista una marcada afectación mucosa, se puede descartar el síndrome de Stevens-Johnson. Si la lesión fuera única, se debe realizar el diagnóstico diferencial con la picadura de arañas o reacciones exageradas a picaduras de artrópodos. En el EFM con afectación genital, el diagnóstico diferencial se establece con el herpes genital, balanitis candidásica y eritema polimorfo genital. Las lesiones periungueales

se pueden llegar a confundir con paroniquia.

Toda farmacodermia, por más indefensa que pudiera parecer, tiene el potencial riesgo de evolucionar hacia una forma grave, por lo que la retirada de todos los fármacos sospechosos es fundamental, ya que de lo contrario la enfermedad podría progresar. Usualmente, la sola retirada del agente responsable produce mejoría y curación. Cuando sea necesario sustituir los medicamentos sospechosos, se deben utilizar los que sean pertenecientes a otros grupos farmacológicos y sin reactividad cruzada con aquéllos. El tratamiento es sintomático con antihistamínicos orales y corticoides tópicos y los corticoides orales pueden ser necesarios.

CONCLUSIONES

Nuestro paciente presentó un cuadro clínicamente diagnóstico de EFMG. Una anamnesis detallada y exploración física cuidadosa siguen siendo los pilares fundamentales para el diagnóstico.

Correspondencia:

Dra. Magally M. Núñez Naranjo

E-mail: magycarpoo40@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK et al. Guidelines of care for cutaneous adverse drug reactions American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 35: 458-461.
2. Dubey AK, Prabhu S, Shankar PR, Subish P, Prabhu MM, Mishra P. Dermatological adverse drug reactions due to systemic medications. A review of literature. *J Pakistan Ass Dermatol.* 2006; 16: 28-38.
3. Agusti-Mejías A, Mejías-Boils A, Messeguer F, Alegre De Miquel V. Eritema fijo medicamentoso: claves diagnósticas. *Semergen.* 2011; 37: 215-218.
4. Serrano C. Exantema fijo medicamentoso por bronquidiazina. *Piel.* 2010; 25: 411-416.
5. Korkij W, Soltani K. Fixed drug eruption. A brief review. *Arch Dermatol.* 1984; 120: 520-524.
6. García JM. Eritema fijo medicamentoso no pigmentado. *An Esp Pediatr.* 1996; 45: 642-644.
7. Breathnach SM. Drug reactions. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FSG, editors. *Textbook of dermatology.* 5th ed. Oxford: Blackwell, 1992; pp. 2973-2974.
8. Ozkaya-Bayazit E, Bayazit H, Ozarmagan G. Drug related clinical pattern in fixed drug eruption. *Eur J Dermatol.* 2000; 10: 288-291.
9. del Río E, Guimaraens D, Aguilar A, Conde-Salazar L, Sánchez Yus E. Fixed exanthema induced by ultraviolet radiation. *Dermatology.* 1996; 193: 54-55.
10. Sehgal VN, Jain S, Bhattacharya SN. Cutaneous drug reactions. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 1993; 2: 281-295.
11. Revuz J, Voleyrie L. Reacciones medicamentosas. En: Bologna JL, Jorri JL, Rapini RP, editores. *Dermatología.* Vol. 1, España: Elsevier; 2004; pp. 333-353.