



Localizador: 18011

# Eritema flagelado por bleomicina: a propósito de un caso

## Bleomycin-induced flagellate erythema: a case report

Laura Jaramillo-Buitrago,\* Ana María Maya-Rico,\* Ana María Mejía-Giraldo,\* Alicia Henao-Uribe†

### Palabras clave:

 Bleomicina, eritema,  
dermatitis.

### Key words:

 Bleomycin, erythema,  
dermatitis.

### RESUMEN

El término «flagelado» viene del latín *flagellum*, «látigo», que hace referencia al acto de golpear el cuerpo humano con elementos especiales. El eritema o dermatitis flagelada es una entidad cutánea poco frecuente, pero fácilmente reconocible por sus características clínicas típicas, a las que hace referencia su nombre. Se ha asociado a la ingesta de setas *shiitake*; con menos frecuencia, a la administración de bleomicina y otros agentes quimioterapéuticos. Reportamos el caso de un paciente con lesiones que semejaban latigazos, secundarias al tratamiento con bleomicina, a quien se le realizó el diagnóstico de eritema flagelado.

### ABSTRACT

The term «flagellate» comes from the Latin *flagellum*, «whip», which refers to the act of striking the human body with special elements. Erythema or flagellate dermatitis is a rare cutaneous entity, but that can be recognized by its typical clinical features, to which its name refers. It has been associated with shiitake mushroom intake, and less frequently, with bleomycin and other chemotherapeutic agents. We report the case of a patient with whiplash-like lesions secondary to treatment with bleomycin, who was diagnosed with flagellated erythema.

## INTRODUCCIÓN

La bleomicina es un fármaco citotóxico con propiedades antineoplásicas utilizado en el manejo de múltiples tumores, incluyendo el linfoma Hodgkin. Dentro de sus muchos efectos adversos, se ha reportado mayor toxicidad pulmonar y cutánea; en esta última, genera una dermatitis específica que se ha denominado «eritema flagelado» por su similitud clínica con latigazos sobre la piel, que favorecen el hemi-cuerpo superior.<sup>1,2</sup> Es una entidad reversible al suspender el medicamento; sin embargo, puede generar hiperpigmentación postinflamatoria persistente.<sup>3</sup> Presentamos el caso clínico de un paciente con lesiones en piel que semejaban latigazos, secundarias al tratamiento con bleomicina, a quien se le hizo diagnóstico clínico de eritema flagelado.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trató de un paciente masculino de 63 años de edad con antecedentes de VIH desde 18 años atrás y diagnóstico reciente de linfoma Hodgkin estadio IVB. Consultó a nuestra institución por

prurito intenso que le incapacitaba las actividades diarias, el cual inició cuatro semanas tras la aplicación del primer ciclo de quimioterapia ABVD (doxorrubicina, bleomicina, vinblastina y dactarbacina) para el manejo del linfoma. Al examen físico, se encontró un paciente caquético, con múltiples placas eritematovioláceas, bien definidas, induradas, de distribución lineal, que semejaban «latigazos», localizadas en tórax anterior, espalda, parte proximal de las extremidades y cuello (*Figuras 1 a 3*). Estos hallazgos fueron compatibles clínicamente con un eritema flagelado, quizá secundario a bleomicina.

## DISCUSIÓN

La bleomicina es un glicopéptido aislado del hongo *Streptomyces verticillus* utilizado dentro de esquemas para tratar tumores malignos, entre ellos, el linfoma Hodgkin.<sup>2,4</sup> Su mecanismo de acción es mediante la inhibición de la incorporación de timidina al ADN<sup>1</sup> por medio de efectos citotóxicos y la generación de radicales libres de oxígeno.<sup>5</sup>

Se ha descrito en la literatura hasta un 10% de casos de eritema flagelado posterior

\* Facultad de Dermatología,  
Universidad CES; Medellín,  
Colombia.

† Servicio de Hematología y  
Oncología, Hospital General  
de Medellín, Colombia.

Conflicto de intereses:  
Ninguno.

Recibido:  
24/Febrero/2017.  
Aceptado:  
05/Junio/2018.



a la administración de este medicamento,<sup>2</sup> tanto por vía intravenosa como intramuscular, intrapleural, e incluso, intracutánea;<sup>3</sup> sin embargo, las presentaciones clínicas corresponden a lesiones muy localizadas, rara vez diseminadas y severas, como en el caso de nuestro paciente.<sup>2</sup>



**Figura 1.** Múltiples placas eritematovioláceas lineales en el tronco anterior.



**Figura 2.** Múltiples placas eritematovioláceas lineales en el tronco posterior, que comprometen cuello, cuero cabelludo y extremidades superiores.

De manera típica, las lesiones cutáneas se caracterizan por ser placas lineales ampliamente pruriginosas, que al inicio pueden tener rasgos urticariformes, pero que después dejan cambios pigmentarios,<sup>6</sup> localizadas de forma clásica en el tórax.<sup>1</sup> La aparición de estas manifestaciones cutáneas varía entre pocos días hasta nueve semanas después de la administración del medicamento.<sup>2,4</sup>

Como posible mecanismo fisiopatológico, se propone que al ser un medicamento que se metaboliza normalmente a su forma inactiva mediante una hidrolasa que está ausente en los pulmones y la piel, estos órganos podrían ser los más propensos a la toxicidad farmacológica.<sup>7</sup> En el caso de la toxicidad pulmonar, se recomienda tener una dosis por debajo de 400 mg para evitar la fibrosis pulmonar,<sup>8</sup> y en el caso del eritema flagelado, a pesar de que se ha descrito con dosis bajas del medicamento,<sup>1,2</sup> se plantea que hay mayor riesgo de aparición a mayor dosis acumulada, sobre todo si ésta supera los 285 mg.<sup>9</sup>

También se ha descrito que la acumulación local del medicamento podría ser secundaria a un aumento del flujo sanguíneo en piel posterior a antecedente de trauma, como rascado o presión.<sup>2,10</sup>

La edad mayor a 70 años, la enfermedad renal crónica, el sarcoma de Kaposi y el VIH son factores de riesgo para esta enfermedad, lo que se explica por una posible disminución de antioxidantes como el glutatión.<sup>4</sup> Adicionalmente, esta entidad se ha descrito en enfermedades



**Figura 3.** Placas eritematovioláceas lineales de predominio en la región lumbosacra.

cutáneas muy limitadas, por lo que su presencia, sumada al antecedente de administración del medicamento, es de alta significancia diagnóstica.<sup>3</sup>

Las lesiones en piel son, por lo general, autolimitadas, pero por su larga duración (entre seis a ocho meses) y por ser muy incapacitantes, se recomienda manejo sintomático con esteroides tópicos y antihistamínicos orales como medicamentos útiles para el control del prurito, con el fin de limitar el trauma cutáneo que lleve a aparición de nuevas lesiones; aun así, la hiperpigmentación postinflamatoria puede persistir.<sup>10</sup> Se sugiere la suspensión de la bleomicina en los casos más severos,<sup>2</sup> como el de nuestro paciente; sin embargo, cuando no pueda suspenderse, se puede manejar con cursos cortos,<sup>5</sup> e incluso, pulsos de esteroides sistémicos;<sup>4</sup> además, se debe tener precaución con futuras administraciones del medicamento, ya que las manifestaciones pueden recurrir de forma incluso más severa.<sup>5</sup>

Finalmente, en nuestro paciente, debido a la severidad del cuadro clínico, se decidió en conjunto con Hematoon-

cología y Dermatología la suspensión de la bleomicina, y se inició manejo con antihistamínicos orales y esteroides tópicos, con resolución total de las lesiones y el prurito.

## CONCLUSIÓN

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de eritema flagelado secundario al tratamiento con bleomicina; a pesar de ser ésta una dermatosis poco frecuente, tiene hallazgos clínicos característicos que los hacen diagnósticos, con un excelente pronóstico y resolución satisfactoria tras la suspensión del medicamento.

### Correspondencia:

**Ana María Maya-Rico**

Carrera 81 Núm. 6a-01, Medellín, Colombia.

Tel: (+57) 30 0609 6231

E-mail: anita\_maya\_r@hotmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mowad CM, Nguyen TV, Elenitsas R, Leyden JJ. Bleomycin-induced flagellate dermatitis: a clinical and histopathological review. *Br J Dermatol*. 1994; 131 (5): 700-702.
2. Mota GD, Penna AM, Soares RC, Baiocchi OC. Bleomycin-induced flagellate dermatitis. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2014; 36 (4): 297-299.
3. Yamamoto T, Nishioka K. Flagellate erythema. *Int J Dermatol*. 2006; 45 (5): 627-631.
4. Cheng-Flores I, Amaya-Guerra M, González-Cabello D. Dermatitis flagelada. *Dermatol Argent*. 2012; 18: 307-309.
5. Biswas A, Julka PK. Bleomycin induced flagellate erythema in a patient with thalamic mixed germ cell tumour: Report of a rare adverse effect. *J Egypt Natl Canc Inst*. 2016; 28 (2): 129-132.
6. Méndez-Flores S, Domínguez-Cherit J. Dermatitis flagelada. ¿Dermatosis específica a un fármaco o hiperpigmentación por diversos antineoplásicos? *Piel*. 2012; 27 (7): 376-377.
7. Fyfe AJ, McKay P. Toxicities associated with bleomycin. *J R Coll Physicians Edinb*. 2010; 40 (3): 213-215.
8. Yamamoto T. Bleomycin and the skin. *Br J Dermatol*. 2006; 155 (5): 869-875.
9. Ferrándiz-Pulido C, Ferrándiz L, Ferrándiz C. Dermatitis flagelada en un varón joven. *Piel*. 2011; 26 (6): 296-297.
10. Mendonça FM, Márquez-García A, Méndez-Abad C, Rodríguez-Pichardo A, Perea-Cejudo M, Ríos Martín JJ et al. Flagellate dermatitis and flagellate erythema: report of 4 cases. *Int J Dermatol*. 2017; 56 (4): 461-463.