



Mancha eritematosa, reticulada, en abdomen

Erythematous, reticulated patch on the abdomen

Juan Ramón Trejo-Acuña,* María José Cervantes-González,†

Karla Samantha Torres-González,‡ Nabil de Anda-Ortiz§

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino, de 55 años, quien acude refiriendo la aparición de una mancha en el abdomen, de seis meses de evolución. A la exploración física se encontró una dermatosis localizada al tronco del que afecta cara anterior a nivel abdominal, predominando en línea paramedial izquierda. Constituida por una mancha de forma rectangular, eritematosa, con algunas zonas color café claro, de aspecto reticulado,

con límites bien definidos, con distribución lineal de forma vertical. De evolución crónica, no dolorosa, ni pruriginosa y no desaparece a la vitropresión. Al interrogatorio dirigido el paciente relacionó la dermatosis con la exposición a una fuente de calor (**Figura 1**). Sin antecedentes personales patológicos de importancia para su padecimiento actual, y sin tratamiento previo.

Con los datos anteriores proporcionados, ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo?



Figura 1:

Mancha pigmentada color café-eritematosa, reticulada y bien definida, que sigue un patrón de distribución lineal. No desaparece a la vitropresión.

* Médico adscrito al Servicio de Dermato-Oncología y Dermatología General.

† Residente del tercer año de Dermatología.

‡ Residente del cuarto año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSCDMX.

Citar como: Trejo-Acuña JR, Cervantes-González MJ, Torres-González KS, de Anda-Ortiz N. Mancha eritematosa, reticulada, en abdomen. Rev Cent Dermatol Pascua. 2024; 33 (3): 87-89. <https://dx.doi.org/10.35366/120952>



DIAGNÓSTICO: ERITEMA AB IGNE

El **eritema ab igne**, o eritema calórico, o melanosis calórica de Buschke o «cabrillas», derivado del latín «enrojecimiento del fuego»,¹ es el resultado de la exposición reiterada de la piel a niveles de calor por debajo del umbral para generar quemaduras (43-47 °C).² Es un padecimiento caracterizado por la presencia de lesiones reticulares, eritematosas o hiperpigmentadas en zonas típicas de exposición a una fuente de radiación infrarroja, que se experimenta en forma de calor.¹

Al principio son transitorias, blanquecinas, posteriormente se hacen fijas, hiperpigmentadas y pueden volverse atróficas, queratósicas y con telangiectasias.¹ La fisiopatología es desconocida, la morfología hace pensar en un efecto de la radiación infrarroja sobre el plexo venoso dérmico.²

Las localizaciones más frecuentes son la región pretibial, abdomen y región dorsolumbar.³ Tradicionalmente se observa más en personas en la tercera edad, relacionado con la exposición al calor emitido por anafres. En la actualidad se ha detectado frecuentemente en jóvenes o adultos de mediana edad debido al uso de instrumentos tecnológicos, como el apoyo de dispositivos electrónicos portátiles en los muslos o abdomen (computadoras portátiles o tabletas electrónicas),^{4,5} o como método antiálgico por el uso de compresas calientes, mantas eléctricas, almohadillas térmicas, calentadores, sillas, asientos de automóviles, etc.,^{6,7} o en pacientes que han sido sometidos a tratamientos con láser Nd-YAG y radioterapia. Aunque no existe una relación causal, hay casos asociados con diabetes mellitus y enfermedad de Crohn.^{2,8}

Clínicamente se caracteriza por la aparición de manchas eritematosas reticuladas y transitorias. La extensión de las lesiones depende de la forma de superficie de la fuente de alta temperatura que está en contacto con la piel. El uso prolongado de dicha fuente de calor provoca la aparición de manchas eritematosas con tonalidad marrón persistentes, que en ocasiones adoptan un patrón reticulado,³ en general asintomáticas, aunque a veces los pacientes refieren prurito o sensación urente.⁹

La aparición de ampollas se ha relacionado con diabetes mellitus.¹⁰

El diagnóstico es básicamente clínico, a través de un adecuado interrogatorio y exploración física. Los hallazgos en el estudio histopatológico son inespecíficos, aunque permiten descartar otros posibles diagnósticos.³

Dentro del diagnóstico diferencial se encuentra la *livedo reticularis* o racemosa, con todos sus posibles

causantes, dermatomiositis, poiquilodermia, vasculopatía livedoide o, rara vez, linfoma cutáneo de linfocitos T.

El *livedo reticularis* idiopático primario predomina en las extremidades, pero puede ser generalizado. Se debe a la disminución o el cese del flujo sanguíneo en el trayecto vascular, ya sea por espasmo, por inflamación de la pared de la arteriola o por obstrucción intravascular.¹⁰

Deben descartarse causas secundarias, valorando su asociación con nódulos subcutáneos, púrpura retiforme, necrosis o úlceras.^{11,12}

El pronóstico es en general bueno, ya que la dermatosis suele remitir, pero si se prolonga la exposición, el daño se torna irreversible. Se han descrito casos de transformación maligna, como el carcinoma epidermoide, carcinoma de células de Merkel o linfoma cutáneo de la zona marginal, sobre todo, en pacientes de edad avanzada.^{2,3,13} La rápida progresión de lesiones y la presencia de ulceración, deben considerarse como signos de alarma.³

El principal tratamiento consiste en identificar e interrumpir la exposición a la fuente de calor, lo que permitirá la desaparición progresiva de las mismas. En caso de lesiones crónicas se ha descrito el uso tópico de corticoides, retinoides, hidroquinona, 5-fluorouracilo, con respuesta variable.³

COMENTARIO

Se comunica este caso clínico por el aumento en la incidencia de esta dermatosis debido al uso continuo de computadoras portátiles, tabletas electrónicas y otras fuentes de calor, así como por su importancia dermatooncológica, ya que puede favorecer el desarrollo de una lesión premaligna con evolución muy lenta, por lo que se sugiere que este tipo de pacientes sean evaluados cada cierto tiempo. En este paciente, ya con el diagnóstico clínico, se le explicó ampliamente la naturaleza de su padecimiento. Se observó mejoría importante de la dermatosis al suspender la exposición a la fuente de calor. Al momento actual sin recidivas.

REFERENCIAS

1. Beleznay K, Humphrey S, Au S. Erythema ab igne. *CMAJ*. 2010; 182: E228. doi: 10.1503/cmaj.081216.
2. Cabrera-Hernández A, Béa-Ardebol S, Medina-Montalvo S, Trasobares-Marugán L. Eritema ab igne. *Reumatol Clin*. 2016; 12: 233-234.
3. Ballano-Ruiz A, Martín-Fuentes A, Melgar-Molero V, Pérez Mesonero-R, Gil-Redondo R, et al. Eritema ab igne: algo más que una dermatosis autolimitada. *Piel (Barc)*. 2018; 33: 472-480.

4. Fernández-Portilla, Escutia-Muñoz, Navarro-Mira, Pujol-Marco. Erythema Ab igne caused by laptop computer use. *Actas Dermosifiliogr.* 2012; 103: 559-560.
5. Giraldi S, Abbage KT, De Carvalho VO, Marinoni LP, Dietrich F. Erythema Ab Igne induced by a laptop computer in an adolescent. *An Bras Dermatol.* 2011; 86: 128-130.
6. Turan E, Yesilova Y, Ucmak D, Celik OI. Thermal pillow: an unusual causative agent of erythema ab igne. *Turkish J Pediatr.* 2013; 55: 648-650.
7. Adams BB. Heated car seat-induced erythema ab igne. *Arch Dermatol.* 2012; 148: 265-266.
8. Blessmann W, Ponzio HA, Batista C, Camini L. Erythema ab igne: a case report. *An Bras Dermatol.* 2005; 80: 187-188.
9. Vañó-Galván S, Jaén-Olasolo P, Gil-Mosquera M, Pereyra-Rodríguez JJ. Imagen de la semana: eritema ab igne. *Medicina Clínica.* 2010; 134: 56.
10. Salgado F, Handler MZ, Schwartz RA. Erythema ab igne: new technology rebounding upon its users? *Int J Dermatol.* 2018; 57: 393-396. doi: 10.1111/ijd.13609.
11. Dizdarevic A, Karim OA, Bygum A. A reddish brown reticulated hyperpigmented erythema on the abdomen of a girl. Erythema ab igne, also known as toasted skin syndrome, caused by a heating pad on the abdomen. *Acta Derm Venereol.* 2014; 94: 365-367.
12. Herrero C, Guilabert A, Mascaró-Galy JM. Livedo reticularis de las piernas: metodología de diagnóstico y tratamiento. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99: 598-607.
13. Fagundo E, Martínez-Fernández M, Sánchez-Sambucety P, Rodríguez-Prieto MA. Papilomatosis confluente y reticulada de Gougerot-Carteaud: respuesta al tratamiento con minociclina. *Actas Dermosifiliogr.* 2004; 95: 394-396.

Correspondencia:

Dr. Juan Ramón Trejo-Acuña

Dr. Vértiz 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.

Tel.: (55) 5519-6351

E-mail: hermesjuanderma@hotmail.com