

Placas eritematopigmentadas ardorosas en niño de 9 años

Pérez-Elizondo AD, Deyanira López-Lara N

Ciudad de México

Acude al Servicio de Dermatología del Hospital para el Niño del Instituto Materno-Infantil del Estado de México un varón de 9 años de edad. Presenta dermatosis diseminada a la región perioral y cara anterior del tronco, caracterizada por numerosas lesiones maculares rojizovioláceas circulares y ovaladas, bien delimitadas, de centro más oscuro, parcialmente cubiertas por elementos descamativo-costrosos, regularmente ardorosas.

Refiere un curso crónico de 2 años, con agudizaciones y periodos incompletos de remisión, así como repetidos episodios de faringoamigdalitis como antecedente patológico de interés.

Se solicitan exámenes generales de laboratorio. Se reporta anemia normocítica hipocrómica, leucocitosis a expensas de células polimorfonucleares (15.000), proteína C reactiva positiva y elevada velocidad de sedimentación globular. El exudado faríngeo evidenció la presencia de *Streptococcus pyogenes* (figuras 1 y 2). Previamente había recibido antibioticoterapia sistémica de amplio espectro (amoxicilina-ácido clavulánico, dicloxacilina, y cefalosporinas de primera generación), además de ibuprofeno y otros antiinflamatorios no esteroideos en varias ocasiones para tratar su problema respiratorio.

La morfología de las lesiones cutáneas, con aparición de formaciones ampollosas durante su fase inicial, y la pigmentación café-lilácea centrolesional post-inflamatoria persistente nos llevaron a sospechar el diagnóstico de eritema pigmentado fijo

de múltiples placas.

Para su confirmación se realizó biopsia de la piel lesionada para su examen histopatológico. Se reportó degeneración hidrópica de la capa basal de la epidermis con incontinencia pigmentaria hacia la dermis superficial; edema, vasodilatación de capilares e infiltración inflamatoria mixta perivascular (figura 3).

De esta manera se confirmó el diagnóstico de sospecha. Se recomendó evitar en lo posible penicilinas y sus derivados, y de igual manera limitar el uso de antiinflamatorios con el objetivo de reducir la frecuencia de intensas y molestas agudizaciones lesionales. Se prescribieron fomentos templados con agua de manzanilla o solución fisiológica y esteroides tópicos de mediana potencia. La respuesta terapéutica fue aceptable al cabo de varios meses.

COMENTARIO

El eritema pigmentado fijo es una infrecuente reacción tegumentaria de naturaleza inmunológica, secundaria a la administración sistémica de medicamentos en pacientes susceptibles. Recientes estudios demuestran la participación activa de linfocitos T CD 8+ intraepidérmicos en su etiopatogenia. Acontece un fenómeno inflamatorio de citotoxicidad retardada, localizada y prolongada, que destruye queratinocitos circunvecinos previamente sensibilizados. A diferencia del síndrome de Stevens-Johnson y de la necrólisis epidérmica

Figuras 1 y 2. Placas rojizo-pigmentadas agrupadas y confluentes.
Figura 3. Degeneración hidrópica del estrato basal e incontinencia pigmentaria



tóxica, farmacodermias extensas y graves, el daño tisular limitado se atribuye a la intervención inhibitoria de las células T CD 4 +.

A finales del siglo XIX varios autores hicieron los primeros reportes de casos. Brocq en 1894 describió las lesiones cutáneo-mucosas características en tres pacientes tras la ingestión de antipirina y acuñó el término de erupción eritemato-pigmentada fija. En la actualidad más de 700 medicamentos de uso común pueden condicionar esta toxicodermia. Brown la clasifica dentro del grupo impredecible o alérgico de las respuestas inesperadas por medicamentos; en su conjunto contabiliza alrededor de 25-30 % de los casos.

Los factores inherentes del huésped, disponibilidad comercial y empleo de los fármacos, área geográfica, grupo etario, nivel socioeconómico y cultural y la creciente automedicación por los pacientes, contribuyen a la variabilidad de su incidencia. En la práctica dermatológica es de 2,5-22 % y es responsable de casi 25 % de las dermatosis reaccionales por medicamentos, después del exantema morbiliforme y las urticarias.

La repetida administración del medicamento causal provoca agudización de las lesiones cutáneo-mucosas en los sitios anteriormente afectados. Reaparece el eritema y el edema con la posibilidad de emergencia de nuevas lesiones en zonas no involucradas anteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballester A. Erupción fija por fármacos. *Piel* 1989;1:471-80.
- Morelli JG, Tay YK. Fixed drug eruption in children. *J Pediatr* 1999;134:365-7.
- Mahboob A, Haroon TS. Drugs causing fixed eruptions: a study of 450 cases. *Int J Dermatol* 1998;37:833-8.
- Berrón Ruiz A. Eritema pigmentado fijo. Revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1995;4:121-6.
- Saúl A. *Lecciones de Dermatología*. 15ª edición. Méndez 2008; pág 440-54.