

Eritema fijo pigmentario medicamentoso relacionado con el uso de tetrazepam

¹Saperas Pérez C, ¹Barlam Torres N, ²Tardy Martorell A, ³Comas Arnau G, ⁴Pol Reyes A, ⁵Griñó Guimerà A

¹EAP Sant Fost-Martorelles

²EAP San Carles de la Ràpita

³EAP Sant Pol de Mar

⁴Hospital de Terrasa

⁵Centro de Atención Primaria Est Terrassa
Barcelona

Presentamos el caso de una mujer de 36 años de edad con antecedentes patológicos de diversas contracturas musculares. Durante 2 años presentó diversas lesiones maculares, eritematosas, en el dorso de la mano y en la cara anterior del hombro izquierdo. Todos los episodios aparecían después de la toma de tetrazepam e incrementaban su intensidad y número con la reintroducción del fármaco.

Consultó en la última aparición de las lesiones. Sin requerir otro tratamiento que el cese del fármaco, desaparecieron a los 7-10 días y dejaron una lesión residual hiperpigmentada que tardó unas 3 semanas en desaparecer.

Se realizó un seguimiento fotográfico (figuras 1, 2 y 3) y se comentó con el Servicio de Dermatología. Se llegó al diagnóstico de eritema fijo pigmentario por la evolución de la lesión, la aparición brusca y en la misma localización que episodios anteriores y la resolución del caso sin requerir tratamiento (figura 4).

COMENTARIO

Las enfermedades dermatológicas constituyen uno de los principales motivos de consulta en atención primaria. La exploración de las lesiones y una anamnesis exhaustiva ayudan el diagnóstico y correcto tratamiento.

El eritema fijo pigmentario (EFP) fue descrito inicialmente por Brocq. Se caracteriza por la recurrencia de las lesiones eritematosas en el mismo sitio tras la readministración del fármaco causante. Las reacciones van desde una sola lesión localizada hasta la aparición de múltiples lesiones.

Se trata de una reacción cutánea a diversos

fármacos, cada vez más común. Los fármacos más frecuentemente implicados son los antiinflamatorios (ibuprofeno), tetraciclinas, cotrimoxazol, benzodiazepinas, anticonvulsivantes, dextrometorfano, ácido acetilsalicílico y pirazolonas. Presenta manifestaciones clínicas específicas que permiten fácilmente su diagnóstico, especialmente por su evolución, con la práctica desaparición de la lesión después del cese del tratamiento con el fármaco causante u ocasionalmente con hiperpigmentación residual en la zona de la lesión. Descubrir el fármaco causante es esencial en el manejo de estas lesiones para evitar las recidivas y el incremento de las lesiones. El diagnóstico definitivo lo da la biopsia de la lesión o las pruebas alérgicas de provocación con el fármaco sospechoso.

El EFP secundario a la administración de tetrazepam es poco frecuente. Las publicaciones sobre el mismo son escasas.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



BIBLIOGRAFIA

- Lee AY. Fixed drug eruptions. Incidence, recognition, and avoidance. *Am J Clin Dermatol* 2000;1:277-85.
- Mahboob A, Haroon TS. Drugs causing fixed eruptions: a study of 450 cases. *Int J Dermatol* 1998;37:833-8. doi: 10.1046/j.1365-4362.1998.00451.x
- Cha SH, Kim HS, Lee JY, Kim HO, Park YM. Fixed Drug Eruption due to Iopromide (Ultravist®). *Ann Dermatol* 2011;23(suppl 1):S33-5.
- Villanueva Álvarez Santullano C, Tovar Flores V, De Barrio Fernández M, Tornero Molina P, Prieto García A. Fixed drug eruption due to ibuprofen. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2006;34:280-1.
- Mahboob A, Haroon TS, Iqbal Z, Iqbal F, Saleemi MA, Munir A. Fixed drug eruption: topical provocation and subsequent phenomena. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006;16:747-50.
- Barbaud A, Reichert-Penetrat S, Tréchet P, Jacquin-Petit MA, Ehlinger A, Noirez V, et al. The use of skin testing in the investigation of cutaneous adverse drug reactions. *Br J Dermatol* 1998;139:49-58.