

Lesiones muco-cutáneas sugestivas de eritema multiforme por desencadenante atípico

Miriam Goicoechea-García^a, Lucía Sierra-Santos^b y Alejandra Fernández Rivera^a

^a Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud García Noblejas. Madrid (España).

^b Médico de Familia. Centro de Salud El Boalo. Madrid (España).

Correspondencia:

Miriam Goicoechea García.
Centro de Salud García Noblejas. Avda. Institución Libre de Enseñanza, 168. C.P. 28037 – Madrid (España).

Correo electrónico:

miriam.goicoechea@salud.madrid.org

Recibido el 29 de marzo de 2019.

Aceptado para su publicación el 11 de agosto de 2019.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

Presentamos un caso clínico de eritema multiforme. Se trata de una dermatosis aguda con lesiones muco-cutáneas polimorfas que suelen ser bilaterales y simétricas. Su curso suele ser benigno y autolimitado. Por esta razón el tratamiento es sintomático y responden a diversas causas.

En raras ocasiones, la evolución tórpida hace de este proceso una enfermedad grave que requiere medidas de soporte extraordinarias como en el síndrome de Stevens-Johnson, por lo que un médico de familia ha de conocerlo y saber tratarlo

PALABRAS CLAVE: Enfermedades de la Piel. Eritema Multiforme. Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Mucocutaneous lesions indicative of atypically triggered erythema multiforme.

We present a clinical case of erythema multiforme. This is an acute dermatosis with polymorphous mucocutaneous lesions which are usually bilateral and symmetric. This usually has a benign and self-limited course. For this reason, treatment is symptomatic and resulting from different causes.

Rarely, a torpid evolution makes this condition a serious disease that requires extraordinary support measures like in Stevens-Johnson syndrome. Therefore, family doctors should know it and know how to treat it.

KEY WORDS: Skin Diseases. Erythema Multiforme. Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El eritema multiforme es una dermatosis aguda con lesiones muco-cutáneas polimorfas en diferentes fases evolutivas de inicio brusco sin fase prodrómica, que puede ser bilateral y simétrico. Su curso suele ser benigno, leve y autolimitado aunque pueden existir brotes. Responden a diversas causas, principalmente procesos infecciosos recientes, especialmente virales de la familia de herpes simple, y también por ingesta de fármacos. Hacemos especial mención a la fotodistribución que presenta esta entidad clínica.

Debido al carácter autolimitado que presenta, el tratamiento es sintomático, evitando los desencadenantes en caso de reconocerlos y utilizando fotoprotección¹.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 77 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulta por un cuadro clínico de una semana de evolución consistente en lesiones cutáneas eritematosas y pruriginosas que se iniciaron en la zona palpebral, extendiéndose posteriormente a la región facial, tronco y extremidades.

En la anamnesis refiere no haber presentado fiebre, malestar general ni otra sintomatología asociada. No había presentado procesos infecciosos en los días previos ni consumo reciente de ningún medicamento. Reconoce acudir habitualmente al campo, y hace unos días en su finca se quemó el motor de una nevera, saliendo un olor muy fuerte y un líquido vaporizado que le impregnó la ropa. Además, presentaba una inyección conjuntival con edema palpebral, siendo remitido a Urgencias (Figura 1).

A la exploración física presenta placas eritemato-violáceas que confluyen con gran afectación en flexuras de los miembros superiores e inferiores principalmente. En la periferia de las grandes lesiones existen otras menores de morfología dianiforme y algunas vesículas pequeñas pretibiales con leve descamación (Figuras 2 y 3). Todas las lesiones, como se puede observar en las imágenes, se presentaban en zonas expuestas a la luz solar como facies, tronco superior y zonas distales de las extremidades.

La analítica sanguínea no presentaba alteraciones

significativas. Ante la persistencia de las lesiones durante varios días y la extensión de las mismas acompañadas de prurito y la evolución de las mismas hacia un aspecto violáceo de difícil identificación diagnóstica, se realizó biopsia en la fosa antecubital derecha con el siguiente resultado anatomopatológico: piel con dermatitis de interfase vacuolar focal, con queratinocitos apoptóticos a diferentes niveles epidérmicos, con exocitosis de linfocitos, sin alteraciones de capa córnea. En dermis hay un infiltrado perivascular y focalmente perianexial, con extravasación hemática. Se observa un *Demodex* en folículo pilosebáceo y presencia de *Pityrosporum*. No se observa malignidad. Piel con cambios morfológicos compatibles con eritema exudativo multiforme.

Se consideró el diagnóstico de eritema exudativo multiforme por posible inhalación de sustancia tóxica al quemarse la nevera. Recibió tratamiento con corticoterapia oral en pauta descendente durante diez días, además de tratamiento tópico con betametasona pomada y antihistamínico, con resolución completa en las dos semanas posteriores al inicio del cuadro clínico por el que consultó.



Figura 1. Edema palpebral e inyección conjuntival



Figuras 2 y 3. Placas eritemato-violáceas confluentes, con lesiones periféricas de morfología dianiforme y vesículas pequeñas pretibiales con leve descamación

DISCUSIÓN

El eritema multiforme (EM) o polimorfo es una enfermedad aguda de la piel y de las mucosas de naturaleza inmunológica, que puede presentarse como crónica recurrente. Se caracteriza por presentar lesiones cutáneas eritematobullosas y en mucosas, que son principalmente vesículo-ampollares. Puede darse a cualquier edad, con ligero predominio en el sexo masculino².

Se desconoce su etiología, aunque en muchos casos se ha relacionado con infecciones por virus, especialmente de la familia del herpes simple y bacterianas como *Mycoplasma pneumoniae*, además

de ingesta de fármacos, sin lograrse evidenciar que la dosis del medicamento influya en el grado de intensidad del EM. Existen otras muchas causas como enfermedades inmunológicas, procesos malignos, traumáticos, químicos por contacto, etc³⁻⁵. Un fenómeno descrito en el EM es la fotodistribución de las lesiones, con aumento de densidad y confluencia de las mismas en zonas expuestas al sol^{6,7}.

No se ha logrado un consenso para una clasificación clínica de esta entidad, pero queremos destacar la existencia de dos formas:

- Forma menor o recurrente: se trata de un cua-

dro clínico agudo y autolimitado, provocando una afectación simétrica en la cara y zonas extensoras con lesiones cutáneas, y a veces en las mucosas (principalmente cavidad oral) que se resuelven espontáneamente sin dejar secuelas^{8,9}.

- Forma mayor (síndrome de Stevens-Johnson o síndrome de Lyell: necrólisis epidérmica tóxica): es la forma aguda y no autolimitada. Su pronóstico es grave por afectación visceral y curso progresivo y fulminante. Produce una afectación extensa de la piel con despegamiento epidérmico en alto porcentaje, además de lesiones dolorosas en las mucosas que curan dejando cicatriz¹⁰.

El diagnóstico es clínico con ayuda de la anamnesis y la exploración física. Es importante en caso dudoso considerar la histología, que no presenta hallazgos patognomónicos, aunque muestra: edema intra/intercelular, queratinocitos necróticos, infiltrado inflamatorio mixto con predominio de linfocitos T en la unión dermo-epidérmica, alteración vacuolar de la capa basal y fisuras en la unión dermoepidérmica con ampollas subepiteliales.

El diagnóstico diferencial es complejo y ha de tenerse en cuenta otras entidades como: pénfigo ampolloso, toxicodermia, dermatosis fotoinducida o vasculitis urticariforme.

El tratamiento depende de la severidad de la enfermedad. La instauración de tratamiento se encamina a la mejoría sintomática y a acortar el proceso.

Si las manifestaciones son leves, se administra tratamiento sintomático y, en casos más graves,

existe controversia acerca de la administración de antivirales/antibioterapia y corticoterapia. El ingreso puede ser necesario en caso de afectación amplia de mucosas, lesiones ampollosas similares a grandes quemaduras y afectación importante del estado general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gavaldá-Esteve C, Murillo-Cortés J, Poveda-Roda R. Eritema multiforme: revisión y puesta al día. RCOE. 2004; 9 (4): 415-23.
2. Fernández García JR, Alcaraz Vera M, Ruiz Jiménez MA, Rodríguez Murillo JM, Hens Pérez A. Eritema multiforme. Rev Esp Pediatr 2000; 56: 202-.
3. Ayangco L, Sheridan PJ, Rogers RS. Erythema multiforme secondary to herpes simplex infection: a case report. J Periodontol 2001; 72 (7): 953-7.
4. Naldi L, Crotti S. Epidemiology of cutaneous drug-induced reactions. G Ital Dermatol Venereol, 2014; 149 (2): 207-18.
5. Heng YK, Lim YL. Cutaneous adverse drug reactions in the elderly. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2015; 15 (4): 300-7.
6. Fernández Redondo V, Rosón López E, Gómez Centeno P. Toxicodermias: etiopatogenia, clínica y tratamiento. Medicina. 1999; 135: 6367-73.
7. Calzavara-Pinton PG, Venturini M, Capezzer R, Zane C, Facchetti F. Photosensitive erythema multiforme and erythema multiforme-like polymorphous light eruption. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2003; 19 (3): 157-9.
8. Ayangco L, Rogers RS 3rd. Oral manifestations of erythema multiforme. Dermatol Clin 2003; 21 (1): 195-205.
9. Farthing PM, Maragou P, Coates M, Tatnall F, Leigh IM, Williams DM. Characteristics of the oral lesions in patients with cutaneous recurrent erythema multiforme. J Oral Pathol Med. 1995; 24 (1): 9-13.
10. Garcia Doval I, Roujeau JC, Cruces Prado MJ. Necrólisis epidérmica tóxica y síndrome de Stevens-Johnson: clasificación y actualidad terapéutica. Actas Dermosifiliogr. 2000; 91: 541-51