

Eritema Fijo Pigmentado generalizado: No siempre son fármacos

^aJudith Montiel¹ , ^aMaría Noemí DaPonte¹ , ^bRomylda Giardina¹ ,
^cLiz Flor¹ , ^dBeatriz DiMartino¹ , ^eArnaldo Aldama¹ 

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Cátedra y Servicio de Dermatología. San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

El eritema fijo pigmentado es una toxicodermia caracterizada por una o varias lesiones eritematosas bien delimitadas, que se inician poco tiempo después de la ingesta del agente causal, normalmente un fármaco, en un 85-100% de los casos, y, en menor medida, otros agentes, como alimentos, aditivos, colorantes, etc. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, con antecedente de numerosos episodios de eritema fijo pigmentado generalizado, sin relación causal con fármacos, por lo que no siempre el diagnóstico es claro.

Palabras clave: eritema fijo pigmentado, fármacos, toxicodermia

ABSTRACT

Fixed drug eruption is a adverse drug effect, characterized by one or more well-defined erythematous lesions, which begin shortly after ingestion of the causative agent, usually a drug, in 85-100% of cases, and, at a lower frequency, other agents, like food, food additives, food colorants. We present the case of a female patient, with a history of numerous episodes of generalized fixed pigmented erythema, with no causal relationship with drugs, so the diagnosis is not always clear.

Key words: fixed drug eruption, drugs, cutaneous drug reaction

INTRODUCCIÓN

El eritema fijo pigmentado, también conocido como erupción fija por drogas, es una toxicodermia caracterizada por una o varias lesiones eritematosas bien delimitadas, que se inician poco tiempo después de la ingesta del agente causal, normal-

mente un fármaco en un 85-100% de los casos, y, en menor medida, menos del 10%, otros agentes⁽¹⁾

Las variantes clínicas descritas son: la símil eritema multiforme, la generalizada, la ampollar y la no pigmentada⁽²⁾.

El caso presentado es de una paciente con un eritema fijo pigmentado generalizado secundaria a causa desconocida a pesar del interrogatorio exhaustivo y estudios auxiliares.

^a Residente de Dermatología.

^b Dermatóloga. Auxiliar de la Enseñanza.

^c Dermatóloga. Profesor de Dermatología. Jefe del Departamento de Interconsultas.

^d Dermatopatóloga. Profesor adjunto de Dermatología

^e Dermatólogo. Profesor de Dermatología. Jefe de Cátedra.

Autor correspondiente:

Dra. Judith Nelsi Montiel Centurión

Email: judithmontiel93@hotmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

CASO CLÍNICO

Femenino, 20 años, proveniente de zona rural. No conocida portadora de patologías de base. Presenta historia de 9 años de evolución, de aparición de erupciones rojas que inician en rostro y se generalizan a tronco y miembros superiores, con sensación febril y cefalea, los cuales ceden con Paracetamol. Las manchas se vuelven oscuras y tardan meses en desaparecer. Ocho días antes de la consulta, presenta el mismo episodio, pero con extensión a miembros inferiores, por lo que acude.

Al examen físico presenta máculas grisáceas que varían de 1 a varios centímetros de tamaño, bordes irregulares, límites netos, en rostro, en región periocular, peribucal, nuca, tronco, miembros superiores. En miembros inferiores se observan placas eritematovioláceas, edematosas, de bordes regulares límites netos, en glúteos, miembros inferiores y dorso de pies (Figura 1 y 2)

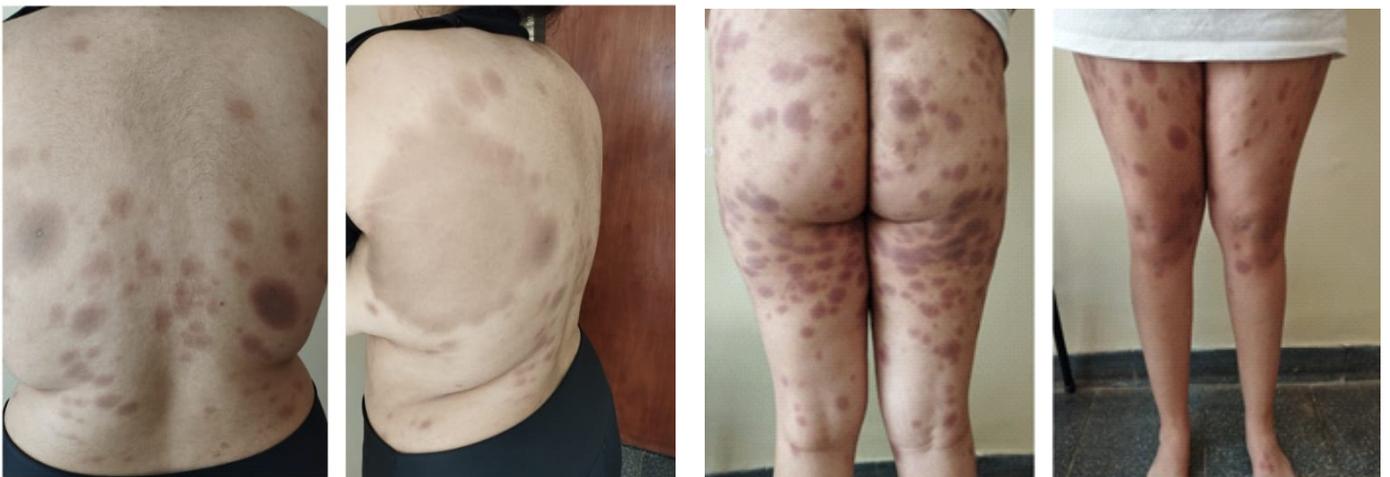


Figura 1 y 2: máculas grisáceas que varían de tamaño, bordes irregulares, límites netos, en tronco. En miembros inferiores se observan placas eritematovioláceas, edematosas, de bordes regulares límites netos, en glúteos, miembros inferiores y dorso de pies.

Como diagnósticos diferenciales se plantearon eritema fijo pigmentado, eritema discrómico perstans, eritema multiforme.

En el laboratorio no presenta ningún signo de valor. Se toma muestra para histopatología con Punch N4 de lesión de pierna izquierda, el cual informa erupción liquenoide (Figura 3)

La paciente niega cualquier consumo de fármacos u

otras sustancias previas al cuadro al reinterrogatorio. Se inicia tratamiento con emolientes y control evolutivo, persistiendo la hiperpigmentación post inflamatoria.

DISCUSIÓN

El eritema fijo pigmentado ocurre en aproximadamente 2-3% de los pacientes hospitalizados y en más del 1% de los pacientes ambulatorios; son más frecuente en las mujeres que en los hombres, especialmente en los extremos de la vida. Es una de las cuatro farmacodermias más frecuentes junto a la urticaria, el exantema medicamentoso y el eritema exudativo multiforme⁽³⁾.

Las erupciones fijas por drogas son lesiones redondeadas bien delimitadas que aparecen y reaparecen de forma persistente en el mismo sitio después de cada administración del agente causal.

Poseen memoria geográfica. En cada nuevo brote pueden aparecer nuevas lesiones. Son de característica eritematovioláceas, en ocasiones en diana y pueden ampollarse. Curan con una pigmentación que desaparece progresivamente⁽¹⁾

El tiempo de aparición oscila entre 30 minutos y 8 horas, o hasta dos días después de la exposición al medicamento como en este caso no contamos con el fármaco o agente causal sospechoso, no podemos constatar este hecho clínico⁽³⁾.

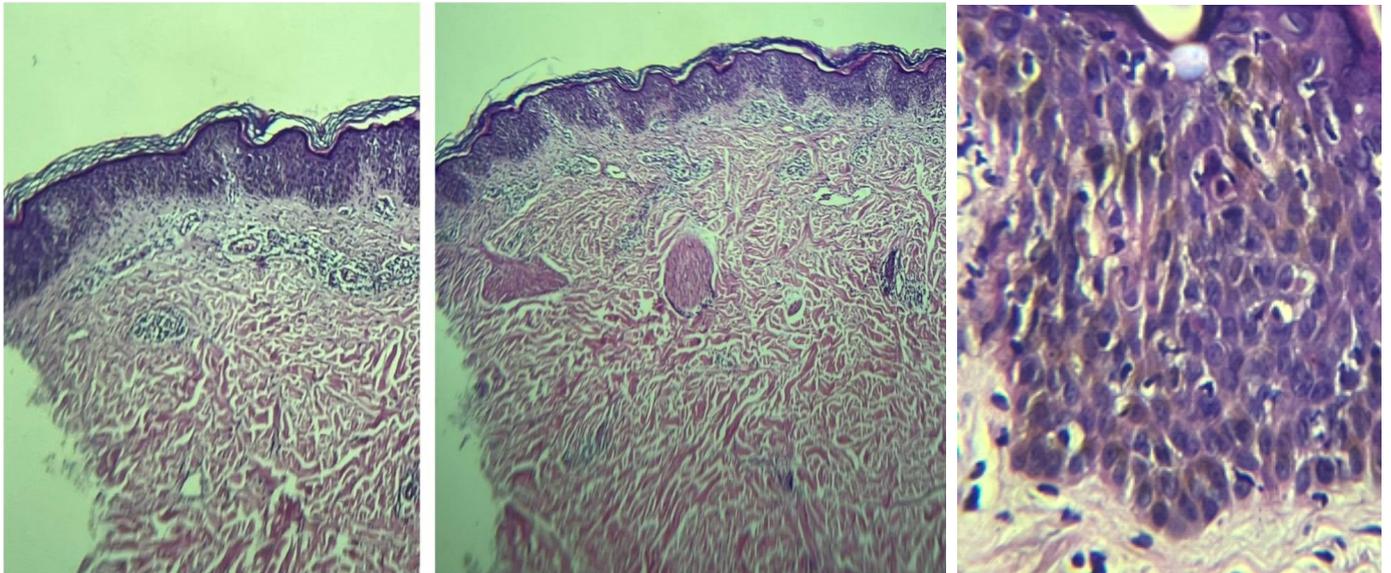


Figura 3: Tinción de Hematoxilina y Eosina, aumento 10x y 40x, Histopatología compatible con erupción liquenoide.

Los síntomas sistémicos como fiebre, escalofríos y fatiga suelen estar ausentes, pero en nuestro caso sí estuvieron presentes, como lo refirió la paciente; sin embargo, la erupción puede estar asociada con prurito, parestesia, sensación de ardor y escozor⁽¹⁾.

Entre las drogas que más comúnmente producen las erupciones fijas están los AINES, los barbitúricos, los antibióticos como la penicilina, la tetraciclina, las sulfas, etcétera⁽³⁾.

También son descritos otros agentes causales, en menor medida, alimentos como leguminosas, frutas, sustancias aditivas, colorantes de capsulas, metales pesados, exposición a la luz ultravioleta, pastas dentales, quinina, cocaína, heroína^{(4) (5) (6)}. También han sido descritos casos post vacuna COVID-19(7).

En algunos casos, a pesar de realizar una anamnesis muy detallada, no se descubren antecedentes de ingesta medicamentosa, y se interpreta que está causado por determinados alimentos naturales o aditivos, conservantes o colorantes, el cual corresponde con el caso de nuestra paciente.

La forma clínica generalizada es rara, en un estudio solo representó el 8% de todas las erupciones fijas por fármacos estudiadas⁽⁸⁾.

El diagnóstico se basa en la clínica, la histopatología y las pruebas de provocación, tópicas o sistémicas⁽¹⁾.

En este caso, a pesar del interrogatorio completo, tanto a la madre como a la paciente, no fue posible filiar alguna causa farmacológica u otro alimento o sustancia que puedan ser responsables del cuadro clínico de la paciente.

La interrupción del fármaco causante es el aspecto más importante del tratamiento. Después de suspender el fármaco, las lesiones se resuelven sin tratamiento en unos días dejando una hiperpigmentación postinflamatoria. El tratamiento es en gran medida sintomático y está dirigido a aliviar el prurito⁽⁹⁾.

Declaración de contribución de los autores:

Todos los autores contribuyeron a la discusión, revisión y aprobación del manuscrito final.

Financiamiento:

Este reporte de caso fue realizado mediante financiación propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shaker G, Mehendale T, De La Rosa C. Fixed Drug Eruption: An Underrecognized Cutaneous Manifestation of a Drug Reaction in the Primary Care Setting. *Cureus* [Internet]. 23 de agosto de 2022 [citado 6 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/107781-fixed-drug-eruption-an-underrecognized-cutaneous->

manifestation-of-a-drug-reaction-in-the-primary-care-setting

2. Lipowicz S, Sekula P, Ingen-Housz-Oro S, Liss Y, Sassolas B, Dunant A, et al. Prognosis of generalized bullous fixed drug eruption: comparison with Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: Prognosis of GBFDE vs. SJS/TEN. *Br J Dermatol.* abril de 2013;168(4):726-32.
3. Naranjo MMN, Espinoza AFR. Exantema fijo medicamentoso generalizado. 2014. 21 de julio de 2014;42(1-3):54-6.
4. Sohn KH, Kim BK, Kim JY, Song WJ, Kang HR, Park HW, et al. Fixed Food Eruption Caused by *Actinidia arguta* (Hardy Kiwi): A Case Report and Literature Review. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2017; 9(2):182.
5. Han F. Fixed drug eruption caused by antibiotics contained in food? *Clin Exp Dermatol.* diciembre de 2019;44(8):944-944.
6. Castellanos-González M, Díaz-Ley B, Huertas-Barbudo B, Segurado Rodríguez MA. Cuando tomarse un gin-tonic se convierte en una mala experiencia: exantema fijo medicamentoso por quinina. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* marzo de 2020;111(2):178-80.
7. Lellig E, Mouton-Faivre C, Abs D, Bursztejn AC. Fixed drug eruption after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: A case report. *J Allergy Clin Immunol Pract.* julio de 2022;10(7):1922-3.
8. Jhaj R, Chaudhary D, Asati D, Sadasivam B. Fixed-drug Eruptions: What can we Learn from a Case Series? *Indian J Dermatol.* 2018;63(4):332-7.
9. Anderson HJ, Lee JB. A Review of Fixed Drug Eruption with a Special Focus on Generalized Bullous Fixed Drug Eruption. *Medicina (Mex).* 1 de septiembre de 2021;57(9):925.