



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUCS

ERITEMA PIGMENTADO FIJO AMPOLLOSO GENERALIZADO. REPORTE DE CASO

AUTORES

Lucía Giraldo*, Joanna Cajamarca*, Sandra P. Espinosa*,
Óscar E. Mora**

*Residentes de Dermatología. FUCS.

** Dermatólogo. Jefe del programa Dermatología. FUCS.

Introducción

Las erupciones fijas medicamentosas se presentan como máculas oscuras circunscritas que a medida que resuelven dejan hiperpigmentación residual (1). El sello distintivo es la memoria geográfica (3).

Materiales y métodos

Paciente masculino de 64 años que consulta por lesiones ampollosas generalizadas de 48 horas de evolución asociadas a prurito, malestar general y escalofríos. Refiere episodios previos similares. En el momento en tratamiento con Trimetoprim Sulfametoxazol por infección de vías urinarias. Al examen físico se evidencian múltiples maculas eritematovioláceas circunscritas, algunas cubiertas por ampollas y erosiones en tronco, mucosa oral y genital (Figura 1). Se hospitaliza para manejo médico de soporte con medidas generales y ciclo corto de corticoides sistémicos, se toman paraclínicos con resultados normales y biopsia de piel (Figura 2).

Resultados

Presenta a los 7 días de tratamiento resolución de las lesiones con hiperpigmentación post inflamatoria residual.

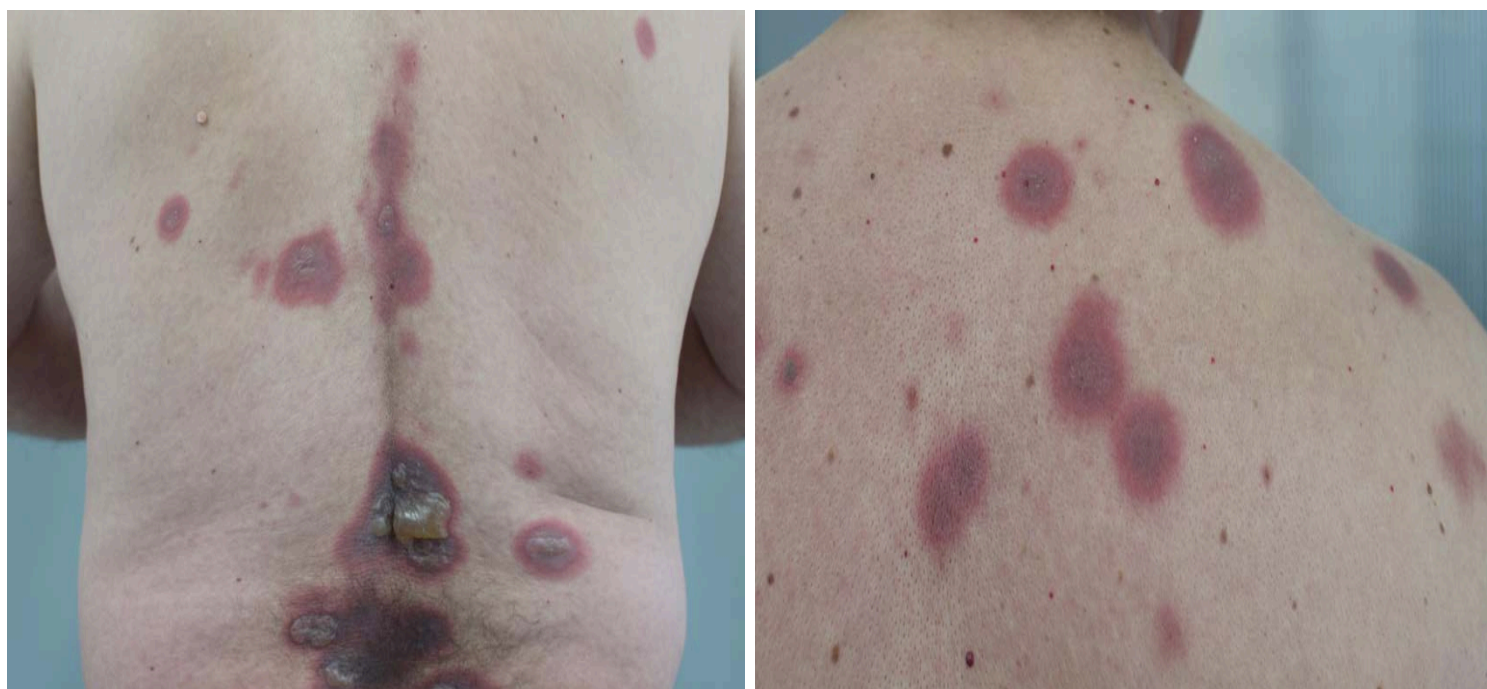


Figura 1

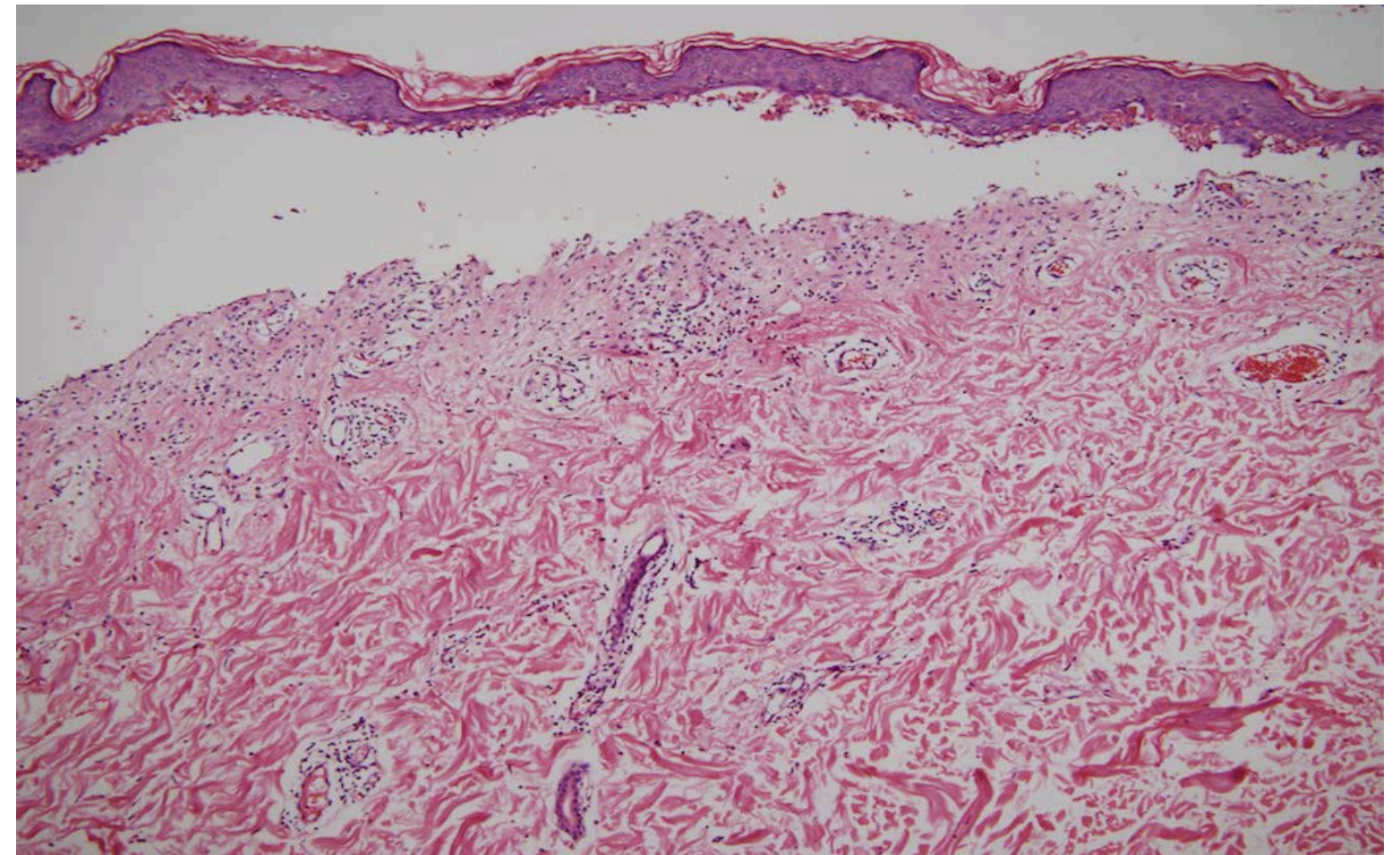


Figura 2. Severa reacción de interfase, desprendimiento de la epidermis en la unión dermo-epidérmica y extensa necrosis focal de los queratinocitos. En la dermis denso infiltrado linfocitario con eosinófilos y edema..

Conclusiones

Presentamos un caso de eritema pigmentado fijo ampollosa generalizado. Ésta entidad puede confundirse con necrólisis epidérmica tóxica o síndrome de Stevens Johnson por la presencia de ampollas flácidas y compromiso mucocutáneo (2). Suele manifestarse frecuentemente los dos primeros días de administrado el medicamento (4); dentro de estos se incluyen: AINES, sulfonamidas y alopurinol, entre otros. El diagnóstico se basa en la clínica, la histología y las pruebas de provocación tópicas o sistémicas. El tratamiento es sintomático y consiste en la suspensión del medicamento desencadenante y uso de corticoides tópicos y/o sistémicos (1), (4). Es importante tener en cuenta la gran extensión en el caso de nuestro paciente y la aparición recurrente de las lesiones en los mismos sitios para hacer diagnóstico diferencial con otras reacciones medicamentosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ammar M. Ahmed, MD, Sarah Pritchard, BS, Jason Reichenberg. Review of Cutaneous Drug Eruptions. Clin Geriatr Med 29 (2013) 527–545.
2. Farid M, Dharamsi, MD, Michel D. Michener MD and Jennifer Warner Dharamsi. Bullous fixed drug eruption masquerading as recurrent stevens johnson syndrome. The Journal of Emergency Medicine, Vol. 48, No. 5, pp. 551–554, 2015.
3. Cheng-Han Lee, Yi-Chun Chen, Yung-Tsu Cho, Chia-Ying Chan, Chia-Yu Chu. Fixed-drug eruption: A retrospective study in a single referral center in northern Taiwan.
4. Jean L Bologna, Joseph L Jorizzo, Ronald P Rapini, dermatology, second edition, capítulo 22, paginas 301-319.