

Exantema fijo medicamentoso

P. de la Cueva Dovao, E. Balbín Carrero, C. Mauleón Fernández, M. Valdivielso Ramos, E. Chavarría Mur, J.M. Hernanz Hermosa
Servicio de Dermatología. Hospital «Infanta Leonor». Madrid

Resumen

El exantema fijo medicamentoso (EFM) es un patrón de reacción cutaneomucosa, caracterizado por la aparición de una o varias máculas eritematoso-violáceas circunscritas, que evolucionan a lesiones hiperpigmentadas. En casi el 100% de los casos descritos el EFM está desencadenado por fármacos, y un gran número de medicamentos se han relacionado con su etiología. Típicamente, las lesiones reaparecen en la misma localización al administrar el fármaco responsable. Presentamos el caso de un niño con un cuadro de EFM provocado por la administración de ibuprofeno oral.

Palabras clave

Erupción medicamentosa, pigmentaciones cutáneas

Abstract

Title: Fixed drug eruption

Fixed drug eruption (FDE) is a cutaneous-mucous reaction pattern characterised by the appearance of one or several circumscribed violaceous-erythematous maculae, which progress into hyperpigmented lesions. Nearly 100% of described cases of FDE are triggered by a drug, and a great many medicines have been linked to its aetiology. Typically, when the drug responsible for the FDE is administered, the lesions reappear in the same location. We present a child with the symptoms of FDE caused by oral ibuprofen.

Keywords

Drug eruption, cutaneous pigmentation

Caso clínico

Niño de 5 años de edad, procedente de Ecuador, sin antecedentes médicos de interés, que acude a nuestra consulta por presentar lesiones cutáneas asintomáticas, localizadas en las manos, los genitales y el tronco, de 7 días de evolución. La madre refiere que las lesiones inicialmente eran de color violáceo y posteriormente se habían tornado parduscas. El niño había presentado escozor al principio, pero actualmente no presenta síntomas locales. El comienzo del cuadro cutáneo-mucoso coincidió con un episodio catarral que fue tratado con ibuprofeno oral.

El paciente presentó lesiones de similares características unos meses antes, coincidiendo con un cuadro febril para el que también se administró ibuprofeno. La madre no recuerda haber utilizado en otras ocasiones el fármaco.

En la exploración física se pueden observar lesiones maculosas circunscritas, circulares y ovaladas, violáceas e hiperpigmentadas, en la región genital (figura 1), el dorso de las manos (figura 2) y el tronco. No presenta lesiones en la mucosa oral ni formación de ampollas.

Ante las características de las lesiones elementales dermatológicas y la secuencia temporal de la aparición de éstas tras la administración de ibuprofeno, al paciente se le diagnosticó un exantema fijo medicamentoso secundario a la administración de ibuprofeno oral. No se consideró necesario realizar pruebas complementarias.

Al presentar una leve inflamación en la zona de las lesiones y prevalecer la hiperpigmentación, se decidió no realizar tratamiento y se recomendó una estricta protección solar. Se explicó a la madre que las máculas involucionarían progresivamente y se recomendó evitar el empleo de ibuprofeno.

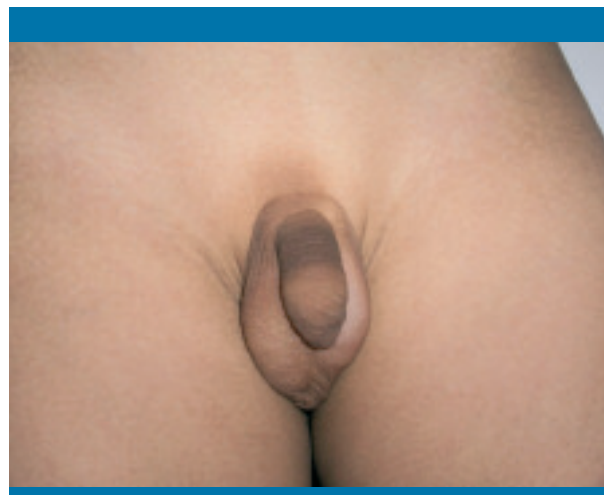


Figura 1. Marcada hiperpigmentación de la piel del pene en la región pubiana



Figura 2. Hiperpigmentación de las zonas acrales de los dedos

Discusión

El EFM es una toxicodermia caracterizada por la aparición de máculas eritematoso-violáceas, con presencia de una marcada hiperpigmentación residual, situadas en las mismas localizaciones tras la administración del fármaco responsable. Es un cuadro que puede aparecer en todas las franjas etarias, aunque es más frecuente en la edad adulta.

Hay un amplio número de fármacos implicados en la etiología del EFM. La frecuencia de los diferentes medicamentos responsables varía según las áreas geográficas. En nuestro medio los más frecuentemente implicados son los antiinflamatorios no esteroideos, la ampicilina, la fenitoína, las sulfamidas y las tetraciclinas. 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 mecanismo patogénico responsable de la aparición de EFM en algunos pacientes tras la administración de un determinado fármaco es desconocido. Se han postulado factores genéticos (más frecuente en individuos con HLA-B22 positivo) e inmunitarios en su fisiopatogenia.

Las lesiones cutaneomucosas en el EFM aparecen bruscamente tras la administración del fármaco, en un periodo que oscila entre 30 minutos y 8 horas. Consisten en una o varias máculas eritematoso-violáceas, algunas de ellas edematosas, de morfología circular u ovalada. En casos muy intensos, el edema es tan importante que se pueden formar ampollas, que al romperse dejan zonas erosivas. Las lesiones se pueden

acompañar de prurito y escozor, pero habitualmente no se acompañan con síntomas generales.

El EFM puede localizarse en cualquier área de la superficie cutaneomucosa, pero se sitúa con mayor frecuencia en los labios, la mucosa oral, el dorso de las manos y los pies y la mucosa genital.

En general, el EFM es un cuadro autolimitado, con la desaparición de las lesiones activas en 1-2 semanas, aunque persiste una hiperpigmentación residual que puede ser muy prolongada (durante meses, e incluso años). Esta pigmentación será más intensa cuanto más marcado sea el cuadro inflamatorio, y en los pacientes de piel oscura.

El estudio histológico se caracteriza por la presencia de dermatitis de interfase, degeneración vacuolar de la unión dermoepidérmica y queratinocitos necróticos. Existe un infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular en la dermis. En las lesiones hiperpigmentadas aparece un gran número de melanófagos con incontinencia de pigmento.

Para establecer el diagnóstico de EFM se debe realizar una detallada anamnesis para buscar la relación causal temporal con el fármaco implicado. En ocasiones se pueden realizar pruebas de provocación, o pruebas del parche con el medicamento de sospecha, para confirmar el diagnóstico.

La mayoría de los casos de EFM son autolimitados y sólo es preciso realizar un tratamiento sintomático de las lesiones con un fármaco esteroideo por vía oral y emolientes. Si la afectación es grave, se emplearán corticoides sistémicos (0,5-1 mg/kg/día). Los antihistamínicos no han demostrado ser eficaces en el EFM. ■

Bibliografía

- Fernández-Jorge B, Goday JJ, Almagro M, Fonseca E. Fixed drug eruption due to piroxicam. *Actas Dermosifiliogr.* 2008; 99: 239-240.
- Gupta R. Drugs causing fixed drug eruptions: confirmed by provocation tests. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2003; 69: 120-121.
- Kawada A, Hiruma M, Noguchi H, Ishibashi A. Fixed drug eruption induced by acetaminophen in a 12-year-old girl. *Int J Dermatol.* 1996; 35: 148-149.
- Lee AY. Fixed drug eruptions. Incidence, recognition, and avoidance. *Am J Clin Dermatol.* 2000; 1: 277-285.
- Mahboob A, Haroon TS. Drugs causing fixed eruptions: a study of 450 cases. *Int J Dermatol.* 1998; 37: 833-838.
- Ozkaya-Bayazit E, Bayazit H, Ozarmagan G. Drug related clinical pattern in fixed drug eruption. *Eur J Dermatol.* 2000; 10: 288-291.
- Sehgal VN, Srivastava G. Fixed drug eruption (FDE): changing scenario of incriminating drugs. *Int J Dermatol.* 2006; 45: 897-908.
- Silva A, Proença E, Carvalho C, Senra V, Rosário C. Fixed drug eruption induced by paracetamol. *Pediatr Dermatol.* 2001; 18: 163-164.