

Caso clínico dermatológico

María Soledad Zegpi T.¹, Celso Castillo A.¹,
Claudia Salomone B.¹

HISTORIA CLÍNICA

Preescolar de 3 años de edad, de sexo femenino, previamente sana, que consulta por cuadro de dos días de evolución, caracterizado por fiebre, odinofagia y discreto compromiso del estado general. Evaluada en el Servicio de Urgencia se diagnosticó amigdalitis aguda purulenta, con test pack (+) para estreptococo. Se indicó penicilina benzatina 600 000 UI intramuscular por 1 vez. Posterior a la administración y en el transcurso del mismo día, comenzó con prurito generalizado, más intenso en la región dorsolumbar. Horas más tarde, la madre notó aparición de lesiones maculares eritematosas en extremidades, cara y tronco, por lo cual consultó nuevamente, 48 horas después. En ese momento, al examen clínico se constata

tó una paciente en buenas condiciones generales con temperatura de 38,5° C axilar y lesiones papulares, eritematosas, redondeadas, distribuidas en forma simétrica y comprometiendo todo el cuerpo, más marcado en cara y extremidades inferiores. Las lesiones presentaban aspecto de anillos concéntricos, con un halo periférico eritematoso y un área más central pálida y en algunas lesiones una pequeña vesícula (figuras 1 y 2). La mucosa oral presentaba petequias escasas en forma aislada. No había otras mucosas comprometidas. El hemograma mostró GB 11 700 (75% segmentados, 5% baciliformes), hematocrito 38%, plaquetas 384 000 x mm³. Además VHS 80 mm x hr, PCR 10,9, creatinemia 0,61 mg/dl, nitrógeno ureico 0,22 mg/dl. Radiografía de tórax y sedimento de orina fueron normales.



Figura 1.



Figura 2.

¿Cuál es su diagnóstico?

1. Médico. Unidad Docente Asociada de Dermatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

HALLAZGOS

En las figuras 1 y 2 se aprecian máculo-pápulas múltiples en todo el cuerpo, con aspecto característico "en diana" en "tiro al blanco", determinadas por lesiones en forma de anillos concéntricos con halo eritematoso periférico, una zona central pálida y un centro purpúrico, características de un eritema multiforme mayor, en este caso secundario a Penicilina.

DIAGNÓSTICO

Eritema multiforme mayor secundario al uso de Penicilina.

DISCUSIÓN

Las reacciones adversas a medicamentos son infrecuentes y ocurren en 1 a 5% de los pacientes, especialmente en los que reciben antibióticos. Los patrones de reacción cutánea pueden ser diferentes, siendo los más frecuentes aquellos en forma de erupción maculopapular o erupciones urticariformes. Las reacciones de hipersensibilidad (Eritema Multiforme, Stevens-Johnson, Necrosis Epidérmica Tóxica), las erupciones fijas y las vasculitis entre otras, constituyen presentaciones menos frecuentes.

El eritema multiforme o polimorfo (EM), si bien puede presentarse como reacción adversa al uso de medicamentos, se presenta con mayor frecuencia como consecuencia a una infección por virus Herpes Simple. Es una enfermedad cutánea autolimitada que dura entre 4 a 6 semanas, en ocasiones recurrente, que se caracteriza por lesiones "en diana" o "en tiro al blanco", que se distribuye principalmente en extremidades y cara, aunque puede comprometer el tronco. Las lesiones típicas son pápulas de menos de 3 cm de diámetro, redondeadas, formadas por 3 anillos concéntricos: un anillo eritematoso central que puede ser purpúrico o vesicular, rodeado de un área más pálida y un halo periférico eritematoso (figuras 1 y 2). En un alto porcentaje puede comprometer una o

más mucosas. Clásicamente se ha subdividido en una forma menor y otra mayor, esta última con lesiones más extensas y con mayor compromiso del estado general.

Diagnóstico diferencial. La distinción entre el EM mayor y el síndrome de Stevens-Johnson ha sido controversial. Sin embargo, se ha aceptado que el caso del síndrome de Stevens-Johnson, la enfermedad es más grave, con lesiones en diana atípicas, lesiones purpúricas extensas y áreas de desprendimiento de piel, menor al 10% de la superficie cutánea, con un compromiso de mucosas que puede ser similar. La importancia de hacer la distinción entre estas dos entidades se debe a que en general el EM no evoluciona a cuadros más graves, a diferencia del síndrome de Stevens-Johnson, que potencialmente puede evolucionar a Necrosis Epidérmica Tóxica, con alta mortalidad cercana al 30%.

También el EM se debe distinguir de otras erupciones maculopapulares por drogas (no presentan lesiones en forma de "tiro al blanco"), urticarias de diversas causas y exantemas virales entre otras.

El manejo del EM está dirigido a la identificación y eliminación de cualquier factor precipitante o potencialmente etiológico, tales como drogas sospechosas y en especial, evitar las recurrencias de infección por virus Herpes Simple (fotoprotección, antivirales profilácticos por 6 meses o más). Frecuentemente el EM menor requiere sólo tratamiento sintomático. Debido al mayor compromiso de piel y mucosa del EM mayor, su monitorización debe ser estricta por lo que se recomienda su manejo hospitalizado.

REFERENCIAS

1. Léauté-Labrèze C, Lamireau T: Diagnosis, classification, and management of erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome. *Arch Dis Child* 2000; 83: 347-52.
2. Weston W: Erythema Multiforme, Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. En: *Textbook of Pediatric Dermatology*. Vol 1. Ed. Blackwell Science 2000; 628-36.