

ERITEMA PIGMENTADO FIJO INDUCIDO POR EL USO DE BETALACTÁMICOS. REPORTE DE UN CASO.

FIXED ERYTHEMA PIGMENTOSUM INDUCED BY THE USE OF BETALACTAMS. CASE REPORT.

Sigrid Hittsel Portillo Alvarado¹, Enohé Jocelyn Avila Ponce², Olman Daniel Gradis Santos³.

RESUMEN

El eritema pigmentado fijo (EPF) es una reacción medicamentosa caracterizada por manchas eritematosas circulares, recurrentes en los mismos sitios tras la exposición a ciertos fármacos, principalmente trimetoprima-sulfametoxazol. A menudo se diagnostica erróneamente debido a su baja frecuencia y similitud con otras afecciones. Se presenta el caso de una mujer con faringoamigdalitis tratada con amoxicilina y ácido clavulánico, desarrollando lesiones cutáneas. El EPF se desencadena por una reacción de hipersensibilidad tardía tipo IV, afectando la capa basal epidérmica y resultando en hiperpigmentación posinflamatoria. El diagnóstico requiere una anamnesis detallada y puede confirmarse con biopsia en casos dudosos. El tratamiento implica suspender el medicamento causante y usar esteroides tópicos para aliviar el prurito. Aunque la hiperpigmentación residual puede persistir, el pronóstico es favorable. La comprensión completa de esta dermatosis es crucial para garantizar un manejo eficaz y mejorar la calidad de vida del paciente.

ABSTRACT

Fixed drug eruption (FDE) is a drug reaction characterized by recurrent circular erythematous patches at the same sites following exposure to certain drugs, primarily trimethoprim-sulfamethoxazole. It is often misdiagnosed due to its low frequency and similarity to other conditions. We present the case of a woman with pharyngotonsillitis treated with amoxicillin and clavulanic acid, developing cutaneous lesions. FDE is triggered by a type IV delayed hypersensitivity reaction, affecting the epidermal basal layer and resulting in post-inflammatory hyperpigmentation. Diagnosis requires a detailed medical history and may be confirmed by biopsy in doubtful cases. Treatment involves discontinuation of the causative medication and use of topical steroids to alleviate pruritus. Although residual hyperpigmentation may persist, the prognosis is favorable. Comprehensive understanding of this dermatosis is crucial to ensure effective management and improve patient's quality of life.

INTRODUCCIÓN

El eritema pigmentado fijo (EPF) es una reacción medicamentosa que se manifiesta clínicamente por la presencia de manchas eritematosas, circulares, bien delimitadas, únicas o múltiples, que pueden llegar a formar ampollas y localizarse tanto en piel como en mucosas¹.

Tiene un origen medicamentoso en el 85-100% de los casos, los fármacos principalmente involucrados son: las sulfonamidas, pirazolonas, tetraciclinas y barbitúricos, siendo trimetoprima-sulfametoxazol la principal causa².

Su característica distintiva es la recurrencia en los mismos sitios afectados tras la reexposición al agente causal. La lesión se autolimita en 1 a 2 semanas sin dejar cicatriz, dejando una hiperpigmentación postinflamatoria que tarda en desaparecer¹.

A menudo se infra diagnostican o se confunden con picaduras de insectos, urticaria u otras afecciones; esto se debe a que son

menos frecuentes entre las reacciones medicamentosas, múltiples variantes y al desconocimiento general de la enfermedad por parte de los médicos. Este caso presenta un interés particular debido a la aparición del eritema pigmentado fijo como reacción a los betalactámicos, un desencadenante poco habitual en comparación con otros fármacos. La relevancia radica en la necesidad de ampliar el conocimiento sobre las manifestaciones clínicas inusuales de reacciones a fármacos, lo que podría contribuir a un diagnóstico más preciso y a una mejor gestión de estos pacientes, especialmente en aquellos con antecedentes de sensibilidad a antibióticos betalactámicos³.

Es por esta razón que presentamos el caso de una paciente femenina quien presentó una plétora de síntomas dermatológicos asociados a la postinfección y postmanejo con betalactámicos.

¹Médico General, Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC).

²Médico General, Universidad Católica de Honduras (UNICAH).

³Médico General, Docente universitario, Universidad Católica de Honduras (UNICAH).

Correspondencia a:

Sigrid Hittsel Portillo Alvarado
Correo electrónico: sigridhittsel@est.umss.edu
Teléfono: +504 9789-9140
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7672-8456>
<https://orcid.org/0009-0003-9156-4468>
<https://orcid.org/0000-0001-7403-4156>

Palabras clave: Informes de Casos, beta-Lactamas, Eritema.

Keywords: Case Reports, beta-Lactams, Erythema.

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación: 03/08/2024

Aceptado para publicación: 07/10/2024

Citar como:

Portillo Alvarado SH, Avila Ponce EJ, Gradis Santos OD. Eritema pigmentado fijo inducido por el uso de betalactámicos: reporte de un caso. Rev. Cient. Cienc. Med. 2024; 27(02): 83-86.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 28 años, abogada, residente en Tegucigalpa, Honduras, con antecedentes médicos relevantes que incluyen episodios recurrentes de faringoamigdalitis bacteriana y rinosinusitis crónica de varios años de duración. La paciente ha sido sometida a diversos tratamientos, incluyendo antibioticoterapia, analgesia y antihistamínicos, debido a la persistencia de sus síntomas.

En el contexto de un episodio agudo de faringoamigdalitis bacteriana con fiebre de 3 días de duración, la paciente optó por iniciar el tratamiento con analgésicos y amoxicilina más ácido clavulánico. Sin embargo, tras la administración del antibiótico, se observaron lesiones cutáneas, lo que motivó a la paciente a buscar atención médica.

En el momento de la consulta, la paciente reportó la presencia de una lesión tipo placa eritematosa y edematosa, con dimensiones aproximadas de 6 x 7 cm y bordes definidos, localizada en la región dorsal de ambas manos. Estas lesiones, de inicio repentino, evolucionaron hacia un eritema violáceo y aumentaron en tamaño durante la semana. (Fig. 1 y 2).

A pesar de haber aplicado cremas emolientes, la paciente no experimentó mejoría en las lesiones cutáneas.

Se suspendió el uso de amoxicilina más ácido clavulánico y se trató con antihistamínicos vía oral cada 8 horas durante 5 días, junto con betametasona tópica al 0.1%. Se programó una

cita de seguimiento para evaluar las lesiones después de una semana, donde se notó una mejoría significativa con menos inflamación, eritema y edema, y una ligera hiperpigmentación residual (Fig. 3 y 4).



Figura 2: Placa eritematoviolácea con mayor delimitación y definición de los bordes.



Figura 3: Lesión eritematoviolácea en región dorsal de mano derecha, con mayor acentuación en pigmentación, posterior al tratamiento.



Figura 1: Placa eritematosa, delimitada, pruriginosa y diseminada, al inicio. .



Figura 4: Eritema violáceo diseminado, al momento de ser evaluada en la consulta 10 días después de aparición de lesiones.

DISCUSIÓN

El eritema pigmentado fijo se manifiesta como una reacción alérgica a medicamentos, caracterizada por la aparición de lesiones cutáneas y/o mucosas, ya sean únicas o múltiples, que recurren en el mismo sitio. Constituye el 25% de las dermatosis medicamentosas; predomina en mujeres, con una relación de 2:1; 75% de los casos se observa de los 11 a los 40 años. Estas lesiones se desencadenan tras la administración de diversos fármacos, siendo los más comunes los antibióticos, antiepilépticos y antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Ocasionalmente, también pueden desencadenarse por la ingesta de otras sustancias, como colorantes alimenticios o quinina presente en el agua tónica^{4,5}.

En cuanto a la fisiopatología de esta dermatosis, se caracteriza por ser una reacción de hipersensibilidad tardía tipo IV. En la fase inicial, los linfocitos T CD8+ de memoria liberan interferón gamma en la unión dermoepidérmica cuando son activados por el antígeno del medicamento, lo que ocasiona daño en la capa basal epidérmica. Las células T reclutadas y los neutrófilos afectan a los melanocitos y queratinocitos. Durante la fase de resolución, los macrófagos dérmicos recogen la melanina, lo que resulta en la hiperpigmentación postinflamatoria característica³.

Por otra parte, las manifestaciones clínicas se presentan como lesiones en forma de máculas eritemato-violáceas que pueden desarrollarse en placas edematosas o ampollas, con forma redonda u ovalada y de tamaño variable, generalmente entre 1 y 4 cm de diámetro, ya sea como lesiones únicas o múltiples⁶.

Para realizar un análisis comparativo detallado entre el reporte de caso "Fixed drug eruption" de la paciente descrita por Yu-Ju Chou, Hua-Ching Chang y nuestro reporte de caso: Eritema pigmentado fijo inducido por el uso de betalactámicos abordaremos diversos aspectos clave, como la etiología, presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución de ambas situaciones. Comenzando con el perfil de ambas pacientes, son jóvenes (28 y 31 años) y presentan antecedentes médicos que no parecen estar relacionados directamente con las reacciones cutáneas. La principal diferencia es que la paciente del segundo caso tiene comorbilidades preexistentes (faringoamigdalitis y rinosinusitis)

y un tratamiento prolongado con antibióticos, mientras que la paciente en el primer caso no tiene antecedentes médicos significativos más allá del tratamiento con doxiciclina y láser. En cuanto a la presentación clínica de ambos casos clínicos: En el primer caso, las lesiones son típicas de una erupción medicamentosa fija: bien delimitada, con un centro oscuro. En el segundo caso, las lesiones son más grandes (6 x 7 cm) y presentan una evolución hacia un eritema violáceo, lo que sugiere una posible reacción de hipersensibilidad tipo IV más generalizada o una reacción de tipo I, dependiendo de la respuesta del sistema inmune. Ambos casos se diagnostican mediante la observación clínica.

Para el diagnóstico del eritema pigmentado fijo, es crucial un enfoque clínico, que incluya una exhaustiva anamnesis centrada en un análisis preciso de la historia farmacológica, junto con una evaluación minuciosa de las lesiones cutáneas (su forma y localización) y la sintomatología asociada⁷. En nuestro caso, una anamnesis precisa reveló que la paciente tenía un cuadro infeccioso mientras tomaba amoxicilina y ácido clavulánico. Las lesiones cutáneas surgieron tras la ingesta del antibiótico. En casos donde hay duda del diagnóstico, se puede realizar una biopsia³.

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), la necrólisis epidérmica tóxica (NET), el eritema multiforme, el herpes simple y enfermedades autoinmunes ampollares como el pénfigo ampolloso⁸.

Por otro lado, el tratamiento se basa principalmente en la interrupción del agente desencadenante. Además, se emplea un enfoque sintomático que incluye el uso de esteroides tópicos, inhibidores de la calcineurina tópicos y, si es necesario, antihistamínicos H1 no sedantes para aliviar el prurito. En casos de afectación generalizada, se recomienda el uso de esteroides sistémicos⁹.

La hiperpigmentación residual puede persistir durante semanas después de suspender el fármaco o el agente desencadenante^{4,10}.

El pronóstico es generalmente favorable y se espera una recuperación sin complicaciones. No se han registrado casos de mortalidad relacionadas a la erupción fija medicamentosa. Aunque la hiperpigmentación residual es frecuente, su incidencia es menor en la variante no pigmentada¹¹.

CONCLUSIÓN

La comprensión de la etiopatogenia, diagnóstico y el manejo adecuado son esenciales para abordar esta dermatosis medicamentosa, asegurando una gestión eficaz y una mejora en la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS

1. Anderson HJ, Lee JB. A Review of Fixed Drug Eruption with a Special Focus on Generalized Bullous Fixed Drug Eruption. *Medicina*. 2021; 57 (925):1-11
2. 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*. 2022; 14(8):e28299.
3. Agarwala MK, Mukhopadhyay S, Sekhar MR, Dincy Peter CV. Bullous fixed drug eruption probably induced by paracetamol. *Indian J Dermatol*. 2016; 61:121.
4. Fusta-Novell X, Bosch-Amate X, Morgado-Carrasco D. Eritema fijo medicamentoso. *Aten Prim Pract*. 2019; 1(3):55-56
5. Jayasunders J, Watts TJ. Skin Testing in Fixed Drug Eruptions: A Useful and Safe Tool?. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024; 12(2): 469-471
6. Barker CS, Elston DM, Lee K. Generalized Fixed Drug Eruptions Require Urgent Care: A Case Series. *Cutis*. 2024; 114(1): 31-34
7. Makris M, Papapstolou N, Koumprentziotis IA, Pappa G, Kataoulis AC. Nimesulide-Induced Fixed Drug Eruption Followed by Etoricoxib-Induced Fixed Drug Eruption: An Unusual Case Report and Review of the Literature. *J. Clin. Med*. 2024; 13:1583.
8. Aguilar-Urbina EW, Plasencia-Meza C, Chávez-Rimarachin M, Aquino-Salverredy R, Velásquez-Ojeda A, Bazán-Gallo C, et al. Drug-related bullous fixed pigmented erythema related to the use of ivermectin in a patient with SARS-Cov2 pneumonia: Case Report. *Revista del Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2021 Nov 1;14(3):394-7.
9. Arango Bedoya LM, Zuluaga Lotero D, Tamayo Quijano LM. Eritema fijo por alimentos en un paciente pediátrico: reto diagnóstico y terapéutico. *Actas dermosifiliograficas*. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.06.022>
10. Salim S, Meziane M, Ismaili N, Benzekri L, Senouci K, Znati K, et al. Recurrent Cutaneous Bullous Lesions: Think of Fixed Drug Eruption! *J Allergy Ther*. 2019;10(1):1-2.
11. MEDSCAPE. Fixed Drug Eruptions: Background, Pathophysiology, Etiology [Internet]. [cited 2024 Apr 12]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/1336702-overview?0=form=fpf&1=scod e=msp&2=st=fpf&3=socialSite=google&4=reg=1>
12. Arenas R. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento*. 7.ª ed. México: McGraw-Hill Education; 2015.
13. Chou YJ, Chang HC. Fixed drug eruption. *CMAJ*. 2022 Aug 2;194(29):E1036. doi: 10.1503/cmaj.220049.