

Eritema multiforme en lactante de 8 meses

Erythema multiforme in an eight-month-old-infant

Mirelys Álvarez Ramos^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7690-1708>

Rolando Martínez Borrego² <https://orcid.org/0000-0001-8186-8757>

Lyana Rodríguez Abreu¹ <https://orcid.org/0000-0001-5106-6366>

¹Hospital Pediátrico Universitario "José Ramón Martínez". Artemisa, Cuba.

²Dirección Provincial de Salud Artemisa. Artemisa, Cuba.

*Autor para la correspondencia: meli19@nauta.cu

RESUMEN

El eritema multiforme es una enfermedad inflamatoria, aguda y relativamente frecuente. Dentro de los factores involucrados en su etiopatogenia están fármacos, agentes infecciosos, y agentes físicos entre otros. Está asociado al virus del herpes simple y al *Mycoplasma pneumoniae*. Se reporta lactante masculino de 8 meses de edad, con lesiones en piel en forma de máculas eritematosas de tamaño variable, bordes bien definidos, de aspecto en iris o diana, con cierta infiltración, localizadas en extremidades, tronco y región facial, después de tratamientos con penicilinas por neumonía inducida en la comunidad. El cuadro se acompañó de edema en miembros inferiores, superiores y cara. El paciente requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Se concluyó como un eritema multiforme mayor y se comenzó tratamiento con esteroides y antihistamínicos, con evolución favorable. Se presenta el caso debido a que no es una entidad frecuente en edades tempranas de la vida, y aunque su evolución fue satisfactoria, atravesó por todas las etapas clásicas de la enfermedad.

Palabras clave: eritema multiforme; erupción; diana.

ABSTRACT

Erythema multiforme is a relatively frequent acute inflammatory disease. Among the factors involved in its pathogenesis are drugs, infectious agents and physical agents. The condition is associated to herpes simplex virus and *Mycoplasma pneumoniae*. A case is reported of a male 8-month-old infant with skin lesions in the form of erythematous macules of varying size, well-defined borders, iris or target appearance and some infiltration, located on the limbs, trunk and face, after treatments with penicillins for community-acquired pneumonia. The clinical

picture was accompanied by edema in the face and upper and lower limbs. The patient required admission to the intensive care unit. Erythema multiforme major was diagnosed and treatment with steroids and antihistamines was started, obtaining a favorable evolution. The case is presented because this condition is not frequent in the early stages of life, and because although its evolution was satisfactory, it went through all the classic stages of the disease.

Keywords: erythema multiforme; rash; target.

Recibido: 25/06/2020

Aprobado: 28/07/2020

Introducción

El eritema multiforme puede definirse como el estado patológico inflamatorio de la piel, consecutivo a una reacción inmunológica, precipitada por una gran cantidad de agentes causales. Las manifestaciones cutáneas de amplio espectro sintomático tienen como prototipo la lesión “diana” o “iris”, y van desde expresiones leves y moderadas hasta cuadros mucocutáneos graves, con participación sistémica, a veces mortales. La histología muestra como cambio fundamental la necrosis del queratinocito. Convencionalmente, el eritema multiforme ha sido clasificado en eritema multiforme menor y eritema multiforme mayor, para denominar respectivamente los casos leves o moderados, y los más graves de la enfermedad. Hasta hace algunos años se aceptaba la clasificación del eritema multiforme en eritematopapuloso y vesiculobuloso, que solo consideraba la morfología de las lesiones.^(1,2,3)

Es una enfermedad recurrente, autorresolutiva, característica de adultos jóvenes y con mayor incidencia en primavera u otoño. No hay pródromos, o es leve. La erupción tiene una duración media de 1 a 4 semanas. Comienza con máculas de bordes bien definidos, que se elevan y se transforman en pápulas edematosas en 24 - 48 horas. Las lesiones llegan a alcanzar varios centímetros de diámetro. Es típico un halo eritematoso que bordea la lesión, la cual se aplanan en el centro y adopta un color purpúrico y oscuro. Esta es la típica lesión en diana con tres zonas, un centro purpúrico oscuro, un halo edematoso más pálido y una zona periférica maculosa eritematosa. En la zona central puede formarse una ampolla.^(1,2,4)

Caso clínico

Paciente masculino, lactante de 8 meses de edad, color de piel blanca, con antecedentes pre, peri y post natales de salud aparente, que alrededor de 3 días antes de acudir a nuestro centro hospitalario comenzó a presentar tos, fiebre y secreción nasal acuosa, motivo por el cual le fue indicado en su área de salud tratamiento con amoxicilina en suspensión por vía oral. En las primeras dosis de la medicación el niño comienza a presentar vómitos y la madre decide suspender el medicamento porque además observó mejoría. Tres días después reaparecen los mismos síntomas, por lo que es llevado a nuestro centro donde se diagnostica otitis media aguda y neumonía de base derecha y se decide su ingreso.

APF: Madre alérgica a penicilina.

Se indica tratamiento con Trifamox (amoxicilina 500 mg/ sulbactam 250 mg) por vía intramuscular.

Al segundo día de iniciado el tratamiento, el paciente comienza a presentar eritema en el área de la inyección. Posteriormente aparecen lesiones en piel caracterizadas por máculas eritematosas de mediano y gran tamaño, de bordes bien definidos, circinadas, en forma de iris o diana con cierta infiltración, localizadas en extremidades superiores e inferiores, tronco y región facial (Figs. 1 y 2).



Fig. 1 - Lesiones eritematosas, circinadas, de mediano y gran tamaño, en extremidades.



Fig. 2 - Lesiones en forma de iris o diana en región posterior del tronco.

El cuadro se acompañó de edema en miembros inferiores, superiores y cara, y se determinó trasladar al paciente a la sala de cuidados intensivos.

Todos los exámenes de laboratorio que se le realizaron estaban dentro de límites normales.

No se pudo realizar biopsia de piel debido a lo agudo del cuadro.

Se interpreta como un eritema multiforme mayor y se indica tratamiento con esteroides (hidrocortisona) y antihistamínicos (difenhidramina) por vía endovenosa, con una evolución satisfactoria del paciente.

Se recoge el antecedente familiar de madre alérgica a la penicilina.

Comentarios

El eritema multiforme mayor y la mayoría de las erupciones con lesiones en diana, de localización central son debidos a medicamentos. Los fármacos más frecuentemente implicados son las sulfonamidas, los antibióticos, los antiinflamatorios no esteroideos, el alopurinol y los anticonvulsivantes.^(1,2,3,4)

Aunque hay una enorme lista de agentes relacionados con esta entidad, James y otros⁽²⁾ plantean que sólo el *Mycoplasma pneumoniae* y la radioterapia han demostrado asociación.

Algunos autores estiman que en la mitad de los casos de eritema multiforme no es detectado el agente causal, sin embargo, el virus del herpes simple (VHS), tanto labial como genital, es considerado por muchos como el agente precipitante del eritema multiforme menor.^(1,2,3,5) El eritema multiforme mayor es provocado con más frecuencia por la ingestión de sulfas, anticonvulsivantes y antiinflamatorios no esteroideos. Al VHS se le ha atribuido cerca del 100 % de los casos de eritema multiforme menor, lo que se fundamenta en que el 60 % de ellos son precedidos por lesiones del VHS. En los casos en que no se ha podido precisar el agente causal, la mayoría ha curado con la administración continua y profiláctica de Aciclovir.^(1,2,6,7)

Entre las causas más frecuentes relacionadas con esta entidad están:

- a) Infecciones virales: Adenovirus, Coxsackie, ECHO, hepatitis A, B y C, mononucleosis infecciosa, varicela-zoster.
- b) Infecciones bacterianas: Estreptococo hemolítico, vacuna BCG, lepra, sífilis, blenorragia, neumococos, pseudomonas, proteus, estafilococos, salmonelas, tuberculosis.
- c) Hongos: Dermatofitos, histoplasmosis, coccidioidomicosis.
- d) Medicamentos.
- e) Leucemias, linfomas, carcinomas.
- f) Frío, calor, luz solar.
- g) Embarazo, enfermedades del colágeno, y otras muchas.^(1,2,3,4,5)

En los últimos años se han reportado casos de eritema multiforme atribuidos a agentes exógenos, de contacto.

En estudios recientes se han podido detectar en pacientes con eritema multiforme, autoanticuerpos dirigidos contra las desmoplaquinas I y II, dos proteínas esenciales de la placa desmosomal del queratinocito, lo que sugiere una participación humoral en estas reacciones. Además, ha sido demostrado que las alteraciones que se han observado en las moléculas de adhesión asociadas al hemidesmosoma (integrín, laminín y colágenos tipos IV y VII), tienen un papel fundamental en la patogenia del eritema multiforme.^(1,2,3,4)

Con respecto al tratamiento del eritema multiforme, el uso de esteroides es un tema controversial, así por ejemplo, algunos autores plantean que no es necesario el uso de los mismos y que el paciente debe mejorar una vez que desciendan los niveles de células mediadoras de la inflamación.⁽²⁾ Sin embargo, otros autores como *Arenas*,⁽⁷⁾ consideran que pudieran usarse, aunque no está

comprobado su uso. En nuestra experiencia, hemos observado mejoría clínica de los pacientes desde las primeras horas de su empleo.

El eritema multiforme es una entidad que pudiera llevar al paciente a una necrólisis tóxica epidérmica, o en el peor de los casos a la muerte, por lo que es imprescindible iniciar tratamiento y monitoreo permanente una vez que se sospeche la enfermedad.

Nos motiva reportar este caso debido a que no es una entidad frecuente en edades tempranas de la vida, y aunque su evolución fue satisfactoria, atravesó por todas las etapas clásicas de la enfermedad, incluida la presencia de manifestaciones sistémicas, lo que provocó el ingreso del niño en la unidad de cuidados intensivos.

Referencias bibliográficas

1. Alfonso Morejón S. Urticaria y erupciones por medicamentos. En: Manzur Katrib J, Díaz Almeida JG, Cortés Hernández M. Dermatología. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 173-5.
2. James DW, Beger GT, Elston MD. Andrews Diseases of the skin. Clinical Dermatology. 10th ed. New York: Elsevier; 2006.
3. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 9th ed. Londres: McGraw-Hill Education; 2019. p. 909-26.
4. Gatti CF. Dermatología. 12 ed. Argentina: El Ateneo; 2003. p. 169-72.
5. Hunter J, Savinand J, Dahl M. Clinical Dermatology. 3rd ed. USA: Elsevier; 2003. p. 125-6.
6. Cohen AB. Dermatología pediátrica. Madrid: Marbán Libros; 2008.
7. Arenas R. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 5 ed. México: McGraw-Hill; 2013.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses para la elaboración de este documento.

Contribución de los autores

Mirelys Álvarez Ramos: Diagnóstico y seguimiento del paciente. Organización de la información, redacción y revisión de la versión final del artículo.

Rolando Martínez Borrego: Búsqueda bibliográfica, redacción y revisión final del artículo.

Lyana Rodríguez Abreu: Seguimiento del paciente. Búsqueda bibliográfica y redacción del artículo.