

Erupción medicamentosa severa en un lactante

Severe drug rash in an infant

Erie Juan Dávila López^{1*}

Maryla González Gorrín²

Rafael Arocha Rodríguez¹

Sixta María Varela Villalobos¹

¹Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico “Miguel Enríquez”. La Habana, Cuba.

²Hospital Pediátrico San Miguel del Padrón, La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: erie.davila@infomed.sld.cu

RESUMEN

El empleo de medicamentos tanto por vía tópica como sistémica, puede provocar diversos tipos de reacciones adversas en la piel. Las mismas son una causa frecuente de consulta al dermatólogo. Se presenta el caso de una paciente femenina, lactante, de 6 meses de edad, que ingresa en el servicio de Terapia Intensiva del Hospital Pediátrico San Miguel del Padrón con lesiones eritematovesiculosas generalizadas y presencia de algunas ampollas, así como extensas áreas denudadas en región del cuello y pliegues inguinales, toma de mucosa conjuntival, oral y signo de Nikolsky positivo. Al interrogatorio la madre refiere que este cuadro apareció tras la administración de un medicamento. Se interpreta como una reacción

adversa grave al medicamento, sospechándose una necrolisis tóxica epidérmica. Se indica tratamiento con volumen, esteroides por vía endovenosa y terapéutica tópica y se aprecia mejoría clínica de la paciente. Se presenta el caso por lo interesante del cuadro.

Palabras clave: medicamentos; Nikolsky positivo; necrolisis tóxica epidérmica.

ABSTRACT

Drug administration, either by topical or systemic routes, may cause a variety of adverse skin reactions which are a common reason for visits to the dermatologist. A case is presented of a female 6-month-old infant admitted to the Intensive Care service of the Children's Hospital in San Miguel del Padrón with generalized erythematous vesicular lesions and the presence of some blisters, as well as large denuded areas in the neck and groin folds, involvement of the conjunctival and oral mucosa, and positive Nikolsky's sign. The patient's mother reported that these symptoms appeared after administration of a drug. Severe adverse drug reaction was diagnosed, with suspicion of toxic epidermal necrolysis. Volume treatment and endovenous steroids and topical therapy were indicated, which led to improvement in the patient's clinical status. The case is presented due to its interesting characteristics.

Keywords: drugs; positive Nikolsky's sign; toxic epidermal necrolysis.

Recibido: 26/12/2016

Aceptado: 17/01/2017

INTRODUCCIÓN

La terapéutica medicamentosa resulta hoy día compleja, debido, por una parte, al gran número de fármacos disponibles, y por otra, a la considerable potencia biológica de muchos de estos fármacos, que pueden originar diversas reacciones adversas en la piel u otros órganos.⁽¹⁾

El empleo de medicamentos tanto por vía tópica como sistémica, puede provocar diversos tipos de reacciones adversas en la piel. Estas son una de las causas más frecuentes de consulta al dermatólogo.^(1,2)

Se informan como reacciones más comunes los exantemas, urticarias, erupciones fijas medicamentosas, eritemas multiformes, y otras formas que representan menos del 5 %. Los fármacos que suelen originarlas son: penicilina, ampicilina, sulfonamidas, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos, como el piroxicam. La combinación trimetoprim-sulfametoxazol induce con frecuencia a lesiones en la mucosa genital, y el naproxeno en los labios.^(1,3,4)

Se desconoce su frecuencia real. También es difícil establecer la incidencia exacta, pues: en ocasiones son difíciles de diagnosticar, hay alteraciones cutáneas de otro origen que son falsamente atribuidas a los medicamentos y se carece de pruebas diagnósticas específicas y fiables para la gran mayoría de las erupciones.^(3,4)

Afecta a todas las razas, con predominio en mujeres (2:1).⁽²⁾

La necrolisis tóxica epidérmica es una enfermedad aguda grave por hipersensibilidad, inducida por fármacos y rara vez por infecciones. Se manifiesta por síntomas generales y grandes desprendimientos por necrosis epidérmica que dejan la piel denudada, producen desequilibrio de líquidos y electrolitos, y pueden llevar a la muerte si afectan más del 60 % de la superficie corporal. Es poco frecuente (un caso por millón de habitantes por año); afecta a todas las razas y tiene una mayor incidencia en poblaciones con mayor consumo farmacológico, como ancianos y mujeres.^(1,2)

El cuadro clínico se inicia con una fase prodrómica con malestar general, fiebre, congestión nasal y eritema difuso; luego hay síntomas francos de toxemia; horas después se generaliza

el eritema y adopta un color rojo intenso que se acompaña de ardor y prurito o de placas urticarianas. A continuación, se produce la necrosis explosiva de la epidermis, que adquiere un tinte purpúrico y afecta entre el 20 y 100 % de la superficie corporal. Dicha necrosis da lugar a la formación de grandes ampollas y pequeñas placas satélite que dejan amplias zonas de piel desnuda, dando el aspecto de gran quemado. Este proceso se detiene en dos o tres días. En las manos, los desprendimientos son en dedo de guante. Puede afectar la mucosa conjuntival, bucal (90 %), anal y genital. Hay casos con signo de Nikolsky donde la piel se desprende con sólo frotarla con el dedo. La evolución es aguda. Si el paciente sobrevive, entra en etapa de recuperación. Se produce descamación exfoliativa y ocurre reepitelización entre 10 y 14 días posteriores sin dejar cicatriz.⁽²⁾

Se presenta el caso por lo interesante del cuadro.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente femenina, lactante de 6 meses de edad, con antecedentes patológicos personales de salud, que 6 días antes del ingreso la mamá le nota una lesión a nivel de la cara, en la región del mentón, para lo cual le aplica una crema antibiótica que contenía bacitracina, neomicina y polimixin. Dos días después comienza a notar que aparece un enrojecimiento en la zona donde aplicó la crema, con aumento de volumen de la cara, que se acompañaba de prurito. Posteriormente, el enrojecimiento se extiende al tronco y extremidades, con aumento de la temperatura y marcado edema facial; por todo lo cual la lleva al policlínico de su área de salud de donde se remite a nuestro hospital para ingreso. La paciente llega al cuerpo de guardia, donde se decide su ingreso directo en la sala de Terapia Intensiva.

En el momento del ingreso la paciente se observa decaída, con toma del estado general.

Temperatura: 37,5 °C

Frecuencia cardíaca: 140 × min

Al examen dermatológico presentaba intenso eritema, generalizado, con numerosas vesículas y algunas ampollas, que tomaban toda la superficie corporal. La piel se encontraba

caliente. Existía toma de la mucosa conjuntival, lesiones periorales con eritema y fisuras a nivel de los labios, y extensas áreas denudadas en la zona del cuello y pliegues inguinales y el signo de Nikolsky fue positivo (Figs. 1, 2 y 3).



Fig. 1 - Lesiones periorales, con eritema, áreas denudadas y presencia de fisuras a nivel de labios.



Fig. 2 - Áreas denudadas a nivel de la región del cuello.



Fig. 3 – Signo de Nikolsky positivo.

El resto del examen físico no presenta alteraciones.

Los complementarios realizados se encontraron todos dentro de límites normales, incluyendo gasometría e ionograma.

Dado el estado clínico de la paciente no se pudo realizar biopsia de piel.

Se interconsulta con Oftalmología por las lesiones oculares y se indican curas con glucocorticoides y cloranfenicol ungüento.

Se discute el caso en colectivo y se interpreta como una reacción medicamentosa grave. Se sospecha una necrosis tóxica epidérmica por la evolución clínica, aunque no se pudo realizar biopsia de piel dado el estado de la paciente. Se comienza tratamiento inmediato con volumen, esteroides por vía endovenosa, apoyo nutricional, y terapéutica tópica con baños, aplicación de talco en las sábanas de la paciente y vaselina en lesiones periorales y labios. Se reporta de muy grave.

La paciente tuvo una evolución favorable con descamación generalizada y posterior reepitelización de la piel y se da el alta hospitalaria a los 21 días (Fig. 4).



Fig. 4 – Evolución clínica satisfactoria con descamación generalizada.

COMENTARIOS

Se considera erupción cutánea por medicamentos, farmacodermia o toxicodermia, a cualquier respuesta cutánea producida de forma no intencionada, ni deseada tras la administración de un fármaco con fines terapéuticos, profilácticos, o diagnósticos.⁽⁵⁾

Afectan a toda la población, pero su incidencia es mayor si el consumo de medicamentos aumenta.^(3,5)

La necrolisis tóxica epidérmica es una dermatosis grave por hipersensibilidad inducida por fármacos y rara vez por infecciones. Su diagnóstico se realiza sobre la base del cuadro clínico característico y una historia clínica cuidadosa, donde se puede precisar la administración de los medicamentos que la originaron u otra posible causa. Existen cambios histológicos característicos.⁽¹⁾

Se ha descrito el uso de fármacos en más del 95 % de los pacientes con necrolisis tóxica epidérmica.⁽⁶⁾

Hay controversia respecto al uso de glucocorticoides, por el riesgo de leucopenia, hemorragia gastrointestinal, sepsis, y aumento de la mortalidad.⁽³⁾

En una investigación realizada por *Ferrándiz* y otros⁽⁷⁾ en 71 pacientes con Síndrome de Stevens Johnson y necrolisis tóxica epidérmica, 13 eran menores de 18 años y al 90 % se le administraron glucocorticoides sistémicos.

En el presente caso la paciente presentó una reacción grave a fármacos. Se le administraron glucocorticoides sistémicos, con una evolución favorable del cuadro.

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. Arenas R. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 5 ed. Distrito Federal: McGraw-Hill; 2013.
4. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 8 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A; 2013.
5. Cohen AB. Dermatología pediátrica. Madrid: Marbán Libros; 2008.
6. Hotzenecker W, Prins C, French LE. Eritema multiforme, síndrome de Stevens Johnson y Necrolisis tóxica epidérmica. En: Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L, editores. Dermatología. 3 ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p.332-45.
7. Ferrándiz Pulido C, García Fernández D, Gómez Morell P, Palao R, García Patos V. Med Clin (Barc). 2011;136(13):583-7.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de ningún tipo con la elaboración de este documento.