



<http://www.elsevier.es/semergen>

452/57 - ERITEMA MULTIFORME. PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Soler Pérez¹, D. Ferreras Gascó², D. Faneytt³, N. Castañeda de Faneytt⁴, M. Marco Aguado⁵, V. Blasco Marco⁶

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gallur. Zaragoza. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monreal del Campo. Teruel. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Vendrell. Tarragona. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ⁵Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sariñena. Huesca. ⁶Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Jota. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años de edad que acude a urgencias del centro de salud por presentar lesiones en manos. No contacto con detergentes. Se ha estado aplicando corticoide tópico sin mejoría clínica. Refiere episodio previo de herpes simple hace 2 semanas, por lo que recibió tratamiento con aciclovir tópico.

Exploración y pruebas complementarias: Se aprecian lesiones dialiciformes en escarpela con halo eritematoso, centrovioláceo y maculopapulosas en palmas de ambas manos de aproximadamente 3 días de evolución. No lesiones en otras localizaciones. No lesiones en mucosa oral ni genital.

Juicio clínico: Eritema multiforme minor.

Diagnóstico diferencial: Eritema multiforme minor, dermatitis de contacto y dermatitis atópica. En este caso se realizó una analítica sanguínea donde se observó leucocitosis con neutrofilia y elevación de la proteína C reactiva, junto con las lesiones en diana representan la imagen clínica típica del eritema multiforme. En las formas Atípicas se puede realizar la biopsia cutánea.

Comentario final: El eritema multiforme es una enfermedad aguda de la piel y/o de las mucosas que se caracteriza por presentar lesiones cutáneas eritemato-bullosas de varios tipos y/o lesiones mucosas de tipo vesículo-ampollosas. Clásicamente se distingue entre una forma menor recurrente y las formas mayores que incluyen el síndrome de Stevens-Johnson y el síndrome de Lyell. Tiene incidencia en pacientes jóvenes, sobre todo entre la segunda y tercera décadas de la vida, siendo muy rara en la infancia. Su etiología es desconocida aunque en muchos casos aparece vinculado a infecciones por virus. El más frecuente es el herpes simple, pero también hepatitis o mononucleosis infecciosa. Se han descrito como factores desencadenantes la infección por Mycoplasma pneumoniae y algunos fármacos. Se manifiesta como lesiones agudas recurrentes, autolimitadas, de forma simétrica en superficies extensoras de las extremidades o en la cara, y menos frecuente palmoplantar, afectando menos del 10% de la superficie corporal, con signo de Nikolsky negativo. En pacientes adultos con historia de infección por herpes simple, una terapia antivírica puede producir beneficios, sobre todo previniendo recurrencias cuando se aplica de forma profiláctica. El tratamiento del episodio agudo con aciclovir solo está indicado cuando se instaura muy precozmente. Se recomiendan dosis de 30-50 mg al día de prednisona o metilprednisolona durante varios días disminuyendo la dosis paulatinamente hasta alcanzar 10 días de tratamiento.

Bibliografía

Hernández G, Arriba de la Fuente L, Lucas M. Enfermedades ampollosas de la mucosa bucal. Características diferenciales clínicas, histológicas e inmunológicas. Medicina Oral. 1999;4:528-51.

Calzavara-Pinton PG, Venturini M, Capezzera R, Zane C, Facchetti F. Photosensitive erythema multiforme and erythema multiforme-like polymorphous light eruption. Photoder-mal Photoimmunol Photomed. 2003;19:157-9.

Pandhi D, Singal A, Agarwal P. Rowell's syndrome and associated antiphospholipid syndrome. Clinical and Experimental Dermatology. 2004;29:22-4.

Fernández Redondo V, Rosón López E, Gómez Centeno P. Toxicodermias: etiopatogenia, clínica y tratamiento. Medicine. 1999;135:6367-73.

Palabras clave: Eritema multiforme. Toxicodermia. Síndrome de Stevens Jhonson.