

uso de fármacos con potencial gastrolesivo, y otro volumen importante de los pacientes con indicación de IBP (35,7%) es a consecuencia de sintomatología de reflujo gastroesofágico e hiperacidez. Estas cifras indican que se está haciendo un esfuerzo en la racionalización de su prescripción por parte de los profesionales sanitarios, siendo conscientes de que cualquier fármaco, aunque se le conozca popularmente por el inocuo nombre de «protector», siempre presenta una iatrogenia alta, tanto por sus efectos secundarios como, sobre todo, por las interacciones que surgen en la mayoría de los pacientes polimedicados⁵⁻¹². Aún así, pese a que la cantidad de IBP prescritos sin poseer criterios no presenta una cifra alarmante, sí es cierto que teniendo en cuenta la esfera económica actual y la polimedicación a la que están sometidos muchos pacientes, esta cantidad carente de justificación clínica continúa siendo demasiado elevada.

Como conclusión, resaltar que se sigue realizando una prescripción excesiva de los IBP, en muchas ocasiones carente de justificación clínica, y muchos de ellos pautados por profesionales sanitarios, por lo que se debería continuar potenciando el uso racional de los IBP y proseguir extendiendo los criterios de uso de los mismos, para evitar prescribirlos en situaciones innecesarias, exponiendo con esta práctica al paciente a una iatrogenia evitable.

Bibliografía

- Backman L, Schmidt D, Vitols S. Proton pump inhibitors are suspected of serious adverse effects. More cautious prescribing should be considered and on correct indications [Article in Swedish]. *Lakartidningen*. 2013;110:828-31.
- Burgos Lunar C, Novo del Castillo S, Llorente Díaz E, Salinero Fort MA. Study of prescription-indication of proton pump inhibitors. *Rev Clin Esp*. 2006;206:266-70.
- Lee TJ, Fennerty MB, Howden CW. Systematic review: Is there excessive use of proton pump inhibitors in gastroesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20:1241-51.
- Sheikh I, Waghay A, Waghay N, Dong C, Wolfe MM. Consumer use of over-the-counter proton pump inhibitors in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2014;109:789-94.
- Yu EW, Bauer SR, Bain PA, Bauer DC. Proton pump inhibitors and risk of fractures: A meta-analysis of 11 international studies. *Am J Med*. 2011;124:519-26.
- Moayyedi P, Armstrong D, Hunt RH, Lei Y, Bukoski M, White RJ. The gain in quality-adjusted life months by switching to esomeprazole in those with continued reflux symptoms in primary care: EncompASS, a cluster-randomized trial. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:2341-6.
- Li XQ, Andersson TB, Ahlström M, Weidolf L. Comparison of inhibitory effects of the proton pump-inhibiting drugs omeprazole, esomeprazole, lansoprazole, pantoprazole, and rabeprazole on human cytochrome P450 activities. *Drug Metab Dispos*. 2004;32:821-7.
- Naggie S, Miller BA, Zuzak KB, et al. A case-control study of community-associated *Clostridium difficile* infection: no role for proton pump inhibitors. *Am J Med*. 2011;124:276e1.
- Eom CS, Jeon CY, Lim JW, Cho EG, Park SM, Lee KS. Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2011;183:310-9.
- Hess MW, Hoenderop JG, Bindels RJ, Drenth JP. Systematic review: Hypomagnesaemia induced by proton pump inhibition. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012;36:405-13.
- Targownik LE, Lix LM, Leung S, Leslie WD. Proton-pump inhibitor use is not associated with osteoporosis or accelerated bone mineral density loss. *Gastroenterology*. 2010;138:896-904.
- Lam JR, Schneider JL, Zhao W, Corley DA. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. *JAMA*. 2013;310:2435-42.

T. Ricart-Pena*, M. Lozano-Espinosa, E. Martínez-Lerma y S. Bueno-Macías

Centro de Salud Docente de San Andrés, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arboleja@yahoo.es (T. Ricart-Pena).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.12.010>

Eritema ab igne inducido por manta eléctrica



Electric blanket induced erythema ab igne

Sr. Director:

El eritema ab igne (EAI) es una afección cutánea caracterizada por una hiperpigmentación reticulada de la piel como consecuencia de la exposición crónica y repetida a bajos niveles de radiación infrarroja, proveniente clásicamente de fuentes de calor como los braseros o las estufas domésticas¹. Presentamos un caso de EAI abdominal en una mujer de 62 años, secundario a la aplicación de una manta eléctrica.

Se trata de una mujer de 62 años, ingresada a cargo del servicio de neurología para estudio de una posible enfermedad desmielinizante, que presentaba hiperpigmentación abdominal de años de evolución. En la anamnesis dirigida refería el uso continuado de una manta eléctrica en la región

abdominolumbar para aliviar una lumbalgia crónica. En la exploración física mostraba manchas hiperpigmentadas de distribución reticular en la región abdominal, desde las crestas ilíacas hasta la región submamaria bilateral (fig. 1). Fue diagnosticada de EAI. Posteriormente se realizó una radiografía y un tac dorsolumbar, donde se evidenció una fractura por aplastamiento del cuerpo vertebral de la quinta vértebra lumbar. Se aplicó tratamiento conservador a la fractura, se instauró tratamiento analgésico y se recomendó evitar el uso continuado de la fuente de calor.

La incidencia de EAI había disminuido con la introducción de la calefacción central en los hogares; sin embargo, en los últimos años se ha producido un aumento de este debido a la utilización de otras fuentes de calor como mantas eléctricas, almohadas térmicas, ordenadores portátiles y baños frecuentes con agua caliente²⁻⁴. Clínicamente se caracteriza por la aparición de eritema reticular inicial que puede evolucionar a una atrofia epidérmica, descamación e hiperpigmentación en aquellas zonas que han estado expuestas a

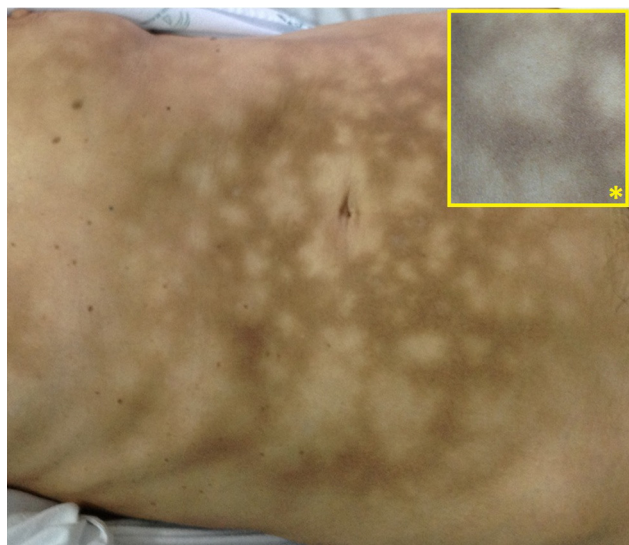


Figura 1 Manchas hiperpigmentadas de distribución reticular en la región abdominal, desde las crestas iliacas hasta la región submamaria bilateral. Detalle de la imagen (*).

radiación infrarroja¹. La localización de las lesiones generalmente es en la región pretibial y en las extremidades inferiores de los ancianos, aunque cada vez es más frecuente en otras localizaciones⁵ y en pacientes más jóvenes de ambos sexos, como la cara anterior de ambos muslos por el uso de ordenadores portátiles y en la región abdominal anterior por la utilización reiterada de mantas eléctricas, como en nuestro caso. El diagnóstico es clínico y, en caso de duda diagnóstica, puede acompañarse de la realización de una biopsia cutánea. La histopatología se caracteriza por la dilatación de los capilares del plexo superficial cutáneo, junto con atrofia de la epidermis y necrosis de los queratinocitos; en estadios más avanzados se observa un depósito de melanina y hemosiderina en la dermis⁶. El diagnóstico diferencial incluye la livedo reticularis, las vasculitis sistémicas, la insuficiencia venosa crónica y la hiperpigmentación por fármacos²⁻⁶.

El único tratamiento del EAI consiste en la retirada de la fuente de calor. El eritema desaparece espontáneamente a las pocas semanas, mientras que la hiperpigmentación de la piel puede persistir durante algunos meses e incluso años^{7,8}. En algunos pacientes se han empleado corticoides o 5-fluoracilo tópico con escasos beneficios¹⁻⁷. Si se mantiene la fuente de calor, aunque no aparecen quemaduras, se incrementará el riesgo de desarrollar tumores malignos cutáneos como el carcinoma epidermoide, y en raras ocasiones, carcinoma de células de Merkel o casos mixtos de ambos⁸. Además, recientemente se ha descrito un caso de

linfoma cutáneo B de la zona marginal⁹. Por otro lado, debe investigarse si el calor ha sido aplicado para el alivio de un dolor crónico y encontrar la causa subyacente¹⁰. Una anamnesis completa y la solicitud de pruebas complementarias permiten diagnosticar la dolencia basal, como la fractura vertebral de la paciente, e instaurar un tratamiento adecuado. La relevancia de nuestro caso clínico radica en la necesidad de reconocer la presentación de las lesiones de EAI en una localización atípica y realizar un diagnóstico diferencial completo con otros procesos patológicos menos frecuentes, que permita un tratamiento global precoz. El médico de familia debe ser capaz de reconocer esta dolencia, así como sus localizaciones más atípicas, con el fin de poder aplicar un plan terapéutico adecuado, que en este caso es totalmente abordable desde la atención primaria.

Bibliografía

1. Docx MK, Simons A, Ramet J, Mertens L. Erythema ab igne in an adolescent with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2013;46:381-3.
2. Nayak SU, Shenoi SD, Prabhu S. Laptop induced erythema ab igne. *Indian J Dermatol*. 2012;57:131-2.
3. Turan E, Yeşilova Y, Uçmak D, Çelik Ö. Thermal pillow: An unusual causative agent of erythema ab igne. *Turk J Pediatr*. 2013;55:648-50.
4. Li K, Barankin B. Cutaneous manifestations of modern technology use. *J Cutan Med Surg*. 2011;15:347-53.
5. Brodell D, Mostow EN. Automobile seat heater-induced erythema ab igne. *Arch Dermatol*. 2012;148:264-5.
6. Gauglitz GG, Ruzicka T, Herziginger T. Erythema a computatro. *Case Rep Dermatol*. 2013;5:111-3.
7. Steadmon MJ, Riley KN. Erythema ab igne: A comeback story. *J Pediatr*. 2013;163:1789.
8. Miller K, Hunt R, Chu J, Meehan S, Stein J. Erythema ab igne. *Dermatol Online J*. 2011;17:28.
9. Wharton J, Roffwarg D, Miller J, Sheehan DJ. Cutaneous marginal zone lymphoma arising in the setting of erythema ab igne. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62:1080-1.
10. Gregory JF, Bente TC. Erythema ab igne. *J Spec Oper Med*. 2013;13:115-9.

M.M. Leal-Lobato^{a,*} y G. Blasco-Morente^b

^a Centro de Salud Almanjáyar, Granada, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mercedesleallobato@gmail.com (M.M. Leal-Lobato).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.12.008>