



Imágenes

Eritema fijo medicamentoso

Fixed drug eruption



Xavier Fustà-Novell*, Xavier Bosch-Amate y Daniel Morgado-Carrasco

Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Varón de 39 años sin antecedentes de interés que consultó por la aparición de lesiones cutáneas pruriginosas en pene, zona suprapúbica y glúteos, de 48 h de evolución. Las lesiones aparecieron 3 días después de ingerir metamizol. En la exploración física se observaban múltiples máculas hiperpigmentadas violáceas, de morfología ovalada, distribuidas en las localizaciones descritas (fig. 1). No presentaba fiebre ni otra sintomatología. El paciente refería lesiones idénticas en las mismas localizaciones 2 semanas después de la toma de metamizol un año antes. Se diagnosticó eritema fijo medicamentoso (EFM) por metamizol. Se indicó la suspensión del fármaco y tratamiento tópico con pomada de propionato de clobetasol 0,5 mg/g durante 10 días. Las lesiones cutáneas desaparecieron completamente durante las siguientes semanas. Se indicó al paciente que no volviera a ingerir el fármaco causal.

El EFM, también llamado eritema fijo pigmentario, es una forma de toxicodermia potencialmente grave. Se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas y/o mucosas, únicas o múltiples, recurrentes siempre en la misma localización, tras la administración de un fármaco o, menos frecuentemente, tras la ingesta de otras sustancias, como colorantes alimenticios o la quinina del agua tónica^{1,2}. Los medicamentos más frecuentemente involucrados son sulfonamidas y antiinflamatorios no esteroideos³. Las lesiones afectan principalmente a extremidades, genitales y cara, siendo especialmente frecuente la afectación del glande, aunque pueden aparecer en cualquier zona. Se inician días después de la ingesta del fármaco, pero pueden presentarse en escasas horas en el individuo previamente sensibilizado. La lesión temprana característica es una mácula bien delimitada, de forma redondeada u ovalada, inicialmente eritematosa, adquiriendo después una tonalidad violácea. Las lesiones se tornan edematosas, y pueden evolucionar hasta convertirse en ampollas o erosiones¹. Habitualmente son asintomáticas, aunque pueden presentar prurito o dolor, especialmente si afectan a mucosas o si presentan erosiones. La fisiopatología del EFM se caracteriza por apoptosis de queratinocitos mediada por Fas-Fas ligando⁴. Es importante conocer esta reacción medicamentosa, ya que la persistencia en la ingesta del



Figura 1. Máculas hiperpigmentadas violáceas de morfología ovalada en zona suprapúbica, pene y glúteos de aparición 3 días después de la ingesta de metamizol.

fármaco desencadenante puede aumentar el número y el tamaño de las lesiones, ocasionar pigmentación residual o denudación mucosa. Una anamnesis con hincapié en la toma de fármacos es clave en el diagnóstico. Tras la suspensión del fármaco causal las lesiones desaparecen en los siguientes días, proceso que puede acelerarse con la aplicación de un corticoide tópico potente¹. La pigmentación marronácea residual puede tardar semanas en desaparecer.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fusta@clinic.cat (X. Fustà-Novell).

Bibliografia

- 1 Flowers H, Brodell R, Brents M, Wyatt JP. Fixed drug eruptions: Presentation, diagnosis, and management. *South Med J* 2014;107:724–7.
- 2 Genest G, Thomson DMP. Fixed drug eruption to quinine: A case report and review of the literature. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2014;2:469–70.
- 3 Heng YK, Yew YW, Lim DSY, Lim YL. An update of fixed drug eruptions in Singapore. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:1539–44.
- 4 Choi HJ, Ku JK, Kim MY, Kang H, Cho SH, Kim HO, et al. Possible role of Fas/Fas ligand-mediated apoptosis in the pathogenesis of fixed drug eruption. *Br J Dermatol* 2006;154:419–25.