FELSOCEM

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y ETIOLÓGICO DEL ERITEMA PIGMENTADO FIJO, SERIE DE 64 CASOS.

Luz Eugenia Echavarría Burgos.*, David Mejía Camacho.*, Juan Jóse Vargas Velázquez.*, Ricardo Casas Mercado* ASESOR: DR. Victor Fernando Muñoz Estrada..**

**Estudiantes de medicina de la Univ. Autónoma de Sinaloa, ** Jefe del departamento de Dermatología y Micología del Hospital Civil de Culiacán.*

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo de 64 casos de Eritema Pigmentado Fijo (EPF) diagnosticados en el departamento de Dermatología de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil (CUHC-UAS) del 1 de Enero de 1997 al 31 de Diciembre de 1999. Se revisaron los archivos de Dermatología y Micología de la CUHC-UAS de pacientes diagnosticados como EPF durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1997 al 31 de Diciembre de 1999, no excluyendo ningún caso para este estudio. Se empleo estadística descriptiva con cálculo de proporciones y medidas de tendencia central. Se encontró que el 60.93% de los casos correspondían al sexo masculino con una relación masculino femenino de 1.5:1, el 64.05% entre las edades de los 11-30 años, la ocupación mas afectada fue estudiante y el 84.37% de los casos provenían de Culiacán. Predomino la topografía localizada en un 71.87%, se afectaron con mayor frecuencia las extremidades inferiores en un 35% y el 45.31% tenían de 3 a 4 lesiones. La morfología que más se presento fue manchas en un 68.75% y el 54.67% de los pacientes tenían un tiempo de evolución del padecimiento de 4 a 6 meses. En el 42.18% de los casos el fármaco causal fue el trimetoprim con sulfametoxazol.

PALABRAS CLAVE: 1. Eritema Pigmentado Fijo. 2. Trimetoprim.-Sulfametoxazol

INTRODUCCIÓN

El eritema pigmentado fijo se clasifica dentro de las dermatosis reaccionales.[1,2] Desde que Henrich Koebner en 1877, y Gustar Behrend en 1879, describieron el concepto de las reacciones a fármacos, estas se han convertido en una de las dermatosis de más frecuente observación de las últimas décadas. El exantema fijo medicamentoso es un cuadro cutáneo ya descrito en 1889 por Bourns, al observar una erupción ardorosa en labios y lengua de una paciente que había ingerido antipirina, y que al curar dejaba una delimitada hiperpigmentación residual. Después en 1890, Sir Jonathan Hutchinson, describe la misma erupción fija en el dorso de dedos y manos de una paciente que había recibido hidrato de cloral. En 1894 Brocq, emplea el término de *Erythematous Pigmented Fixed Eruption* para describir las lesiones aparecidas en tres pacientes tras la toma de antipirina, término que ha permanecido hasta la actualidad.[2,3]

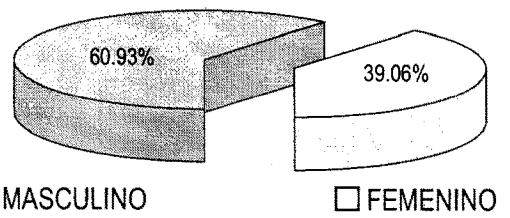
Ocupa aproximadamente el 25% de las dermatosis medicamentosas, predomina en mujeres con una relación 2:1 y el 75% de los casos se observan de los 11 a los 40 años de edad.[1,3]

Una importante variedad de fármacos se han identificado como causa de esta erupción, los más frecuentemente reportados en algunas series publicadas son: barbitúricos, fenolftaleína, pirazolonas y sus derivados, tetraciclinas, analgésicos y antiespasmódicos, sulfonamidas, clormezanona, efedrina; y en menor proporción, diaminodifenilsulfona, meprobamato, penicilina y otros.[3,4,5,6,7] Puede producirse una sensibilidad cruzada con fármacos afines.[8] Como causas no medicamentosas encontramos la ingesta de algunas leguminosas, frutas, sustancias aditivas, colorantes de cápsulas, pastas dentales e incluso radiación ultravioleta.[3,2]

Topográficamente se presenta como una dermatosis diseminada en el 60% de los enfermos; afecta cualquier parte de la piel, en especial palma, plantas, glande, párpados y región peribucal; la morfología que presenta es manchas eritematosas redondas y ovaladas de tamaño variable, por lo general de 1 a 4 cm de diámetro, únicas o múltiples que pueden evolucionar hasta vesículas o ampollas. Se acompañan de ardor y en ocasiones de prurito.[1,2,3,9]

La erupción suele autolimitarse en una o dos semanas curando a las dos o cuatro semanas sin cicatriz. Tras la involución queda descamación transitoria y pigmentación azulgrisácea que tarda en desaparecer. A medida que el proceso se repite por la continua ingestión del agente, la pigmentación va siendo más oscura y desaparece con mayor dificultad hasta que queda permanente. (2,10) La evolución natural es hacia la involución espontánea en ausencia de reexposición al fármaco, pero es posible que aparezcan lesiones nuevas y que aumente el tamaño de las lesiones. Se ha observado la participación del sistema inmunitario en la patogénesis de esta enti-

Figura 1 - SEXO. 1/01/1997 A 31/12/ CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO



Fuente: *Archivos del Departamento de Dermatología y Micología de la CUHC-UAS*

dad, al parecer reacción de hipersensibilidad tipo IV de Gell y Coombs.[1,2,3,10]

Se describen 5 formas clínicas: a) forma clásica, placas eritematosas pigmentadas asimétricas, b) forma de placas eritematosas no pigmentadas simétricas, c) forma minor o frustra, d) forma ampollosa diseminada, e) forma lineal.[3,10]

. En el estudio histopatológico se observa degeneración hidrópica de la capa basal, incontinencia pigmentaria, acumulaciones de material eosinófilo llamados cuerpos coloides o de "civatte", ampollas subepidérmicas, y en ocasiones necrosis cualicuativa de la epidermis.[1,2,5,6]

Mediante un buen interrogatorio es posible identificar el fármaco causal, informando al paciente que debe evitar la readministración del medicamento para prevenir la recurrencia.[2,11] No se aconseja realizar el test de provocación de modo rutinario, aunque de hecho es útil en casos especiales.[3,12]

La mayoría de las erupciones fijas tienen un curso leve y no suelen requerir más que la aplicación tópica de corticoides.[1,3] En aquellos casos de erupción más intensa la instauración de una pauta descendente de corticoides sistémicos ayuda a remitir los signos inflamatorios.[1,3] También pueden ser útiles los baños con agua de Goulard, o la aplicación tópica de antisépticos del tipo de la povidona yodada, para prevenir la impetiginización de las lesiones ampollares exulceradas.[3]

JUSTIFICACIÓN

Siendo el eritema pigmentado fijo una de las dermatosis medicamentosas más frecuentes, realizamos este estudio para determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con ese diagnóstico en Sinaloa, así como conocer cuales son los fármacos causales más frecuentes en nuestro medio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de eritema pigmentado fijo en nuestro medio y cuales son los fármacos causales más frecuentes en estos pacientes?

OBJETIVOS

Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de eritema pigmentado fijo así como conocer los fármacos que con mayor frecuencia provocan el eritema pigmentado fijo en nuestra región.

PACIENTES Y MÉTODOS

A)Tipo y diseño del trabajo: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal de pacientes con eritema pigmentado fijo, del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1999, realizado en el Departamento de Dermatología y Micología de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil de la Universidad Autónoma de Sinaloa, (CUHC-UAS), Culiacán, Sinaloa, México.

B) Sujetos: Se incluyeron todos los pacientes que fueron diagnosticados como eritema pigmentado fijo en el Departa-

Figura 2 - EDAD
1/01/1997 A 31/12/1999
CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO

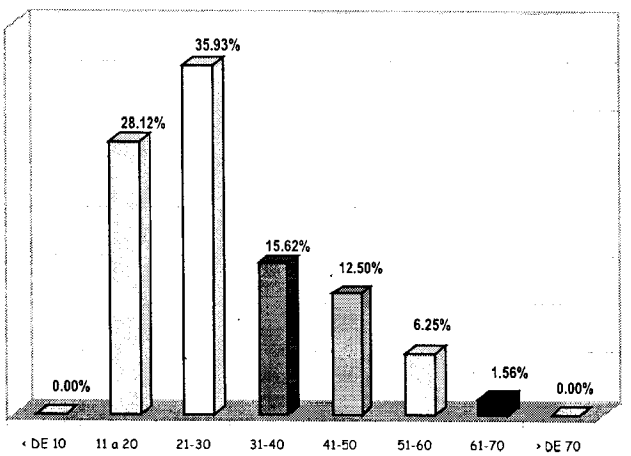
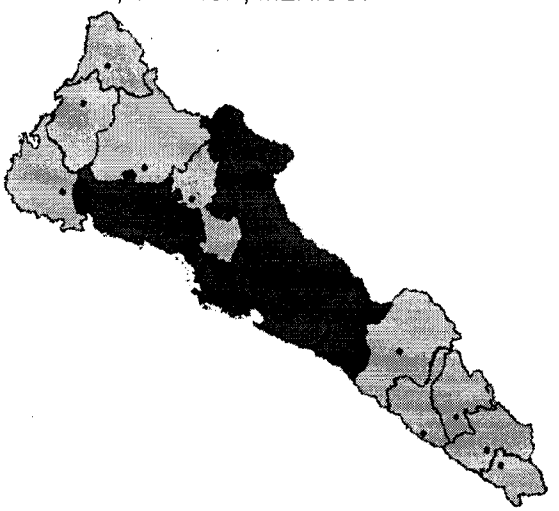
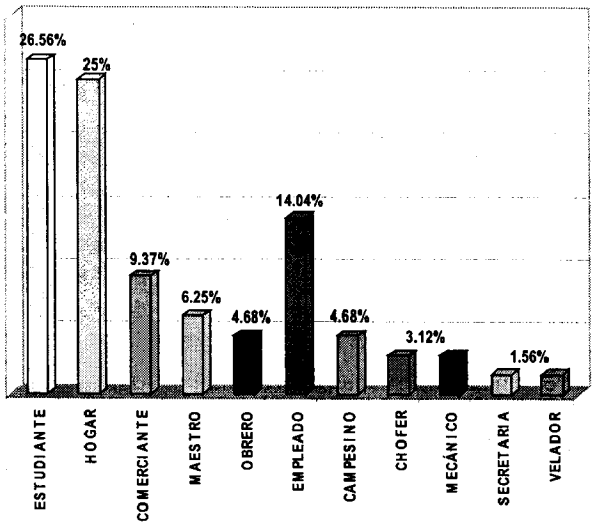


Figura 3 - REGIONES DEL ESTADO DE SINALOA DONDE SE PRESENTÓ EL ERITEMA PIGMENTADO FIJO. 1/01/1999 AL 31/12/2000.
CULIACAN, SINALOA, MÉXICO.



Fuente: *Archivos del Departamento de Dermatología y Micología de la CUHC-UAS*

Figura 4 - OCUPACIÓN
1/01/1997 A 31/12/1999
CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO



Fuente: *Archivos del Departamento de Dermatología y Micología de la CUHC-UAS*

mento de Dermatología y Micología de la CUHC-UAS durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1999. No se excluyó para este estudio a ningún paciente.

C) Materiales: La recolección de la información se obtuvo de fuentes primarias; se revisaron los archivos del Departamento de Dermatología y Micología de la CUHC-UAS.

D) Procedimientos: Se revisaron todos los casos de eritema pigmentado fijo de los cuales se analizaron los datos a través de listas, obteniéndose los aspectos epidemiológicos: sexo, edad, ocupación, lugar de origen, así como los datos clínicos: topografía, morfología, el tiempo de evolución del padecimiento y el fármaco causal.

Las variables cualitativas (sexo, lugar de origen, ocupación, topografía, número de lesiones, morfología, tiempo de evolución y fármaco causal) se clasificaron en distribuciones de frecuencia y se analizaron las frecuencias relativas (porcentajes); en el sexo se calculó razón y proporción; la topografía de la lesión se ubicó por segmentos corporales: cabeza, cuello, tronco, extremidades superiores, genitales y extremidades inferiores y se les calculó la proporción; la morfología se clasificó de acuerdo a si presentaron manchas, placas o ampollas y se calculó la proporción; el lugar de origen se clasificó por municipios del estado de Sinaloa, presentándose los resultados en cuadros, gráficas y mapas.

Se analizaron los datos con tendencias centrales, presentando resultados en cuadros.

E) Estadísticas: Se empleó estadística descriptiva con calculo de proporciones y medidas de tendencia central.

RESULTADOS

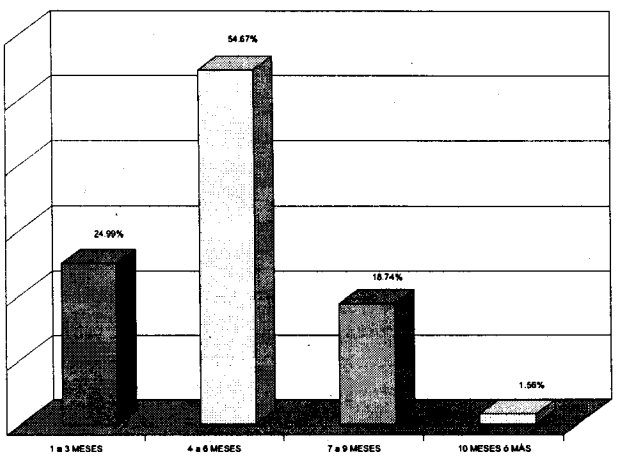
En los resultados obtenidos encontramos que en el tiempo entre el 1 de enero de 1997 a 31 de diciembre de 1999, se diagnosticaron 64 casos de EPF en el Departamento de Dermatología y Micología de la CUHC-UAS.

Se encontró que 60.93% (N=39) corresponden al sexo masculino y el 39.06% (N=25) al femenino, con una relación masculino femenino de 1.5:1 (**Figura 1**). En cuanto a la edad se presentó de los 13 a los 63 años, correspondiendo el 35.93% (N=23) al grupo etario de 21-30 años, 28.12% (N=18) en el grupo de 11-20 años, 15.62% (N=10) en el de 31-40 años, 12.50% (N=8) de los 41-50 años, 6.25% (N=4) de los 51-60 años y el 1.56% (N=1) de los 61 a los 70 años, con una mediana de 26.5 años (**Figura 2**).

Se encontró que respecto al lugar de origen, la población más afectada fue Culiacán con un 84.37% (N=53), seguida de Navolato con un 4.68% (N=3), La Cruz y Cosalá con un 3.12% (N=2) cada una, y Guamuchil, Angostura, Badiraguato y Guasave con un 1.56% (N=1) cada una (**Figura 3**). La ocupación más afectada fue estudiante con un 26.56% (N=17), seguida de ama de casa con un 25% (N=16) (**Figura 4**).

En lo que se refiere al tiempo de evolución el 54.67% (N=35) correspondía a la categoría de 4 a 6 meses (Figura 5). En cuanto a la topografía el 71.87% (N=46) fue localizada y el 28.12% (N=18) diseminada (Figura 6). Las extremidades inferiores se afectaron en un 35% seguidas del tronco con un 25%, extremidades superiores en un 21%, genitales 9%, cuello 6% y la cabeza en un 4% (**Figura 7**).

Figura 5 - TIEMPO DE EVOLUCIÓN
1/01/1997 A 31/12/1999
CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO



Fuente: *Archivos del Departamento de Dermatología y Micología de la CUHC-UAS*

Respecto al número de lesiones que presentaron los pacientes un 46.87% (N=30) presentaron 3 a 4 lesiones, 45.31% (N=29) 1 a 2 lesiones, un 4.68% (N=3) presentaron 5 a 6 lesiones, un 3.12% (N=2) 7 a 8 lesiones, no presentando ningún paciente más de 8 lesiones (**Figura 8**).

La morfología que más se presento fue manchas en 68.75% (N=44) seguida de manchas con placas en una 15.62% (N=10), placas en un 6.25% (N=4), manchas con ampolla al igual que placa con ampolla en un 3.12% (N=2) cada una, ampollas en un 1.56% (N=1) al igual que manchas acompañadas de placas y ampollas (Figura 9).En relación al fármaco causal se encontró que en el 42.18% (N=27) de los casos fue el Trimetoprim con Sulfametoxazol, el 12.5% (N=8) por Naproxeno; Tetraciclina y Ketorolaco en un 6.5% (N=4) cada uno, Ciprofloxacina y Minociclina el 4.68% (N=3) cada uno, el Metamizol al igual que la Griseofulvina en un 3.12% (N=2) y el Metronidazol, Ampicilina, Isoniacida, Ibuprofeno, Ketokonazol, Amoxicilina, Diaminodifenilsulfona, Alprazolam y Paroxetina en un 1.56% (N=1) cada uno (**Tabla 1**).

DISCUSIÓN

Dentro de las dermatosis reaccionales el EPF es una patología frecuente en Sinaloa, ese dato se demuestra porque en el lapso de 3 años se diagnosticaron 64 casos de EPF, en promedio 21 casos por año, cifra muy alta si la comparamos con estudios similares realizados en otros países ya que en un estudio sobre EPF en París (uno de los más grandes reportados) obtuvieron 133 casos en un lapso de 23 años (en promedio 6 casos anuales)

En sí esto indica que el EPF es una patología dermatológica que los médicos deben tener en cuenta al momento de diagnosticar cualquier dermatosis que presente lesiones similares.

Los resultados obtenidos referentes a la edad, concuerdan con las observaciones hechas por otros autores, ya que se constató la predilección por los adolescentes y adultos jóvenes. En relación al sexo, nuestros datos difieren de los ya conocidos, en nuestra casuística hay una ligera predilección hacia el sexo masculino, en proporción de 1.5:1, circunstancia que nos parece más fortuita que obedeciendo a una causa específica respecto al sexo. Las ocupaciones que tenían el mayor número de casos fueron estudiantes y amas de casa ya que los afectados eran pacientes jóvenes en mayoría.

En nuestra región, al igual que en otras latitudes, predomina la forma localizada de la enfermedad, presentando de 1 a 4 lesiones la mayoría de los casos y con un tiempo de evolución de 2 a 8 meses lo que demuestra el carácter crónico de esta patología. En nuestro estudio fue más frecuente observar las lesiones en las extremidades y solamente un 9% de las lesiones se presentaron en genitales, topografía que la mayoría de los autores señalan como más frecuente. Se debe tener en cuenta que la morfología que presentan las lesiones no son solamente manchas que, si bien son las más frecuentes, también se pueden encontrar placas y vesículas.

Esta investigación reveló que al 26.56% de los 64 casos se les practicó el test de provocación que, aunque no se recomienda realizarlo de modo rutinario, es muy útil, sobre todo en pacientes en los que mediante el interrogatorio no se puede precisar el fármaco causal.

La mayoría de los fármacos causales de EPF fueron antibióticos y antiinflamatorios, medicamentos muy utilizados por la población, y específicamente el Trimetoprim con Sul-

Figura 6 - TOPOGRAFÍA
1/01/1997 A 31/12/1999
CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO

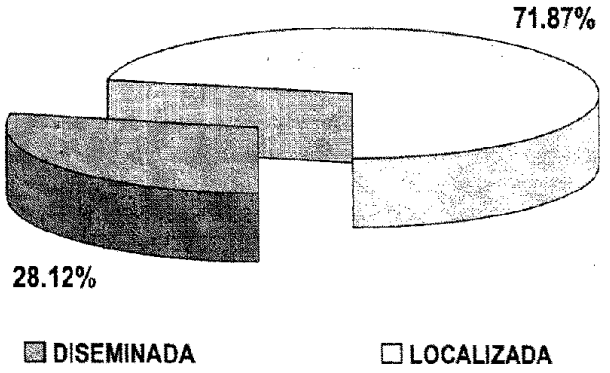
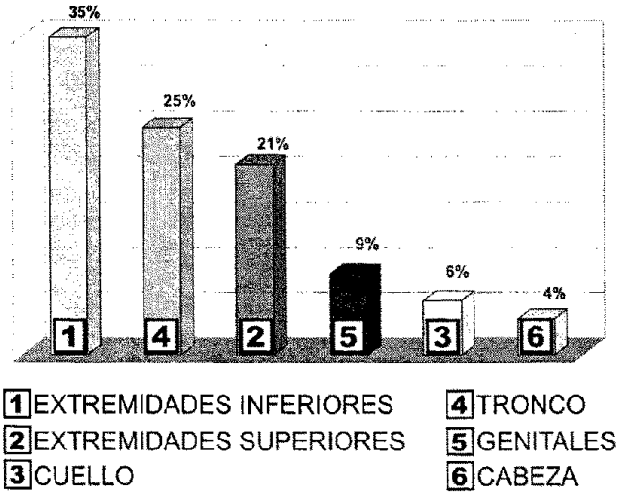


Figura 7 - TOPOGRAFÍA
1/01/1997 A 31/12/1999
CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO



Fuente: *Archivos del Departamento de Dermatología y Micología de la CUHC-UAS*

Figura 7 - TOPOGRAFÍA
1/01/1997 A 31/12/1999
CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO

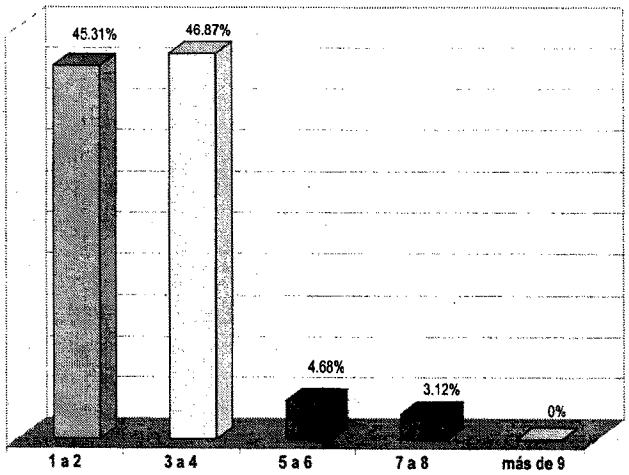
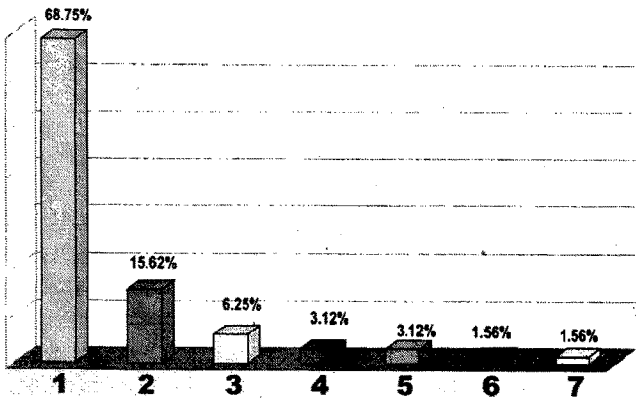


Figura 9 - MORFOLOGÍA
1/01/1997 A 31/12/1999
CULIACÁN, SINALOA, MÉXICO



1 MANCHAS
2 MANCHAS CON PLACA
6 PLACAS
4 MANCHA CON AMPOLLA
5 PLACA CON AMPOLLA
6 AMPOLLAS
7 MANCA,PLACA Y AMPOLLA

Fuente: *Archivos del Departamento de Dermatología y Micología de la CUHC-UAS*

fametoxazol, medicamento que además se ha reportado como causante de otras dermatosis reaccionales así que es necesario insistir que el uso de antimicrobianos solo se justifica cuando alguna enfermedad lo exige.

Finalmente estamos convencidos que cuando los corticoides se manejan de forma adecuada y con pleno conocimiento de su utilidad en dosis y tiempo de administración, representan un buen recurso para tratar el EPF.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en este estudio podemos concluir que: el EPF es diagnosticado con frecuencia en Sinaloa, donde predomina en el sexo masculino, en individuos jóvenes, sin relación con la ocupación y el área geográfica donde hubo más pacientes en el estado fue el municipio de Culiacán.

Es de carácter crónico ya que el tiempo de evolución más frecuente fue de 4 a 6 meses, es una dermatosis localizada, en nuestra región se afectan con mayor frecuencia las extremidades inferiores presentando más de una lesión y no más de 9, la morfología que más se ve son manchas y por último el fár-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- ARENAS, ROBERTO, Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 2ª edición, Interamericana-McGraw Hill, 1996, pags. 49-53.

2.- SAUL, AMADO, Lecciones de Dermatología, 13ª edición, Editorial Méndez. 1996: 286, 311.

3.- BALLESTERO A, **Erupción fija por fármacos, Piel. 1989; 4:471-480.**

4.- PUAVILAI S; CHOONHAKAM C, **Drug eruptions in Bangkok: a 1-year study at Ramathibodi Hospital. Int J Dermatol. 1998 Oct, 37:10, 747-51.**

5.- LEE AY; **Topical provocation in 31 cases of fixed drug eruption: change of causative drugs in 10 years. Contact Dermatitis, 1998; May, 38:5, 258-60.**

6.- MORELLI JG, TAY YK; **Fixed drug eruptions in children.** J Pediatr, 1999 Mar, 134:3, 365-7

7.- MAHBOOB A; HAROON TS; **Drugs causing Fixed eruptions: a study of 450 cases.** Int J Dermatol, 1998; Nov, 37:11, 833-8.

8.- DE BARRIO M, TORNERO P, **Fixed drug eruption induced by indapamide. Cross reactivity with sulfonamides. J Investig Allergol Clin Inmunol, 1998; Jul, 8:4, 253-5.**

9.- DJIEN V; BOCQUET H, **Symptomatology and markers of the severity of erythematous drug eruptions, Ann Dermatol Venereol, 1999Mar, 126:3, 247-50.**

10.- BERRON RAL, **Eritema pigmentado fijo Rev Cent Dermatol Pascua, 1995; 4(2); 121-26.**

11.- OZKAYA BAYAZIT E; **Topical provocation in 27 cases of cotrimoxazole-induced fixed drug eruption. Contact Dermatitis, 1999; Oct, 41:4, 185-9.**