

Eritema polimorfo

J.-C. Roujeau

*El eritema polimorfo (EP) es un síndrome eruptivo agudo definido por la morfología de las lesiones. Esta definición puramente clínica contribuye a una nosología aún confusa. La erupción puede resultar invalidante cuando se asocia a una afectación mucosa grave. Su pronóstico es favorable, pero conlleva un importante riesgo de recidivas. El EP es probablemente una reacción inmunitaria inducida por varios agentes, de los cuales el más frecuente es el virus del herpes simple (VHS). Otras enfermedades infecciosas pueden estar involucradas, sobre todo la neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*. El posible papel que juegan los fármacos es controvertido. El tratamiento es sintomático. Se pueden prevenir las formas recidivantes postherpéticas graves mediante un tratamiento antiviral a largo plazo.*

© 2008 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Eritema polimorfo; Escarapela; Distribución acral; Mucosa; Virus del herpes simple; Aciclovir

Plan

■ Nosología	1
■ Epidemiología	2
■ Clínica	2
Lesiones cutáneas	2
Afectación mucosa	2
Manifestaciones sistémicas	3
■ Anatomía patológica	3
■ Laboratorio	3
■ Evolución	4
■ Etiología	4
Infección por virus del herpes simple	4
Infección por <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	4
Otros factores	4
■ Diagnóstico diferencial	4
■ Genética	5
■ Fisiopatología	5
■ Tratamientos	6
Corticoterapia sistémica	6
Talidomida	6
Aciclovir	6
Otros antivirales	6
Protección solar	6
Otros tratamientos	6
En la práctica	6

■ Nosología

El concepto mismo de eritema polimorfo (EP) continúa mal definido, ya que existe la cuestión de si se trata

de una enfermedad o de un espectro que incluye varios síndromes. Von Hebra fue el primero en describir en 1870 una enfermedad aguda relativamente benigna, caracterizada por una erupción cutánea que se inicia de forma simétrica en las extremidades con tendencia a recidivar [1]. Las lesiones elementales eran pápulas cuyo color se modificaba de forma concéntrica, y que en ocasiones tenían una ampolla central. En esta descripción no se mencionaban las lesiones mucosas. Rendu [2], en 1916 y después Fiessinger y Rendu en 1917 [3, 4] describieron una enfermedad aguda febril (posteriormente llamada ectodermosis pluriorificial) caracterizada por la inflamación de todas las mucosas, asociada a una erupción primero vesiculosa y después purpúrica de las cuatro extremidades. En 1922, Stevens y Johnson publicaron dos observaciones de erupción febril [5] que consideraban distinta del EP y cuya descripción recuerda a la de Fiessinger y Rendu. En 1950, Thomas propuso reservar el término de «EP menor» para la forma cutánea benigna descrita por Hebra y el término de «EP mayor» para las formas cutaneomucosas más graves [6]. Posteriormente, el término de EP se atribuyó también a las enfermedades caracterizadas por una inflamación mucosa aguda sin lesión cutánea [7]; estas formas puramente mucosas se denominan en Alemania síndrome de Fuchs.

El concepto de espectro del EP, todavía admitido por algunos autores, considera que el síndrome de Stevens-Johnson (SJS) y el síndrome de Lyell (necrólisis epidérmica tóxica [NET]) constituyen las últimas formas, con una afectación cutánea y mucosa mucho más grave pero, desde hace algunos años, este concepto unicista está sujeto a debate. Se ha propuesto volver a la clasificación original [8, 9] que distingue, por una parte, el EP

menor y mayor con sus típicas escarapelas de distribución acral y, por otra parte, el SJS y la NET con sus máculas y vesículas diseminadas o con predominio central. El EP, mayor o menor, se ha asociado sobre todo a las infecciones por *virus del herpes simple* (VHS), mientras que el SJS está causado principalmente por reacciones farmacológicas. A pesar de estar aceptado por muchos [10-12], este concepto todavía se debate [13].

■ Epidemiología

El EP es una enfermedad ubicua que está presente en el mundo entero sin predilección étnica. Aparece a cualquier edad, pero más frecuentemente en el adulto joven; la media de edad es de 25-30 años con un pico de incidencia en la 3.^a década constatado en la mayoría de las series [10, 14-17]. Es habitual un predominio masculino más o menos marcado [10, 17]. Se desconoce la incidencia de los EP; los únicos estudios existentes corresponden a la incidencia de los EP que requieren hospitalización. Las cifras eran de 7-40 casos/millón/año en los Estados Unidos [18] y de 5-10 casos/millón/año en Suecia [19]. Las definiciones incluían expresamente el SJS.

Estos estudios hospitalarios seguramente subestiman la incidencia de los EP menores.

■ Clínica

Lesiones cutáneas

El diagnóstico de EP está basado exclusivamente en la semiología de las lesiones cutáneas. Las lesiones se inician clásicamente en la cara dorsal de las manos [6]. La extensión es variable pero la distribución es característica, con una afectación simétrica de las palmas, las caras dorsales de manos y pies, y las zonas de extensión de las extremidades; a menudo el tronco no presenta daños, y la cara y las orejas a veces están afectadas. Esta distribución «acral» es un elemento esencial del diagnóstico de EP.

Las lesiones elementales tienen un aspecto característico en «diana» o «escarapela» (Figs. 1 y 2). Estas escarapelas típicas tienen un diámetro de 1-3 cm, son de forma regular y redonda bien delimitada y se componen



Figura 1. Eritema polimorfo. Escarapela típica con tres zonas concéntricas incluidos un disco central necrótico, un anillo intermedio edematoso y un anillo externo eritematoso.



Figura 2. Eritema polimorfo. Escarapelas típicas con un disco central ampoloso.



Figura 3. Eritema polimorfo. Escarapelas típicas con las tres zonas concéntricas.

al menos de tres zonas concéntricas diferentes: un disco central eritematoso a veces cianótico o ampoloso rodeado de al menos dos anillos (Fig. 3). Habitualmente el anillo intermedio es más pálido que el centro, sobre-elevado, palpable, y el anillo externo es eritematoso. Las eskarapelas típicas se asocian a veces con lesiones menos características: pápulas edematosas, redondeadas, sin necrosis ni aspecto en «escarapela» o «escarapelas atípicas» con sólo dos zonas y/o un borde mal definido (Fig. 4).

Afectación mucosa

En el 50-65% de los casos de EP hospitalizados se han detectado lesiones mucosas, con frecuencia bucales [6]. Sin duda son más raras en los casos que no requieren hospitalización. Las lesiones bucales son las más habituales, seguidas de las oculares y las genitales [17].

Al principio estas lesiones mucosas son eritematoedematosas, lo que a veces proporciona a los labios el aspecto de «escarapelas» cutáneas. Rápidamente estas lesiones pasan a ser erosiones dolorosas, en ocasiones recubiertas de costras (Figs. 5 y 6). Tanto las encías como el paladar no suelen afectarse. La cara mucosa de los labios, el suelo de la boca, la cara interna de las

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3196987>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3196987>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)