



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“ERITRODERMIA SECUNDARIA A USO DE CEFALEXINA”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**  
**TIPO: ANÁLISIS DE CASOS**

Presentado para optar el grado académico de:  
**MÉDICO GENERAL**

**AUTOR**  
**DIANA CAROLINA MENA SILVA**

Riobamba – Ecuador

2019



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**“ERITRODERMIA SECUNDARIA A USO DE CEFALEXINA”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**  
**TIPO: ANÁLISIS DE CASOS**

Presentado para optar el grado académico de:  
**MÉDICO GENERAL**

**AUTOR: DIANA CAROLINA MENA SILVA**  
**TUTOR: SILVIA ARACELLY PROAÑO LUCERO**

Riobamba – Ecuador

2019

**©2019, Mena Silva Diana Carolina**

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, Diana Carolina Mena Silva, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Diana Carolina Mena Silva

**C.I: 172170704-8**

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

El Tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de titulación: Tipo: Análisis de caso clínico, “**ERITRODERMIA SECUNDARIA AL USO DE CEFALEXINA**”, realizado por la señorita: **DIANA CAROLINA MENA SILVA**, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
DRA. SILVIA ARACELLY PROAÑO LUCERO DIRECTOR/A DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	_____	10/10/2019 _____
DR. JORGE LUIS VALDÉS GONZÁLES MIEMBRO DE TRIBUNAL	_____	10/10/2019 _____

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	viii
SUMMARY .....	ix
CAPITULO I.....	1
1. INTRODUCCION.....	1
1.1. Eritrodermia .....	1
1.2. Enfoque clínico .....	2
1.3. Presentación clínica.....	3
1.4. Edad de inicio.....	3
1.5. Duración.....	4
1.6. Síntomas.....	4
1.7. Modo de inicio .....	5
1.8. Lesiones iniciales .....	6
1.9. Curso clínico .....	6
1.10. Factores predisponentes .....	6
1.11. Examen clínico.....	7
1.12. Examen cutáneo .....	7
1.13. Examen sistémico.....	10
1.14. Investigaciones de laboratorio.....	10
1.15. Reacción alérgica medicamentosa .....	10
1.15.1. Hipersensibilidad o meta reacción.....	10
1.15.2. Idiosincrasia.....	11
1.15.3. Sobre efecto .....	11
1.16. Eritrodermia por fármacos .....	11
CAPÍTULO II .....	13
2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	13
2.1. Anamnesis .....	13

2.1.1.	Antecedentes patológicos personales .....	13
2.1.2.	Alergias.....	13
2.1.3.	Antecedentes Gineco-obstétricos.....	13
2.1.4.	Antecedentes Patológicos Familiares .....	14
2.1.5.	Motivo de consulta .....	14
2.1.6.	Enfermedad Actual .....	14
2.2.	Impresión Diagnóstica .....	15
CAPITULO III.....		16
3.	HALLAZGOS .....	16
3.1.	Exámenes Complementarios .....	16
3.2.	Informe.....	19
3.3.	Agrupación sindrómica .....	19
3.4.	Diagnóstico diferencial .....	19
3.5.	Diagnóstico definitivo.....	20
3.6.	Tratamiento .....	20
3.7.	Evolución .....	21
3.8.	Seguimiento posterior .....	23
3.9.	Discusión.....	25
CONCLUSIONES		
RECOMENDACIONES		
BIBLIOGRAFIA		
ANEXO		

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1-1:</b> Lista de enfermedades etiopatogénicas causantes de eritrodermia.....	2
<b>Tabla 2-1:</b> Lista de edades de enfermedades comunes que causan eritrodermia .....	4
<b>Tabla 3-1:</b> Sitio inicial de participación en enfermedades que progresan a eritrodermia. ....	5
<b>Tabla 4-1:</b> Tipo de escalas en diferentes enfermedades causantes de eritrodermia. ....	8
<b>Tabla 5-1:</b> Enfermedades que causan eritrodermia que involucra palmas y plantas. ....	9
<b>Tabla 6-3:</b> Biometría Hemática de ingreso .....	16
<b>Tabla 7-3:</b> Valores de PCR al ingreso.....	16
<b>Tabla 8-3:</b> Valor de Procalcitonina al ingreso.....	16
<b>Tabla 9-3:</b> Química sanguínea de ingreso.....	16
<b>Tabla 10-3:</b> Valores de tiempos de coagulación al ingreso.....	17
<b>Tabla 11-3:</b> Valores de albumina al ingreso .....	17
<b>Tabla 12-3:</b> Valores de proteínas al ingreso.....	18
<b>Tabla 13-3:</b> Valores de electrolitos al ingreso.....	18
<b>Tabla 14-3:</b> Examen de Orina al ingreso .....	18
<b>Tabla 15-3:</b> Pruebas Inmunológicas 26/III/2019.....	22
<b>Tabla 16-3:</b> Seguimiento durante 3 meses posteriores al egreso .....	24



## **ABREVIATURAS**

- CIE:** Eritrodermia ictiosiforme congénita (CIE)  
**AD:** Dermatitis atópica (AD)  
**SD:** Dermatitis seborreica (SD)  
**LES:** Lupus eritematoso sistémico (LES)  
**CTCL:** Linfoma cutáneo de células T (CTCL)  
**CAD:** Dermatitis actínica crónica (CAD)  
**SSSS:** Síndrome de la piel escaldada por estafilococos (SSSS)  
**DHS:** Hipersensibilidad a las drogas (DHS)  
**GVHD:** Enfermedad del huésped (GVHD)  
**FNT:** Factor de necrosis tumoral (FNT)  
**NBCIE:** Eritrodermia ictiosiforme congénita no bullosa (NBCIE).  
**LI:** Ictiosis lamelar (LI)  
**SCLE:** Lupus eritematoso subagudo cutáneo (SCLE)  
**VIH:** El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)  
**CCC:** Candidiasis cutánea congénita (CCC)  
**TAMA:** Ley de medicina alternativa y tradicional (TAMA)  
**PRP:** Pitiriasis rubra pilaris (PRP)  
**EFA:** Ácido graso esencial (EFA)  
**RAM:** Reacción alérgica medicamentosa (RAM)  
**DRESS:** Reacción a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos  
**EA:** Enfermedad de Alzheimer (EA)

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir una reacción poco frecuente en el organismo humano ocasionado por el uso de cefalexina generando una eritrodermia. Para nuestra investigación se tomó una paciente del Hospital General Iess- Riobamba- Ecuador la misma que acudió al servicio de emergencia por presentar rash cutáneo eritematoso generalizado, eritema facial, acompañado de prurito intenso y de alza térmica no cuantificada tipo continuo con escalofríos posterior al uso de cefalexina. Después de realizar exámenes complementarios, suspender el antibiótico (cefalexina) y haber administrado pulsos de corticoide se concluyó el diagnóstico de eritrodermia secundaria al uso de cefalexina. En la actualidad no existe suficiente evidencia científica ni investigaciones que concluyan el uso de cefalexina relacionado con la eritrodermia, por lo que se valora como una reacción poco frecuente en la práctica médica, se sugiere más estudios y la publicación de casos relacionados. Los fármacos que más se relacionan con esta enfermedad son la carbamazepina, alopurinol, cefalosporinas, betalactámicos, antihipertensivos, etc.

**Palabras clave:** <ERITRODERMIA>, <CEFALEXINA>, < RASH CUTÁNEO>, <CORTICOIDE >

## **SUMMARY**

The aim of this study was to describe a rare reaction of cephalexin in erythroderma, for our investigation a patient was taken from IESS hospital in Riobamba, who went to the emergency service for presenting generalized erythematous skin rash, facial erythema, accompanied by intense pruritus and non-quantified thermal rise continuous type with chills after the use of cephalexin. After performing complementary tests, stopping the antibiotic (cephalexin) and having administered corticosteroid pulses, the diagnosis of erythroderma secondary to the use of cephalexin was concluded. At present there is not enough scientific evidence or research that concludes the use of cephalexin related to erythroderma, so it is assessed as a rare reaction in medical practice, more studies and the publication of related cases are suggested. The drugs that are most related to this disease are carbamazepine, allopurinol, cephalosporins, beta-lactams, antihypertensives, etc.

Keywords: <ERITRODERMIA>, <CEPHALEXINA>, <RASH>;, <CORTICOID>

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCION

#### 1.1. Eritrodermia

La eritrodermia es un estado extremo de disfunción anatómica y fisiológica de la piel, caracterizada por un extenso eritema y descamación que afecta a más del 90% del área de la superficie corporal. Fue descubierta por primera vez por Hebra en el año de 1868. La eritrodermia neonatal e infantil es muy rara y no se conoce su frecuencia. Cada año se reportan casos de eritrodermia en adultos que varían según en lugar en donde residen con un rango de 0,9 por 100000 personas en los Países Bajos a 1-2 / 100000 personas en Finlandia. La incidencia hospitalaria se ha reportado de 4,9 casos / año en Tailandia a 35/100000 pacientes dermatológicos en India y 30 a 44/100000 pacientes dermatológicos en Túnez. Es más frecuente en el sexo masculino; aunque no siempre es así, ya que se ha encontrado que la distribución de género en diferentes etiologías es igual. (Zhang et al. 2017)

Algunas patologías con diferentes procesos etiopatológicos pueden generar una eritrodermia (Tabla 1-1). La eritrodermia se puede ver asociada con una morbilidad y mortalidad significativas además del pronóstico variable inherente a la etiología subyacente. (Zhang et al. 2017)

Diagnosticar de manera eficaz un caso de eritrodermia será primordial para un manejo adecuado y un mejor resultado terapéutico; por lo tanto, se presentará un enfoque clínico paso a paso para ver cómo evoluciona una erupción hacia la eritrodermia. Existen muchas enfermedades que pueden simular o llegar a generar una eritrodermia. Se excluyen las enfermedades que presentan lesiones predominantemente vesiculobulosas y aquellas con curso transitorio, autolimitante y benigno, como las enfermedades cutáneas neonatales transitorias y el exantema viral. (Zhang et al. 2017)

**Tabla 1-1:** Lista de enfermedades etiopatogénicas causantes de eritrodermia.

Inflamación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis</li> <li>• Pitiriasis Rubra Pilaris</li> <li>• Liquen Plano</li> <li>• Eczemas</li> </ul>
Infección e infestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de la piel escaldada estafilocócica</li> <li>• Síndrome de shock tóxico</li> <li>• Candidiasis cutánea congénita</li> <li>• Dermatitis.</li> <li>• Sarna</li> </ul>
Infiltración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Sézary</li> <li>• Micosis fungoide</li> <li>• Mastocitosis cutánea difusa.</li> <li>• Neoplasia maligna interna.</li> </ul>
Ingestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drogas</li> <li>• Medicinas alternativas.</li> <li>• Dermatitis sistémica de contacto.</li> </ul>
Heredada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos ictiosiformes.</li> <li>• Trastornos de la inmunodeficiencia primaria.</li> <li>• Trastornos metabólicos.</li> </ul>
Inmunológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad injerto contra huésped.</li> <li>• Dermatomiositis</li> <li>• Lupus eritematoso cutáneo subagudo.</li> <li>• Sarcoidosis o Idiopática</li> </ul>

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

## 1.2. Enfoque clínico

La homogeneidad clínica del eritema generalizado y la descamación por lo general ocultan las características clínicas clásicas de las dermatosis subyacentes, lo que genera una complicación en el diagnóstico para los dermatólogos. En neonatos, la identificación de la causa subyacente de la eritrodermia resulta muy complicado como resultado de la superposición de las características clínicas y la vacilación al someter a los recién nacidos a una serie de investigaciones invasivas. Esto genera que se retrase el diagnóstico de 3 a 11 meses, y en el 10% de los casos, el diagnóstico sigue sin confirmarse incluso después de 3 a 5 años. La obtención cronológica de signos y síntomas a través de la toma de historia y el examen clínico será el objetivo principal de un abordaje clínico eficaz y eficiente. Una revisión exhaustiva paso a paso nos asegura la integridad de la evaluación clínica y nos ayuda a evitar perder datos clínicos relevantes. La historia detallada generalmente nos lleva a conocer dermatosis preexistentes y factores predisponentes que son responsables de la diseminación generalizada, lo que lleva a la eritrodermia. (Boull, 2017)

Un examen clínico completo, centrado en pistas y pruebas clínicas sutiles, ayuda en el diagnóstico diferencial. La eritrodermia, independientemente de las causas subyacentes, termina en un estado de insuficiencia cutánea aguda, la cual se caracteriza por la pérdida de la barrera y las funciones metabólicas; por lo tanto, la investigación clínica deberá extenderse para lograr que se identifique

las complicaciones locales y / o sistémicas de la eritrodermia. La interpretación de los datos clínicos documentados proporciona información importante sobre el diagnóstico, factores etiológicos y / o predisponentes, asociaciones sistémicas, complicaciones, pronóstico, estrategia de manejo y monitoreo del curso de la enfermedad. (Boull,2017)

### **1.3. Presentación clínica**

Los pacientes con eritrodermia tienen presentaciones clínicas variadas. Se diferenciarán en la edad de inicio, el tiempo de la patología, la sintomatología, el modo de inicio, el sitio en donde se presentó la primera afectación, la lesión inicial y el curso clínico de la enfermedad, los factores predisponentes y los antecedentes familiares. La evaluación detallada de la presentación clínica ayuda a comprender la naturaleza y la gravedad de la etiología subyacente.

### **1.4. Edad de inicio**

La eritrodermia es una enfermedad que se puede presentar a cualquier edad, desde recién nacidos hasta ancianos. La prevalencia de las causas subyacentes de eritrodermia varía en todo el espectro de edad (Tabla 1-2). La eritrodermia en los recién nacidos se presenta generalmente antes de las 16 semanas. La eritrodermia en los neonatos, también conocida como eritrodermia congénita, es producida por la eritrodermia ictiosiforme congénita (CIE), la inmunodeficiencia primaria y el síndrome de Netherton. (Aldama,2011)

La poca presencia de holocarboxilasa sintetasa se manifiesta clínicamente al nacer o en el período neonatal. La deficiencia de biotinidasa se presenta en la primera infancia a los 3 meses de edad. La dermatitis atópica (AD) y la dermatitis seborreica (SD) tienen un tiempo de desarrollo entre las 6-8 semanas de vida. La eritrodermia psoriásica, es muy poco frecuente, suele producirse en la primera infancia. La candidiasis cutánea congénita (CCC) puede estar presente durante la primera semana de vida. La eritrodermia medicamentosa es común en niños. En adultos, las dermatosis preexistentes son la causa predominante de eritrodermia, siendo la psoriasis la más frecuente entre ellas(Aldama,2011). Las neoplasias malignas internas, que pueden presentarse como eritrodermia, son neoplasias reticuloendoteliales, de órgano sólido y de vasos sanguíneos. Los trastornos multisistémicos, como la dermatomiositis, el lupus eritematoso sistémico (LES) y la sarcoidosis, en pocos casos se presentan como eritrodermia. La eritrodermia de etiología desconocida es común en pacientes mayores de 60 años. (Zhang et al. 2017)

**Tabla 2-1:** Lista de edades de enfermedades comunes que causan eritrodermia

Los recién nacidos y los infantes.	Infancia (preescolar y escolar)	Adultos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congénito                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ictiosis congénita no sindrómica</li> <li>• Ictiosis congénita sindrómica</li> <li>• Síndrome de Omenn y enfermedad artesanal versus huésped.</li> <li>• Candidosis cutánea congénita</li> <li>• Psoriasis</li> <li>• Mastocitosis cutánea difusa</li> <li>• Síndrome de la piel escaldada estafilocócica</li> </ul> </li> <li>• No congénito                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis</li> <li>• Dermatitis atópica</li> <li>• Dermatitis seborreica</li> <li>• Síndrome de la piel escaldada estafilocócica</li> <li>• Fármacos: vancomicina y ceftriaxona.</li> <li>• Desordenes metabólicos:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Holo - carboxilasas sintetasa y deficiencia de Biotinidasa</li> <li>• Deficiencia de ácidos grasos esenciales.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de la piel escaldada estafilocócica</li> <li>• Sarna</li> <li>• Medicamentos: antiepilépticos, amoxicilina, sulfonamidas, medicamentos antituberculosos</li> </ul> </li> <li>• Eczemas: Dermatitis atópica.</li> <li>• Psoriasis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatitis preexistentes: psoriasis, dermatitis de contacto, dermatitis de contacto aerotransportada, dermatitis actínica crónica dermatitis atópica</li> <li>• Medicamentos: antiepilépticos, analgésicos, analgésicos</li> <li>• Linfomas cutáneos de células T: síndrome de Sézary, micosis fungoide.</li> <li>• Neoplasias internas.</li> <li>• Trastornos multisistémicos: dermatomiositis, lupus eritematoso subagudo cutáneo</li> <li>• Idiopática</li> </ul>

Realizado por: Mena, Diana, 2019

### 1.5. Duración

La duración de la enfermedad es más corta cuando ha sido producida por fármacos. En ausencia de dermatosis preexistentes, se ha informado una mayor duración desde el inicio de la enfermedad con linfoma cutáneo de células T (CTCL) y neoplasia interna (Ott et al. 2008).

### 1.6. Síntomas

Los síntomas asociados pueden ser variables, ya que dependen de la causa subyacente. En general, se espera cierto grado de picazón en la eritrodermia debido a las escamas secas generalizadas y la tensión de la piel. La dermatitis de contacto irritante se asocia con dolor y una sensación de ardor. Los pacientes con dermatitis alérgica de contacto, dermatitis actínica crónica (CAD), sarna costrosa, liquen plano y síndrome de Sézary por lo general presenta un prurito severo (Ott et al. 2008). El prurito severo se ve característicamente en el síndrome de Omenn; sin embargo, la capacidad de rascarse se desarrolla en bebés solo después de 3 meses. La picazón moderada a severa está presente en la enfermedad de múltiples órganos asociada al timoma. Los pacientes que presentan patologías vesiculobulosas, como el pénfigo foliáceo y el síndrome de la piel escaldada por estafilococos (SSSS), generalmente presentan dolor. La sensibilidad en la piel está

característicamente presente en la SSSS, lo que produce que un bebé llore cuando lo tienen en brazos o existen roces. La fiebre se asocia con el síndrome de hipersensibilidad a las drogas (DHS), el injerto materno-fetal frente a la enfermedad del huésped (GVHD), SSSS o complicaciones, como una infección bacteriana secundaria. La fiebre baja y la pérdida de peso se pueden ver en TAMA. (Dvorakova,2016)

La fiebre se asocia con la aparición de pústulas que es característica de la psoriasis pustulosa generalizada aguda. La asociación de fiebre, fatiga, síntomas gastrointestinales y mialgia indica un incremento en los niveles de citoquinas. Esta reacción paradójica que resulta en la exacerbación de la psoriasis subyacente ha sido reportada en pacientes que reciben medicamentos alfa con factor de necrosis tumoral (FNT) (Ott et al. 2008).

### 1.7. Modo de inicio

La presentación clínica inicial puede diferir, dependiendo de la causa subyacente. La eritrodermia medicamentosa se presenta como una manifestación repentina de lesiones cutáneas. La complicación aguda de los trastornos cutáneos primarios también puede presentarse como una aparición repentina de lesiones cutáneas con antecedentes de lesiones cutáneas crónicas características. El inicio y la progresión de las lesiones es progresiva en la eritrodermia secundaria a trastornos cutáneos primarios. (Sehgal y Srivastava 1986)

Sitio inicial de participación: ciertas enfermedades afectan de manera característica a un sitio en particular al inicio de la enfermedad (Tabla 1-3). Da una pista importante en el diagnóstico diferencial.

**Tabla 3-1:** Sitio inicial de participación en enfermedades que progresan a eritrodermia.

	ENFERMEDAD	SITIO INICIAL DE APARICIÓN
1	Staphylococcus síndrome de la piel escaldada	Pliegues faciales y flexurales.
2	Pitiriasis rubra pilaris	Cuero cabelludo y cara
3	Dermatitis de contacto aerotransportada	Párpados, zona retroauricular y pliegues nasolabiales.
4	Deficiencia de holocarboxilasa sintetasa	Zonas periorificales
5	Deficiencia de ácidos grasos esenciales	Regiones intertriginosas
6	Eritrodermia psoriásica en neonatos y lactantes.	Área de pañales
7	Pénfigo foliáceo	Área seboreica



## **1.8. Lesiones iniciales**

Las manifestaciones clínicas de la eritrodermia suelen desarrollarse desde la aparición localizada de una o más lesiones primarias exclusivas de la etiología subyacente. Eritrodermia ictiosiforme congénita no bullosa (NBCIE) e ictiosis lamelar (LI) pueden presentarse como el bebé colodión al nacer. Posterior al desprendimiento de esta membrana aproximadamente a las tres semanas de edad, el eritema y la descamación que cubren todo el cuerpo se revelan en NBCIE10 (Espectro de NBCIE). El DHS suele presentarse con lesiones morbiliformes, liquenoides, pustulosas o urticariales. En el lupus eritematoso subagudo cutáneo (SCLE) se observan placas eritematosas anulares o escamosas policíclicas.

## **1.9. Curso clínico**

Se debe tener en cuenta la velocidad y el patrón de diseminación de las lesiones, la respuesta al tratamiento y la recurrencia. La progresión de la eritrodermia depende de la enfermedad causante. La progresión avanza de forma más rápida en la eritrodermia debida a DHS, alergia de contacto, CTCL, leucemia y SSSS, mientras que es más lenta en la psoriasis y la dermatitis atópica. El patrón de progresión en la pitiriasis rubra es cefalocaudal, mientras que en la pilaris (PRP) y CCC las erupciones se extiende desde las áreas troncales a las acros, incluyendo las palmas y las plantas de los pies (Dvorakova,2016). En la eritrodermia por causas infecciosas, el eritema generalizado y la descamación ocurren en la fase de disminución de la enfermedad. Las eritrodermias inducidas por fármacos no recaen. Por el contrario, la eritrodermia psoriásica es recurrente. En la eritrodermia inducida por fármacos la resolución de la enfermedad es rápida. La eritrodermia idiopática debe ser monitoreada, debido a que estos pacientes pueden evolucionar a CTCL. Otros pueden clasificarse en EA senil y eritrodermia inducida por fármacos que puede existir la posibilidad de que el paciente haya olvidado los medicamentos tomados, o que el médico lo haya descuidado durante la evaluación de eritroderma. En adultos, el empeoramiento progresivo y la refractariedad al tratamiento indican la posibilidad de malignidad interna. (Boull y Hook 2017)

## **1.10. Factores predisponentes**

La exposición ocupacional, recreativa y terapéutica a irritantes o alérgenos apoya el diagnóstico de eritrodermia debido a la dermatitis de contacto. La complicación y el agravamiento de la enfermedad en la exposición al sol indican dermatitis de contacto en el aire y CAD, respectivamente. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aumenta el riesgo de

eritrodermia inducida por fármacos. Los antiepilépticos y los fármacos utilizados en las infecciones del tracto respiratorio superior son los causantes de eritrodermia inducida por fármacos en niños. El antecedente de transfusión materno-fetal transplacentaria en neonatos indica la posibilidad de GVHD, especialmente en presencia de inmunodeficiencia de células T. Los bebés prematuros con CCC tienen mayor probabilidad de presentar infecciones sistémicas invasivas que puede ocasionar dificultad respiratoria. En caso de sarna con costra, se debe realizar una investigación sobre la inmunosupresión, ya sea debido a medicamentos o infección por VIH y HTLV; enfermedades sistémicas graves como lepra, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide o leucemia; y condiciones que conducen a la incapacidad de rascarse, como enfermedades mentales, paresia, neuropatía sensorial o senilidad (Aldama et al. 2011)

### **1.11. Examen clínico**

En el desarrollo de la eritrodermia en las dermatosis preexistentes, las lesiones patognomónicas de las dermatosis subyacentes son evidentes al hacer el diagnóstico; sin embargo, un eritroderma completamente desarrollado, independientemente de la causa subyacente, se caracteriza por un eritema generalizado y descamación. En estos casos, se debe realizar un examen completo y detallado de la piel y sus tegumentos para identificar las características clínicas (Sterry W y Steinoff M. 2012).

### **1.12. Examen cutáneo**

El eritema, la descamación y la induración son los hallazgos fundamentales del examen cutáneo en la eritrodermia. Lo que nos conduce a descubrir la causa subyacente de la eritrodermia. Eritema: La tonalidad del eritema puede ser prominente en algunas dermatosis que causan eritrodermia. Los mismos que se aprecian en el fondo de la piel de color blanco; por lo que, se debe tomar en cuenta al color de la piel al interpretar el tono del eritema. Eritema de color salmón o naranja-rojo en PRP, rojo púrpura intensa en CTCL, melano-eritrodermia en eritrodermia paraneoplásica y pápulas rojo-marrón en papulo-eritrodermia de Ofuji. (Hoeger,1998)

Escamas: la naturaleza determina la etapa de eritrodermia. En la fase aguda se presenta escalas más grandes y con más costras, mientras que en la fase crónica se ven escalas más pequeñas y secas. El tipo de escalas a menudo identifica la causa subyacente (Tabla 1-4).

**Tabla 4-1:** Tipo de escamas en diferentes enfermedades causantes de eritrodermia.

No.	TIPO DE ESCAMA	ENFERMEDAD
1	Como hojuelas de maíz, costras a escala	Pénfigo foliáceo
2	Escamas de color amarillo, similares a salvado	Dermatitis seborreica
3	Escalas finas	Dermatitis atópica, dermatofitosis.
4	Escamas de doble filo (ictiosis linearis circumplexa)	El síndrome de Netherton
5	Escamas grandes, oscuras, en forma de placa	Ictiosis lamelar
6	Escamas finas, plumosas	Eritrodermia ictiosiforme congénita no bullosa
7	Costras a escala perioral	Síndrome de la piel escaldada estafilocócica
8	Costras hiperqueratósicas	Sarna costrosa
9	Escamas de collar	Candidiasis cutánea congénita
10	Escamas secas parecidas a salvado o similares a cáscaras (Furfúreas)	Pitiriasis rubra pilaris
11	Descamación	Síndrome de piel escaldada estafilocócica, erupción pustulosa exantemática generalizada aguda

Realizado por: Mena, Diana, 2019

Induración: Se clasifica en difusa o localizada. La eritrodermia con induración se presenta en los trastornos de inmunodeficiencia primaria como el síndrome de Omenn. Infiltración difusa de la piel, ha sido identificada, en el síndrome de Sézary (Akiyama, Sawamura y Shimizu 2003). En las dermatosis preexistentes, el engrosamiento de los sitios clásicos de afectación es evidente. Las áreas de flexión se liquenifican en AD, y se engrosa en la psoriasis. La afectación en las palmas y las plantas de los pies se encuentra presente en varios trastornos que causan eritrodermia. La queratodermia palmoplantar es más prominente en NBCIE. Las costras hiperqueratósicas en palmas y plantas indican sarna costrosa. La queratodermia palmoplantar en la pitiriasis rubra pilaris se presenta de forma característica como "sandalia queratodérmica" con un tinte amarillo. En la CCC, el eritema típicamente afecta a palmas y plantas (Akiyama, Sawamura y Shimizu 2003).

**Tabla 5-1:** Enfermedades que causan eritrodermia que involucra palmas y plantas.

<b>ERITRODERMIA ICTIOSIFORME CONGÉNITA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome de Omenn</li><li>• Candidiasis cutánea congénita</li><li>• Psoriasis</li><li>• Pitiriasis rubra pilaris</li><li>• Síndrome de Sézary</li><li>• Sarna costrosa</li></ul>

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

**CABELLO:** El examen físico del cuero cabelludo proporciona una herramienta de diagnóstico de eritrodermia neonatal e infantil. La alopecia, constituye una particularidad común de la CIE, se puede presentar aproximadamente en la mitad de los bebés con AD. El cabello disperso y el pelo de bambú son característicos del síndrome de Netherton. Este último algunas veces no suele estar presente hasta los 10 meses de edad (Ott et al. 2008). La alopecia cicatricial se evidencia en NBCIE, alopecia parcheada se presenta cuando existe disminución de biotinidasa y alopecia grave en el síndrome de Omenn. La alopecia progresiva también se la aprecia en la deficiencia de biotina y EPT1. La hipertrichosis que afecta el dorso de las manos es característica de la ictiosis reticular (Ott et al. 2008).

**UÑAS:** Los cambios en las uñas de las dermatosis preexistentes son representativas en pacientes con eritrodermia debido a la tasa de crecimiento más lenta de las uñas (Akiyama, Sawamura y Shimizu 2003). La onicolisis, con desprendimiento completo de la placa ungueal, indica un proceso eritrodérmico agudo (Kalavala, Shah y Blackford 2007). Los cambios que se producen en las uñas en los pacientes con eritrodermia son decoloración, fragilidad, embotamiento, hiperqueratosis subungueal, líneas de Beau, paroniquia y hemorragias en astilla (Akiyama, Sawamura y Shimizu 2003). En neonatos y lactantes, la oncodistrofia se evidencia en NBCIE y en el síndrome de Omenn (Rai y Balachandran 2005). El examen de los capilares del lecho ungueal ayuda en el diagnóstico de la dermatomiositis y el lupus eritematoso.

**MUCOSA ORAL:** No se ve comprometida en la mayoría de las enfermedades que causan eritrodermia. La mucosa oral está a salvo de la SSSS, y diferencia a CCC de la candidiasis neonatal. Ante la presencia de mucositis y queilitis se debe realizar reacciones de hipersensibilidad a los medicamentos o deficiencias nutricionales.

### **1.13. Examen sistémico**

Se debe realizar una historia detallada en el examen cutáneo debido a que puede ayudar a identificar la causa subyacente y la gravedad de la eritrodermia. El examen general físico y sistémico ayuda con pistas en el diagnóstico y en el pronóstico. Puede existir afectación de otros sistemas orgánicos en la ictiosis congénita sindrómica, la inmunodeficiencia primaria, los trastornos metabólicos y la malignidad. La eritrodermia es el resultado de cambios hemodinámicos e infecciones bacterianas secundarias, especialmente en grupos de edad avanzada. (Das y Ramamoorthy ,2018)

### **1.14. Investigaciones de laboratorio**

Se puede realizar investigaciones de laboratorio, como una preparación y tinción de KOH, en confirmación del diagnóstico clínico. La preparación de KOH ayuda en la demostración de elementos fúngicos en CCC y dermatofitosis, y ácaros en sarna costrosa. La tinción de Gram de las pústulas corrobora el diagnóstico de candidiasis o infecciones bacterianas secundarias. El pénfigo foliáceo se puede establecer mediante la demostración de células acantolíticas en el frotis de Tzank. El "pelo de bambú", característico de tricorrexia, se puede manifestar en el examen microscópico de los pelos en bebés con síndrome de Netherton. El examen dermatoscópico, un método no invasivo de visualización de estructuras subepidérmicas, ayuda en el diagnóstico de dermatosis preexistentes. También se lo puede utilizar para identificar cambios en el cabello y las uñas, incluidos cambios capilares en el lecho ungueal. (Das y Ramamoorthy ,2018)

### **1.15. Reacción alérgica medicamentosa**

La OMS define a la reacción alérgica medicamentosa (RAM) como “cualquier efecto perjudicial o no deseado que ocurre tras la administración de una dosis de medicamentos normalmente utilizada en la especie humana para la profilaxis, diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o para la modificación de una función biológica”(WHO Meeting on International Drug Monitoring: the Role of National Centres (1971: Geneva y Organization 1972)

Las manifestaciones que se pueden presentar en cuanto a la reacción adversa al uso de medicamentos se dividen en tres tipos dependiendo de la dosis y la reacción del individuo.

#### ***1.15.1. Hipersensibilidad o meta reacción***

Es el resultado usual en un individuo susceptible a una cantidad inferior a lo normal del medicamento. La hipersensibilidad a un medicamento puede depender de algunas variables las cuales son:

- a) El medicamento debe de tener la capacidad de actuar como haptenos para incitar la generación de anticuerpos.
- b) La transformación de antígeno- anticuerpo a proteína-anticuerpo para que se provoque una lesión tisular.
- c) Se necesita un incremento de un proceso inflamatorio que exteriorice la reacción.

Estas causas dependen de la genética diferente de cada paciente, con lo que se aclararía el desacuerdo entre el número de medicamentos en uso y la pequeña cantidad de casos que causan hipersensibilidad. (Das y Ramamoorthy 2018)

### ***1.15.2. Idiosincrasia***

Es la consecuencia inusitada a cualquier dosis. Se realiza por la unión covalente e irreversible, entre el medicamento y sus metabolitos con macromoléculas tisulares. Esta unión se produce después de la activación metabólica de la droga. Estas se pueden dividir en: reacciones que producen efectos farmacológicos presumibles con mínimas dosis de medicamento y reacciones que producen efectos imprevistos. Los últimos son los que tienen mayor prevalencia incluso pueden llegar a la muerte. (Sterry W y Steinoff M. 2012)

### ***1.15.3. Sobre efecto***

Es la reacción presumible del fármaco generada por una dosis exagerada del medicamento. Son evitables, se dividen en las que la complicación constituye el alargamiento de un efecto terapéutico ansiado de la droga, y en otros casos cuando los efectos secundarios indeseados son inseparables del efecto terapéutico deseado. Este grupo no entra dentro de las reacciones adversas debido a que la dosis indicada fue la correcta, sin embargo, esto se puede producir ya sea porque no existe una correcta eliminación de la droga o por potenciación con otra droga. (Jaime et al. 2005)

## **1.16. Eritrodermia por fármacos**

La reacción a fármacos es la segunda causa predominante de eritrodermia. Los fármacos más comunes que producen la eritrodermia son: la carbamazepina, el alopurinol, la penicilina y en menor proporción la cefalexina; se ha conocido que varias plantas medicinales producen también eritrodermia. La dermatosis inicia rápidamente y la coloración se describe como rosa brillante

con descamaciones grandes en la piel. Se caracteriza por presentar edema facial y lesiones purpúricas en regiones con estasis. En el síndrome de DRESS (del inglés drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: reacción a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos) el 50 % de los pacientes presenta afección discreta de mucosas y se conoce que la oral presenta mayor afectación. (Das y Ramamoorthy 2018) La fiebre resulta ser muy común y se la ha relacionado en la mayoría de casos con la hepatomegalia. Se realizará un análisis del involucro orgánico (hepatitis, neumonitis o nefritis) a partir de estudios de laboratorio para descartar DRESS, con cuenta de eosinófilos totales > 700. En la eritrodermia, la hipersensibilidad puede iniciar de dos a ocho semanas después de la exposición al agente farmacológico. Para el diagnóstico se requiere de por lo menos tres de los siguientes criterios (Khaled et al. 2010):

- Rash cutáneo agudo.
- Involucro de al menos un órgano interno.
- Linfadenopatías en al menos dos sitios diferentes.
- Linfocitosis o eosinofilia o trombocitopenia.
- Fiebre de más de 38 grados centígrados.

La eritrodermia por fármacos se soluciona al suspender el agente causal y esto puede durar de dos a seis semanas; sin embargo, en el síndrome DRESS puede tardar varios meses. Este síndrome se debe diferenciar del síndrome de Stevens-Johnson y de la necrólisis epidérmica tóxica, ya que estos se inician en un periodo que va de cuatro días a un mes después de la exposición al agente causal, presentan necrosis epidérmica, signo de Nikolsky y en el 90% de los casos se encuentra involucro de mucosas con erosión de estas en al menos dos sitios. Un hallazgo común es la presencia de leucopenia y linfopenia; en caso de afección orgánica el mecanismo es diferente (Sarkar et al. 1999)

## CAPÍTULO II

### 2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

#### 2.1. Anamnesis

Paciente femenina de 34 años de edad, indígena, casada, residencia habitual en San Juan, residencia ocasional en la comuna Tambo Guasha agricultora, evangélica.

##### 2.1.1. *Antecedentes patológicos personales*

- Preeclampsia severa el 2019/03/13
- Gastritis crónica por EDA no se especifica el tiempo

##### 2.1.2 *Antecedentes quirúrgicos*

Cesárea más salpingectomía parcial bilateral el 2019/03/13

##### 2.1.2. *Alergias*

No refiere

##### 2.1.3. *Antecedentes Gineco-obstétricos*

Menarquia 14 años, ciclos menstruales irregulares duración de 8 días

Gestas: 4; Partos:2; Cesáreas:1; Abortos:1; Hijos vivos:3; Hijos muertos: 1.

Métodos anticonceptivos: Ninguno

Vida sexual activa: 16 años

Número de parejas sexuales: 1

Enfermedades de transmisión sexual: desconoce

PAP TEST: Hace 1 año (normal)



#### **2.1.4. Antecedentes Patológicos Familiares**

No refiere

#### **2.1.5. Motivo de consulta**

Sarpullido

#### **2.1.6. Enfermedad Actual**

La paciente fue intervenida quirúrgicamente el 13 de marzo del 2019 con el diagnóstico de preeclampsia severa por lo que le realizan una cesárea, es dada de alta el 17 de marzo del 2019 con tratamiento de antibióticos: cefalexina, el 20 de marzo del 2019 refiere que hace aproximadamente 48 horas presenta rash cutáneo eritematoso generalizado, eritema facial, acompañado prurito intenso, alza térmica no cuantificada tipo continuo y escalofríos. Con esta sintomatología acude a emergencias donde es valorada por el médico tratante de ginecología y se decide su ingreso; solicita valoración por el servicio de medicina interna conjuntamente con dermatología y deciden su ingreso. Al momento en iguales condiciones

Examen Físico:

Signos Vitales:

Tensión Arterial (TA): 120/80 mmhg

Frecuencia Cardíaca (FC): 83 Latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria (FR): 18 Respiraciones por minuto

Temperatura (T°): 38,3

Saturación: 94 % aire ambiente

PAM: 93 mmhg

Paciente consciente, lúcida, orientada, hidratada, afebril.

PIEL: Eritema generalizado distribuido en la región facial, tronco, brazos, cadera, tercio distal de muslo, piernas y dorso del pie.

CABEZA: Normocefálica, cabello de implantación normal de acuerdo a edad y sexo.

OJOS: Pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas.

BOCA: Pequeña, no úlceras bucales, orofaringe no congestiva

CUELLO: Eritema generalizado, no se palpan adenopatías, tiroides OB

CORAZON: Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.

PULMONES: Murmullo vesicular conservado.

ABDOMEN: Eritema generalizado, presencia apósito manchado con secreción serohemática en hipogastrio, suave, depresible, no doloroso a la palpación ruidos hidroaéreos presentes

REGION INGUINOGENITAL: Genitales externos de múltipara.

EXTREMIDADES: Eritema generalizado, simétricas, no edemas, fenómeno de Raynaud positivo.

## **2.2. Impresión Diagnóstica**

Farmacodermia

Eritrodermia

Colagenopatías: Esclerodermia

Enfermedad mixta del colágeno

Puerperio quirúrgico mediato

Seroma

## CAPITULO III

### 3. HALLAZGOS

#### 3.1. Exámenes Complementarios

Laboratorio: 20-III-2019

**Tabla 6-3:** Biometría Hemática de ingreso

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD
Glóbulos Blancos	7.70	$10^3u/L$
Neutrófilos	75	%
Hemoglobina (HGB)	13.9	g/dl
Hematocrito (HCTO)	41.9	%
Plaquetas	559	$10^3u/L$

**Fuente:** Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

**Tabla 7-3:** Valores de PCR al ingreso

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
PCR Cuantitativo	13.93	Hasta 10 mg/L

**Fuente:** Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

**Tabla 8-3:** Valor de Procalcitonina al ingreso

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
Procalcitonina	0.12 ng/MI	Negativo: Menor a 0.50 Bajo riesgo de infección: 0.50 a 2.00 Alto riesgo de sepsis: 2.00 a 10.00 Sepsis Severa o Shock Séptico: Mayor a 10.0

**Fuente:** Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

**Tabla 9-3:** Química sanguínea de ingreso

PRUEBA	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
Glucosa	88	74 – 106 mg/dl
Urea	33	10 – 50 mg/dl
Creatinina	0.7	0.5 – 0.9 mg/dl
Bilirrubina total	0.24	Hasta 1.1 mg/dl
Bilirrubina Directa	0.15	Hasta 0.25 mg/dl
Bilirrubina Indirecta	0.09	
TGO	21	32 U/I
Fosfatasa Alcalina	148	35- 104 U/I
Gama GT	9	9 – 39 U/I
BUN	102.5	Hasta 37.28 mg/dl

**Fuente:** Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

**CURB 65:** 3 – Mortalidad de % a días

Tasa De Filtración Glomerular (TFG)/ CKD-EPI: ml/min/m<sup>2</sup>

**Tabla 10-3:** Valores de tiempos de coagulación al ingreso

PRUEBA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
TP	12.7	98 – 14.1 segundos
%	83.6	70 - 120
INR	1.05	0.9 - 1.15
TTP	30.3	20-36.3

**Fuente:** Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

**Tabla 11-3:** Valores de albumina al ingreso

PRUEBA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Albumina	3.4	3.9 – 4.9 g/dl

**Fuente:** Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

**Tabla 12-3:** Valores de proteínas al ingreso

PRUEBA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Proteínas Totales	7.6	6.6 -8.7 g/dl

Fuente: Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

Realizado por: Mena, Diana, 2019

**Tabla 13-3:** Valores de electrolitos al ingreso

PRUEBA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Sodio (Na)	136	135 – 148.0 mEq/l
Potasio (K)	4.00	3.5 – 5.30 mEq/l
Cloro	108	95 – 108 mmol/l

Fuente: Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

Realizado por: Mena, Diana, 2019

Elemental y Microscópico de Orina (EMO)}

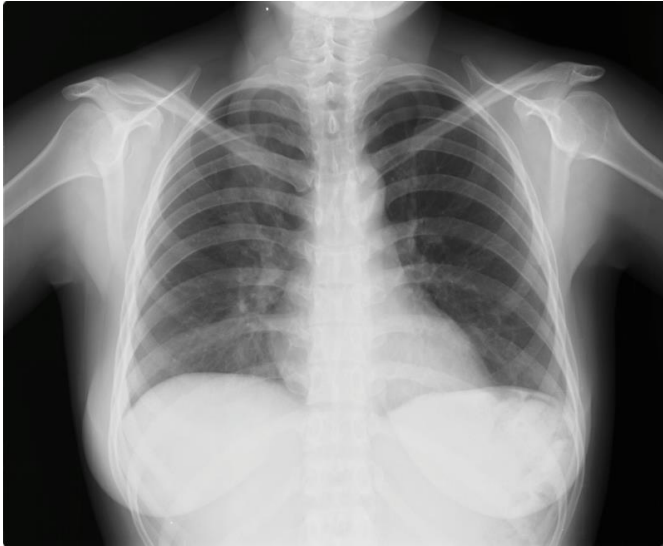
**Tabla 14-3:** Examen de Orina al ingreso

EMO	RESULTADO
Aspecto	TRANSPARENTE
Color	AMARILLO
Densidad	1.020
EXAMEN QUÍMICO	
Ph	5.0
Nitritos	Negativo
Proteínas	Negativo
Glucosa	Negativo
Urobilinógeno	Normal
Bilirrubina	Negativo
Cetonas	Negativo
Sangre	Negativo
EXAMEN MICROSCÓPICO	
Células epiteliales	1-2 por campo
Piocytes	2-4 por campo
Hematíes	1-2 por campo
Bacterias	7.9
Moco	0.41
Cristales de ácido úrico	0.6
GRAM DE GOTA FRESCA	Negativo

Fuente: Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

Realizado por: Mena, Diana, 2019

Rx de Tórax de ingreso



**Fuente:** Rayos x, rayos x de tórax – Hospital Básico Moderno

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

### **3.2. Informe**

No se observan lesiones pleuroparenquimatosas.

Hilios pulmonares congestivos.

Silüeta cardiaca dentro de límites normales.

No se observa derrame pleural.

Tráquea permeable y conservada.

Conclusión: estudio dentro de parámetros normales

### **3.3. Agrupación sindrómica**

#### **Síndrome eritematodescamativo**

- Eritema
- Descamación
- Prurito
- Fiebre

### **3.4. Diagnóstico diferencial**

Síndrome de Stevens Johnson

Necrólisis epidérmica tóxica

Esclerodermia

Eritrodermia medicamentosa

	LESIONES	AFECCIÓN	ETIOLOGÍA	SIGNO	FÁRMACOS MÁS FRECUENTES
<b>Síndrome de Stevens Johnson</b>	Eritema multiforme vesículobuloso	Piel Membranas Mucosas Órganos	Farmacológica Infecciones Enf. Tejido conectivo	Nikolsky positivo	Carbamacepina Fenitoína AINE Betalactámicos Sulfamidas Alopurinol
<b>Necrólisis epidérmica tóxica</b>	Exantema maculo papular	Piel Membranas Mucosas Epitelios respiratorios e intestinal Órganos	Farmacológica Infecciones	Solapamiento	Cefalosporina Carbamacepina Fenitoína AINE Betalactámicos Sulfamidas Alopurinol
<b>Esclerodermia</b>	“Piel endurecida”	Piel Membranas Epitelios respiratorios e intestinal Órganos	Factores genéticos	Fenómeno de Raynaud	
<b>Eritrodermia Medicamentosa</b>	Eritematodescamativas	Piel Membrana Mucosas Órganos	Farmacológica	Fenómeno de Raynaud	Carbamacepina Penicilinas Betalactámicos Antihipertensivos Cefalosporinas

### 3.5. Diagnóstico definitivo

Eritrodermia secundaria al uso de cefalexina.

### 3.6. Tratamiento

- Dextrosa al 5% en solución salina 0.9% 1000 mililitros más 10 mililitros electrolitos potasio intravenoso cada 12 horas.
- Clemastina (tavegyl) 1 ampolla intravenoso cada 12 horas.
- Ranitidina 50 mg intravenoso cada 8 horas.
- Metilprednisolona 62,5 miligramos diluido en 100 mililitros de solución salina 0.9% intravenoso pasar en bomba de infusión en 60 minutos stat y cada 12 horas.

### 3.7. Evolución



IMAGEN 1



IMAGEN 2



IMAGEN 3



IMAGEN 4





IMAGEN 5



IMAGEN 6

IMAGEN 1: Eritema generalizado en región facial y tronco.

IMAGEN 2: Eritema generalizado en tronco y mamas.

IMAGEN 3: Eritema generalizado en brazos.

IMAGEN 4: Eritema generalizado en cara anterior de pies.

IMAGEN 5: Eritema generalizado en abdomen, se observa cicatriz por cesárea.

IMAGEN 6: Eritema generalizado en espalda.

**Tabla 15-3:** Pruebas Inmunológicas 26/III/2019

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD
Pruebas inmunológicas	Negativo	
Ant. ANTI-LA (ANTI-SSB)	8	U
Ant. ANTI RO (ANTI SSA)	10	u/mL
Ant. ANTI SM(ANTI-SMITH)	6	u/mL
Ac. ANTIFOSFOLIPIDICOS IGG	10	u/mL
Ac. ANTIFOSFOLIPIDICOS IGG	32.6	segundos
Ac. ANTIFOSFOLIPIDICOS IGG	8	ui/ mL
Anticoagulante lipídico	Menor a 5	u/mL
Látex	Menor a 5	u/mL
Beta 2 glicoproteína IGM	Menor a 10	glp/mL
Beta 2 glicoproteína IGG	Menor a 7	mlp/ mL
Cardiolipna IGG		
Cardiolipna IGM		

**Fuente:** Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

### 3.8. Seguimiento posterior



IMAGEN 6



IMAGEN 7



IMAGEN 8

IMAGEN 6,7,8: Cuadro cutáneo diseminado constituido por escamas pitiriasiformes que asientan en todo el tegumento cutáneo.

Paciente acude a controles, no se han evidenciado complicaciones desde su egreso. Se le realizó pruebas inmunológicas para descartar enfermedades inmunológicas.

**Tabla 16-3:** Seguimiento durante 3 meses posteriores al egreso

PARÁMETRO	15/12/2018	10/01/2019	06/02/2019
Glóbulos Blancos	6,50 <sup>^</sup> 103u/L	8,32 <sup>^</sup> 103u/L	6,80 <sup>^</sup> 103u/L
Neutrófilos	53%	55%	56%
Hemoglobina	14.3 g/dl	16.7 g/dl	14.1 g/dl
Hematocrito	34.3%	36.6%	34,1%
Plaquetas	345 <sup>^</sup> 103u/L	278 <sup>^</sup> 103u/L	
Glucosa	110 mg/dl	93 mg/dl	104 mg/dl
Creatinina	0,7 mg/dl	0,88 mg/dl	0,72 mg/dl

**Fuente:** Laboratorio clínico – Hospital General Riobamba

**Realizado por:** Mena, Diana, 2019

### **3.9. Discusión**

Se ha encontrado limitada información en la literatura acerca de la eritrodermia secundaria al uso de la cefalexina. La reacción alérgica medicamentosa constituye la segunda causa de eritrodermia con una incidencia de 16-48%, el medicamento que produce eritrodermia con mayor frecuencia es la carbamazepina (anticonvulsivante aromático de segunda generación) en un 50 % de los casos. En Europa el más frecuente es el alopurinol, en otras predominan las cefalosporinas, betalactámicos, antihipertensivos, etc. Aproximadamente la mitad de los pacientes responden a los corticoides y requieren la suspensión de la droga. (Kotrulja, Murat-Susić y Husar 2007)

Los fármacos productores de eritrodermia varían según la serie, muchos fármacos han sido implicados, por lo que debemos realizar una investigación detallada en el primer interrogatorio al individuo a tratar (Kotrulja, Murat-Susić y Husar 2007).

La dificultad se incrementa cuando el paciente se encuentra con múltiples medicamentos en uso, aquí se debe tomar en cuenta la frecuencia y la cronología. <sup>4</sup>En nuestra paciente se pudo evidenciar que su instauración fue de forma rápida pero que revirtió a la suspensión de la medicación y administración de corticoides (metilpregnisolona) (Kotrulja, Murat-Susić y Husar 2007).

La prueba que ayuda en el diagnóstico de eritrodermia es la biopsia, también se puede realizar pruebas de doble inmunodifusión.

## **CONCLUSIONES**

La eritrodermia sigue siendo una enfermedad poco común, con una baja prevalencia en la población mundial, considerándose la segunda causa más frecuente dentro de las reacciones alérgicas medicamentosas.

El medicamento que produce eritrodermia con mayor frecuencia es la carbamazepina, a su vez existen estudios y reportes de casos que relacionan el uso de alopurinol, cefalosporinas, betalactámicos antihipertensivos y penicilinas con esta patología.

El diagnóstico de esta enfermedad es clínico, se pueden realizar exámenes de biopsia de piel o pruebas de doble inmunodifusión. Existe evidencia que, al suspender el medicamento, los pacientes tienden a presentar una mejoría perceptible. Tan solo el 50 % de los pacientes requirieren del uso de corticoides.

No existen estudios sobre la eritrodermia asociada al uso de cefalosporinas

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda la realización de biopsia para llegar al diagnóstico definitivo o pruebas de doble inmunodifusión.

Revisiones bibliográficas sobre eritrodermia con cefalosporina.

Se recomienda estudios inmunológicos.

## BIBLIOGRAFIA

AKIYAMA, M., SAWAMURA, D. y SHIMIZU, H., 2003. The clinical spectrum of nonbullous congenital ichthyosiform erythroderma and lamellar ichthyosis. *Clinical and Experimental Dermatology*, vol. 28, no. 3, pp. 235-240. ISSN 0307-6938. DOI 10.1046/j.1365-2230.2003.01295.x.

ALDAMA, A., RIVELLI, V., MARTÍNEZ, L., PERIN, D. y GUGLIERMONE, C., 2011. Eritrodermia por fármacos. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, vol. 9, no. 4, pp. 251-254.

BENHADOU, F., HELLGREN, G., WILLAERT, F. y DEL MARMOL, V., 2018. Acute Erythroderma in a Patient Receiving TNF- $\alpha$ -Blocking Therapy for Hidradenitis Suppurativa. *Case Reports in Dermatology*, vol. 10, no. 1, pp. 7-12. ISSN , 1662-6567. DOI 10.1159/000485911.

BOTELLA-ESTRADA, R., SANMARTÍN, O., OLIVER, V., FEBRER, I. y ALIAGA, A., 1994. Erythroderma. A clinicopathological study of 56 cases. *Archives of Dermatology*, vol. 130, no. 12, pp. 1503-1507. ISSN 0003-987X. DOI 10.1001/archderm.130.12.1503.

BOULL, C.L. y HOOK, K.P., 2017. Neonatal erythroderma &ndash; clinical perspectives. *Research and Reports in Neonatology* [en línea]. [Consulta: 12 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.dovepress.com/neonatal-erythroderma-clinical-perspectives-peer-reviewed-fulltext-article-RRN>.

DAS, S. y RAMAMOORTHY, R., 2018. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children. *Indian Journal of Paediatric Dermatology*, vol. 19, pp. 9. DOI 10.4103/ijpd.IJPD\_120\_17.

DVORAKOVA, V., WATSON, R.M., TERRON-KWIATKOWSKI, A., ANDREW, N. y IRVINE, A.D., 2016. Congenital reticular ichthyosiform erythroderma. *Clinical and Experimental Dermatology*, vol. 41, no. 5, pp. 576-577. ISSN 1365-2230. DOI 10.1111/ced.12795.

FUKUSHIMA, A., ICHIMURA, Y., OBATA, S., KINOSHITA-ISE, M., FUJIO, Y., TAKENO, M. y KONOYAMA, I., 2017. Thymoma-associated multi-organ autoimmunity: A case of graft-versus-host disease-like erythroderma complicated by Good syndrome successfully treated by

thymectomy. *The Journal of Dermatology*, vol. 44, no. 7, pp. 830-835. ISSN 1346-8138. DOI 10.1111/1346-8138.13777.

HOEGER, P. y HARPER, J., 1998. Neonatal erythroderma: differential diagnosis and management of the «red baby». *Archives of Disease in Childhood*, vol. 79, no. 2, pp. 186-191. ISSN 0003-9888.

JAIME, R., LAGODÍN, C., DAHBAR, M., ALLEVATO, M., CABRERA, H. y DEVÉS, A., 2005. Eritrodermias. Estudio retrospectivo clínico-patológico de 45 casos. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana*, vol. 33, no. 4, pp. 159-165. ISSN 0210-5-5187.

KALAVALA, M., SHAH, V. y BLACKFORD, S., 2007. Subacute cutaneous lupus erythematosus presenting as erythroderma. *Clinical and Experimental Dermatology*, vol. 32, no. 4, pp. 388-390. ISSN 0307-6938. DOI 10.1111/j.1365-2230.2007.02410.x.

KHALED, A., SELLAMI, A., FAZAA, B., KHARFI, M., ZEGLAOUI, F. y KAMOUN, M.R., 2010. Acquired erythroderma in adults: a clinical and prognostic study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, vol. 24, no. 7, pp. 781-788. ISSN 1468-3083. DOI 10.1111/j.1468-3083.2009.03526.x.

KOTRULJA, L., MURAT-SUSIĆ, S. y HUSAR, K., 2007. Differential diagnosis of neonatal and infantile erythroderma. *Acta dermatovenerologica Croatica: ADC*, vol. 15, no. 3, pp. 178-190. ISSN 1330-027X.

LI, J. y ZHENG, H.-Y., 2012. Erythroderma: a clinical and prognostic study. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, vol. 225, no. 2, pp. 154-162. ISSN 1421-9832. DOI 10.1159/000342365.

MISTRY, N., GUPTA, A., ALAVI, A. y SIBBALD, R.G., 2015. A review of the diagnosis and management of erythroderma (generalized red skin). *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 28, no. 5, pp. 228-236; quiz 237-238. ISSN 1538-8654. DOI 10.1097/01.ASW.0000463573.40637.73.

MUCIÑO-BERMEJO, J., DÍAZ DE LEÓN-PONCE, M., BRIONES-VEGA, C.G., GUERRERO-HERNÁNDEZ, A., SANDOVAL-AYALA, O.I., SÁENZ-CORONADO, A.G. y BRIONES-GARDUÑO, J.C., 2013. Síndrome de DRESS Reporte de un caso clínico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 51, no. 3, pp. 330-335.

OKODUWA, C., LAMBERT, W.C., SCHWARTZ, R.A., KUBEYINJE, E., EITOKPAH, A., SINHA, S. y CHEN, W., 2009. Erythroderma: review of a potentially life-threatening dermatosis.



*Indian Journal of Dermatology*, vol. 54, no. 1, pp. 1-6. ISSN 1998-3611. DOI 10.4103/0019-5154.48976.

OTT, H., HÜTTEN, M., BARON, J.M., MERK, H.-F. y FÖLSTER-HOLST, R., 2008. Neonatal and infantile erythrodermas. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, vol. 6, no. 12, pp. 1070-1086. ISSN 1610-0387. DOI 10.1111/j.1610-0387.2008.06891.x.

PRUSZKOWSKI, A., BODEMER, C., FRAITAG, S., TEILLAC-HAMEL, D., AMORIC, J.C. y DE PROST, Y., 2000. Neonatal and infantile erythrodermas: a retrospective study of 51 patients. *Archives of Dermatology*, vol. 136, no. 7, pp. 875-880. ISSN 0003-987X. DOI 10.1001/archderm.136.7.875.

RAI, V.M. y BALACHANDRAN, C., 2005. Subacute cutaneous lupus erythematosus (SCLE) presenting in childhood. *Dermatology Online Journal* [en línea], vol. 11, no. 2. [Consulta: 12 septiembre 2019]. Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/4g28d2dx>.

SARKAR, R., SHARMA, R.C., KORANNE, R.V. y SARDANA, K., 1999. Erythroderma in children: a clinico-etiological study. *The Journal of Dermatology*, vol. 26, no. 8, pp. 507-511. ISSN 0385-2407. DOI 10.1111/j.1346-8138.1999.tb02036.x.

SEHGAL, V.N. y SRIVASTAVA, G., 1986. Exfoliative dermatitis. A prospective study of 80 patients. *Dermatologica*, vol. 173, no. 6, pp. 278-284. ISSN 0011-9075.

STERRY W y STEINOFF M., 2012. *Erythroderma*. 3ra. S.l.: Elsevier.

WHO MEETING ON INTERNATIONAL DRUG MONITORING: THE ROLE OF NATIONAL CENTRES (1971: GENEVA, S. y ORGANIZATION, W.H., 1972. *International drug monitoring: the role of national centres, report of a WHO meeting [held in Geneva from 20 to 25 September 1971]* [en línea]. S.l.: World Health Organization. [Consulta: 12 septiembre 2019]. ISBN 978-92-4-120498-9. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40968>.

ZHANG, P., CHEN, H.-X., XING, J.-J., JIN, Z., HU, F., LI, T.-L. y ZHOU, X.-Y., 2017. Clinical analysis of 84 cases of erythrodermic psoriasis and 121 cases of other types of erythroderma from 2010-2015. *Journal of Huazhong University of Science and Technology. Medical Sciences = Hua Zhong Ke Ji Da Xue Xue Bao. Yi Xue Ying De Wen Ban = Huazhong Keji Daxue Xuebao. Yixue Yingdewen Ban*, vol. 37, no. 4, pp. 563-567. ISSN 1993-1352. DOI 10.1007/s11596-017-1773-1.

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO**  
**DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS Y RECURSOS PARA**  
**EL APRENDIZAJE Y LA INVESTIGACIÓN**  
**UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS**  
**REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA**

**Fecha de entrega:** 17 / Octubre /2019

<b>INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)</b>
<b>Nombres – Apellidos:</b> Diana Carolina Mena Silva
<b>INFORMACIÓN INSTITUCIONAL</b>
<b>Facultad:</b> Salud Pública
<b>Carrera:</b> Medicina
<b>Título a optar:</b> Médico General
<b>f. Analista de bibliotecas responsable:</b> Ing. Rafael Inty Salto Hidalgo