¿Cuál es su diagnóstico?

Amalia Panzarelli

Dermatólogo. Ejercicio privado. Clínica Vista Alegre. Caracas, Venezuela. E-mail: panza75@cantv.net

Paciente femenina de 30 años, quien ingresa por sangrado genital, dolor en hipogastrio, náuseas y vómitos de 3 días de evolución. Historia de amenorrea de 10 semanas. Culdocentesis positiva. Con el diagnóstico de embarazo ectópico roto es ingresada en pabellón practicándosele salpingectomía derecha, encontrándose 1600 cc de sangre en fondo de saco de Douglas.

En el post operatorio inmediato recibe tratamiento con cefalotina 2 gramos cada 6 horas y ketaprofeno endovenoso; 48 horas después presenta erupción micropustulosa generalizada (tronco y extremidades): lesiones de aproximadamente 2 a 5 mm de diámetro sobre base muy eritematosa y dos placas de aproximadamente 4x4 cm de diámetro cada una, conformadas por micropústulas ampollares flácidas y confluentes en región gemelar bilateral (Fotos 1 y 2). No había compromiso mucoso, palmoplantar, facial, ni genital. Concomitantemente fiebre de 38º C sin escalofríos, con poca afectación al estado general a pesar de lo extenso de la erupción.

Foto 1. Brazo Derecho. Erupción micropustulosa sobre base intensamente eritematosa.

Foto 2. Área Gemelar. Placa de micropústulas ampollares flácidas, fácilmente decapitables, sobre base intensamente eritematosa.

Con la impresión diagnóstica de sepsis, retiran cefalotina e inician clindamicina, más amikacina, manteniendo el ketaprofeno, más soporte estado general y evaluación por dermatólogo.

Laboratorio: Hb: 7,4 gr% Leucocitos 21.800 segmentados 82 linfocitos 20 eoinófilos. 5. VSG 40/20. Química sanguínea que incluía pruebas hepáticas, de coagulación, VDRL, VIH, Hemocultivos y Cultivo de herida operatoria: normales y/o negativos. Cultivo de micropústulas: Estafilococo aureus.

Biopsia de piel: epitelio irregular. Extensa pústula subcorneal e intracorneal. Vesícula intraepidérmica con numerosos neutrófilos y eosinófilos en su interior. Severo edema de papilas dérmicas con vesículas subepidérmicas.

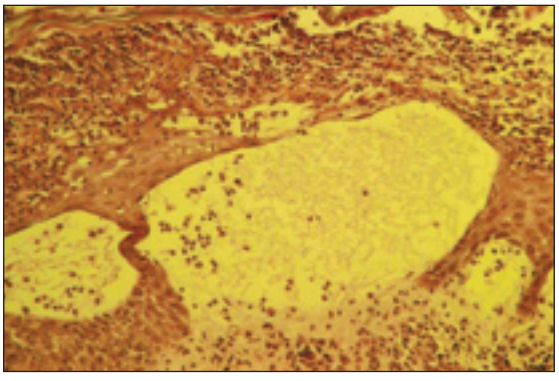
Denso infiltrado mononuclear con numerosos neutrófilos y eosinófilos en dermis superior (Foto 3).

Biopsia de material operatorio: embarazo ectópico tubárico derecho, roto.

Hematosalpinx y salpingitis crónica.

Con la sospecha clínica y resultados de laboratorio, inició tratamiento con hidrocortisona 200 mg EV cada 8 horas y loción antipruriginosa dejándose antibióticos y ketaprofeno. Presenta excelente respuesta clínica, egresando 8 días después con erupción resuelta.

Foto 3. Biopsia de piel. Pustula subcorneal e intracorneal. Vesícula intraepidérmica con neutrófilos y eosinófilos en su interior. Nótese el denso infiltrado mononuclear en dermis superior.



¿Cuál es su diagnóstico?...

Exantema pustuloso agudo generalizado por medicamento (cefalosporina)

El exantema pustuloso agudo generalizado (EPAG) era anteriormente conocido como psoriasis exantemática pustulosa, pustulodermia exantemática ó dermatosis pustulosa generalizada[1]. Está caracterizada por presentar:

1. Micropústulas con base eritematosa
2. Pústula intraepidérmica o subcorneal con edema dérmico, eosinófilos perivasculares o queratinocitos necróticos, vasculitis en ocasiones
3. Fiebre mayor de 37,5º C
4. Neutrofilia
5. Inicio agudo y rápida resolución, si se reconoce la causa[1]

Esta paciente reunía todos los criterios para EPAG. No creemos que se hubiese producido por el antiinflamatorio no esteroideo porque no fue suspendido y aún así la erupción cedió satisfactoriamente al retirar la cefalosporina y colocar esteroides. No había antecedentes de alergia a medicamentos ni historia de psoriasis.

En 1991, Roujeau y colaboradores reportaron una serie de pacientes que desarrollaban una erupción pustulosa aguda generalizada con fiebre, en muchos casos posterior a la administración de una variedad de drogas, principalmente antibióticos[2] y desde entonces se conoce con esa denominación.

Son muchos los fármacos que potencialmente pueden actuar como inductoras de EPAG, pero principalmente antibióticos tipo penicilina y macrólidos[3]. En un estudio con 207 casos de EPAG[4] las drogas más frecuentes causales implicadas fueron: amoxicilina-ácido clavulánico, pristinamicina, hidroxicloroquina y la combinación espiramicina y metronidazol. Otros medicamentos reportados: nitrazepam, cefradina, cefazolina, isoniazida, piperazina, cloramfenicol, pirimetamina, itraconazol[3-5].

El diagnóstico diferencial se plantea con psoriasis pustulosa, bromodermas, iododermas, síndrome de Reiter y enfermedad de Sneddon-Wilkinson; esta última principalmente por la histología, pero el rápido inicio, lo generalizado y la presencia de manifestaciones sistémicas van en contra de esta última[3,5].

Algunos autores plantean la resolución espontánea de la erupción en 15 días al retirar la droga ofensiva a menos de que existan infecciones intercurrentes principalmente virales[6], para otros, es justificable la colocación de tratamiento con esteroides[1] ante la presencia de manifestaciones sistémicas.

Se presenta este caso porque a pesar de que las drogas productoras de EAPG son relativamente de uso frecuente, en la práctica es raro ver este tipo de erupción en nuestro medio. La confusión con sepsis es posible[3,5]. El diagnóstico de EAPG debe ser considerado en casos de exantemas agudos.

Referencias

1. Manders SM, Heymann WR. Acute generalized axanthemic pustulosis. Cutis 1994; 54:194-6.
2. Roujeau JC, Bioulac-Sage P, Bourseau C, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis: analisys of 63 cases.Arch Dermatol 1994; 130:787-92.
3. Heyman WR, Manders SM. Itraconazole induced acute generalized exanthemic pustulosis. J Am Acad Dermatol 1995; 32:130-1.
4. Saissi EH, Beau-Salinas F, Jonville-Beau AP, Lorette G. Drugs associated with acute generalized exanthematic pustulosis. Ann Dermatol Venerol 2003; 130:162-8.
5. Jay S, Kang J, Watcher M. Localized pustular skin eruption. Arch Dermatol 1994; 130:787-92.
6. Sidoroff A, Halevy S, Bavinck JN, et al. Acute generalized exanthematous pustulosis. A clinical reaction pattern. J Cutan Pathol 2001; 28:113-9.