NIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DERMATITIS MEDICAMENTOSA CON UN ESTUDIO COMPARATIVO DE ERITEMA FIJO A DROGAS

TESIS

EDWIN HAROLDO GARCIA ESTRADA

CONTENIDO

1) Introducción
2) Objetivos
3) Material y Métodos
4) Desarrollo del tema:
   a) Sinónimos
   b) Definición
   c) Características
   d) Etiología
   e) Características de los medicamentos que frecuentemente producen dermatitis
   f) Epidemiología
   g) Cuadro clínico
   h) Dermatitis de carácter vascular
   i) Dermatitis vesiculoampollosa de carácter eczematoso
   j) Dermatitis eritematopigmentada y fija
   k) Dermatitis pustulosa
   l) Dermatitis por fotosensibilizantes
   m) Cuadro histopatológico
   n) Diagnóstico
   ñ) Tratamiento

5) Presentación de una muestra de diez casos de eritema fijo a drogas, obtenidos del Hospital Roosevelt

6) Discusión y análisis del estudio comparativo.

OBJETIVOS

1) Conocer los medicamentos que con más frecuencia ocasionan dermatitis.

2) Determinar y reconocer el tipo de dermatitis que cada medicamento provoca.

3) Establecer, mediante el análisis de una pequeña muestra de diez casos de la consulta externa de Dermatología del Hospital Roosevelt, los medicamentos que más frecuentemente son agentes etiológicos de ERITEMA FIJO A DROGAS, en pacientes guatemaltecos, comparados con los reportados por la literatura.

4) Limitar en lo posible el uso de PIRAZOLONICOS, ya que son los que con mayor frecuencia producen ERITEMA FIJO A DROGAS.

7) Conclusiones

8) Bibliografía

INTRODUCCION

En la presente investigación se pretende ficar el conocimiento de varios autores, para es- lecer cuales son los medicamentos que con más cuencia provocan alteraciones inflamatorias de la el.

Pero el objetivo principal que se persigue, establecer, mediante un estudio comparativo, con a muestra de pacientes guatemaltecos, obtenidos l departamento de dermatología del hospital Roose- lt, si él o los medicamentos que ocasionan ERITE- A FIJO A DROGAS reportados por la literatura, son s mismos que con mayor frecuencia, lo ocasionan pacientes guatemaltecos.

Los resultados obtenidos fueron que los PI- AZOLONICOS se reportaron en ambos estudios como medicamento que más frecuentemente provocó este po de dermatitis.

De lo cual se infiere que se debe limitar el so de estos medicamentos hasta donde sea posible, ara así disminuir el número de pacientes con diag- óstico de ERITEMA FIJO A DROGAS.

MATERIAL

1) Muestra de diez pacientes con diagnóstico de ERITEMA FIJO A DROGAS obtenidos del departamento de DERMATOLOGIA del Hospital Roosevelt.

2) Registros Clínicos: obtenidos de los Archivos del Hospital Roosevelt.

3) Investigación bibliográfica: libros consultados en la biblioteca de la facultad de Ciencias Médicas.

METODOS

1) Obtención de la muestra por el método retrospectivo.

2) Tabulación de datos de la muestra a travéz de porcentajes y presentación de gráficas.

3) Revisión bibliográfica.

4) Comparación entre datos reportados por la literatura y los obtenidos del análisis de la muestra, para determinar conclusiones.

DERMATITIS MEDICAMENTOSA

SINONIMOS

a) Dermatitis por contacto a medicamentos.
b) Dermatitis terapéutica
c) Dermatitis por automedicación
d) Farmacodermias
e) Exantemas medicamentosos
f) Dermatitis Iatrogénica

DEFINICION

Afecciones inflamatorias de la piel, de origen tóxico o alérgico, ocasionadas por ingestión de sustancias administradas con fin terapéutico.

CARACTERISTICAS

a) Aparición rápida
b) Cesar después de la suspensión del medicamento
c) Producen poco trastorno constitucional.
d) Distribución irregular y más o menos diseminada.

ETIOLOGIA

La alergia a fármacos puede ser atribuida a hipersensibilidad inmediata o retardada.

La mayoría de fármacos son sin embargo incapaces de iniciar por sí solos una respuesta inmunológica y se cree que el verdadero antígeno es un conjugado de las sustencias o sus derivados, con las proteínas del suero o de los tejidos. De este modo las sustancias actuarían como haptenos, no antígenos por si mismas, pero confiriendo antigenisidad específica a la proteina y siendo capaz de combinarse con el anticuerpo o de reaccionar con las células de la persona sensibilizada.

Prácticamente todos los medicamentos o farmacos se ligan con las proteinas séricas, especialmente con la albúmina, después de la absorción, pero hay pocos datos que sugieran que tales conjugados de droga y proteinas sean importantes en la alergia a los medicamentos.

Otras proteinas tisulares también pueden ligarse a las drogas, pero no se conocen las que pueden convertirse específicamente en un antígeno químico.

La firmeza de la combinación de un fármaco o sustancia con las proteínas es un factor determinante en la antigenisidad del complejo.

En ocasiones los productos de degradación del medicamento pueden ser más antigénicos, observaciones recientes hacen pensar que el ácido penicilínico y peniciloico productos de degradación de la penicilina sean la causa de alergia.

Los ácidos penicilínico y peniciloico suelen con

jugarse firmemente con las proteínas, observación que ha sido muy importante para el diagnóstico de la alergia a la penicilina. En una importante cantidad de personas que padecen de alergia a la penicilina, la prueba cutánea es positiva y consiste en la formación de una pápula y halo eritematoso en respuesta a los conjugados del ácido peniciloico con polilisina como portador.

Además una prueba cutánea positiva a determinantes menores (provocada generalmente con penicilina G) señala a los individuos más propensos a sufrir grave anafilaxia generalizada.

Aunque estas pruebas cutáneas sugieren que se han logrado progresos en el descubrimiento de reacciones medicamentosas, particularmente las causadas a la penicilina, la carencia de métodos de prueba, constantemente eficaces, representa un gran inconveniente para la realización de investigaciones clínicas para reacciones a medicamentos.

Se considera que no tiene carácter familiar.

Puede presentarse en personas que padecen otras enfermedades de carácter alérgico como: fiebre del heno, asma o urticaria.

Existen algunas enfermedades que son predisponentes para la dermatitis a medicamentos, como: Enfermedades gastro intestinales de carácter inflamatorio o necrotizante que hacen al paciente susceptible a medicamentos por vía oral.

Un paciente alérgico puede serlo a varios medicamentos y para cada uno tener diferente reacción.

Las probabilidades de que un paciente tenga reacción adversa a un medicamento son directamente proporcionales a la cantidad de medicamentos diferentes que se le administren, ejemplo: 5% de pacientes que reciben seis medicamentos y 40% de los que reciben diez y seis presentan alguna reacción adversa.

El mal funcionamiento renal o hepático influye en el metabolismo y excreción de los metabolitos de los medicamentos ingeridos, por lo que puede afectar la frecuencia con que se presentan reacciones adversas a algunos de ellos.

En pacientes hospitalizados, los sedantes y tranquilizantes son la principal causa de reacción adversa.

En segundo lugar se encuentran los antibióticos, digitálicos y diuréticos.

La penicilina es la que con más frecuencia produce alergia medicamentosa, particularmente anafilaxia.

CARACTERISTICAS DE LOS MEDICAMENTOS QUE FRECUENTEMENTE PRODUCEN DERMATITIS

Para que se produzca dermatitis por medicamentos, éstos deben tener las siguientes características:

a) Que sean circulantes

b) Debe existir un período de latencia entre dósis sensibilizante y dosis desencadenante.

c) Que actúen como alergenos; aquellas drogas de composición compleja y francamente alergogénica (penicilina, vacunas, etc.)

Medicamentos de composición simple, bajo peso molecular que al unirse a proteínas endógenas, adquieran propiedades antigénicas (Haptenos).

d) La sensibilidad orgánica se puede adquirir por la introducción previa del medicamento o su uso local.

e) Que el síndrome observado puede ser específico para cada medicamento, que la reacción es diferente de la respuesta fisiológica normal, y no tiene ninguna relación con las propiedades farmacológicas, físicas o biológicas de la droga usada.

f) Que una sola dósis (desencadenante) del medicamento y en cantidades terapéuticas, es capaz de producir lesiones cutáneas y sistémicas, que no se observarían en la persona normal.

EPIDEMIOLÓGIA

a) Más frecuentemente se presenta en las mujeres que en los hombres.

b) Ocurre con más frecuencia entre los siete y diez

años de edad.

c) Hay aumento de probabilidades en pacientes que reciben varios medicamentos.

CUADRO CLINICO

Por lo variado de las manifestaciones cutáneas, se describirán según la siguiente clasificación:

A) DERMATITIS DE CARACTER VASCULAR

Este grupo incluye todas aquellas dermatitis en las que predominan el eritema ya sea simple, morbiliforme, escalatiniforme o roseolico, así como urticaria, púrpura y edema angioneurótico.

SIGNOS Y SINTOMAS

a) Prurito que precede o acompaña a la erupción cutánea.

b) La reacción inflamatoria puede limitarse a una o varias regiones o presentarse tanto en piel como en grandes vasos, corazón, pulmones, riñón

En estos casos existe hiperergia franca con alteraciones necrotizantes de la dermis (Angeitis necrotizante) y formación de úlceras en la piel con áreas de necrosis, se agrega cefalea, fiebre y mialgias.

DROGAS QUE LO PRODUCEN

a) Sulfas
b) Yodo
c) Barbitúricos
d) Nadisan
e) Corticotropina

DERMATITIS VESICULOAMPOLLOSA DE CARACTER ECZEMATOSO

a) Son lesiones generalizadas que se inician en partes expuestas de la piel.

b) Pruriginosas.

c) Eritematosas y difusas.

d) Aparición de vesículas y ampollas.

e) Excoriaciones y exudación más marcada en pliegues de flexión, con maseración y olor peculiar.

f) La piel se presenta lisa, roja e hipertérmica.

g) Síntomas generales como astenia adinamia, cefalea, fiebre deshidratación y pérdida de peso.

En casos más serios se nota la aparición de nuevos y consecutivos brotes de flictenas que invaden conjuntivas mucosas orofaríngeas y genitales, además toxemia mal estado general cuadro que se denomina Ectodermosis Erosiva Pluriorificial o Síndrome de Stevens

Jhonson.

En las formas leves o subagudas, después de seis a ocho días sobreviene descamación en láminas y se aprecia mejor sobre las palmas de las manos y plantas de los pies.

COMPLICACIONES

Las complicaciones que se pueden presentar son las siguientes:

a) Infección piógena secundaria.

b) Pústulas, escalofríos y fiebre persistente.

c) Ocasionalmente, pústulas y descamación en mucosa oral y genital.

d) Puede tener un curso agudo, subagudo y crónico que es de evolución lenta y en el cual el prurito es el último signo en desaparecer, y al final la piel aumenta de grosor es rugosa y liquenificada, y en las uñas hay surcos transversales que coinciden con el principio de la enfermedad.

DROGAS QUE LO PROVOCAN

a) Arsenicales cuando se empleaban contra la sífilis.

b) Sales de oro.

c) Bromuros

d) Pirasolonas

e) Sales de antimonio (tartrato)

f) Sulfas

g) Belladona

h) Salicilatos

i) Opiaceos

j) Meprobamato

k) Clorpromazina

l) Prometazina (Fenergan)

m) Difenilhidantoina (Epamin)

n) Penicilina

ñ) Estreptomicina

DERMATITIS ERITEMATOPIGMENTADA Y FIJA

CUADRO CLINICO:

a) Lesión maculosa y eritematosa.

b) Circunscrita de forma oval o redonda.

c) Pruriginosa

d) Hiperpigmentada

e) Descamativa

f) Se limita por lo general a una o dos lesiones.

g) De aparición en el mismo sitio al ingerir el medicamento causal.

h) Distribución:

i) Labios
ii) Borde mucocutáneo
iii) Frente
iv) Ambas caras del tronco
v) Glúteos
vi) Cara interna de miembros superiores e inferiores.
vii) Palma de las manos.

DROGAS QUE LO CAUSAN

a) Pirazolona

b) Analgesina

c) Antipirina

d) Piramidón

e) Arsenicales pentavalentes.

f) Especialmente: Barbitúricos y fenolftaleina.

DERMATITIS PUSTULOSA

Denominada también acneiforme por su semejanza con el acné vulgar.

DESCRIPCION

a) Papulopústulas

b) Coníformes

c) Las de mayor tamaño presentan base inflamatoria.

d) Localización:

i) Hombros
ii) Espalda
iii) Región preesternal
iv) Cara
v) Raras veces en los muslos.

CURSO CLINICO:

Es crónico, lento y residivante.

DROGAS QUE LO PRODUCEN

a) Escopolamina

b) Halógenos: Yodo, cloro y bromo.

c) Tratamiento prolongado con ACTH y corticosteroides.

DERMATITIS POR FOTOSENSIBILIZANTES

El medicamento actúa en este caso como agente etiológico. Las radiaciones lumínicas solares actúan como agente desencadenante.

CUADRO CLINICO:

a) Pápulas
b) Polimorfas
c) Eritematosas
d) Reacción inflamatoria periférica
e) Presencia de seudópodos
f) Prurito intenso
g) Edema local.

En las formas severas se agrega: Edema de cara o extremidades. Además: Cefalea, anorexia, fiebre de treinta y ocho a treinta y nueve grados centígrados, -mal estado general-. Este cuadro clínico tiene predilección por las partes expuetas de la piel.

DROGAS QUE LO PRODUCEN

a) Clorpromazina

b) Prometazina (fenergan)

c) Sulfadrogas y derivados

d) Griseofulvina

e) Tetraciclinas.

CUADRO HISTOLOGICO

ERUPCION ERITEMATO PAPULOSA Y PAPULOESCAMOSA

No es patognomónico, consiste en el de dermatitis inespecífica subaguda o crónica.

Suele haber algo de hiperqueratosis y en mayor o menor grado paraqueratosis, acantosis y papilomatosis.

El edema es poco notable.

En la porción media del corión y también en la superior, se ve infiltrado perivascular, principalmente de linfocitos y a veces eosinófilos, lo que sugiere reacción de tipo alérgico.

CUADRO HISTOLOGICO DE LA DERMATITIS VESICULO-AMPOLLOSA DE CARACTER ECCEMATOSO

Es una dermatitis inespecífica subaguda o crónica, pero a veces presenta vesículas o ampollas que le dan un carácter agudo.

En la porción superior y media de la dermis hay infiltrado perivascular de células que por lo regular son linfocitos, ocacionalmente se ven eosinófilos.

Suele ser más intensa que en casi todas las dermatitis inespecíficas pero no lo bastante para ser patognomónica.

La Epidermis presenta los cambios corrientes de dermatitis inespecífica, esto es, hiperqueratosis, acantosis, papilomatosis más o menos intensa y edema.

Cuando hay vesículas o ampollas, suelen ser sub-epidérmicas, pero a veces están en la porción media o superior de la misma.

Las vesículas contienen eosinófilos, fibrina precipitada, algunos linfocitos y leucocitos polimorfonucleares.

El suero de las vesículas suele presentar infiltración inflamatoria moderadamente compacta, constituida principalmente por linfocitos, eosinófilos, y algunos polimorfonucleares.

Al romperse la vesícula se forma una costra que

puede incluir muchos polimorfonucleares.

Si la lesión se hace crónica, en la porción superior de la dérmis puede ocurrir algo de pigmentación.

Cuando a estas lesiones se agregan, fiebre alta, postración y ataque de conjuntivas o mucosas el síndrome se denomina de Stevens Jhonson.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se establecerá mediante:

a) Historia clínica.
b) Exámen físico.
c) Supresión del medicamento causal.

TRATAMIENTO

Se divide en:

a) Etiológico
b) Sintomático

a) Etiológico:

Este tratamiento consiste en buscar y omitir la droga causal.

b) Sintomático:

Cuando se presenta urticaria, edema angioneurótico o choque anafiláctico por penicilina, se debe usar:

a) Adrenalina
b) Antihistamínicos.
c) Corticosteroides.

En las formas eritematopapulosas y vesiculares, el uso de antihistamínicos se agrega al tratamiento tópico.

TRATAMIENTO EN LA FORMA EXFOLIATRIZ

a) Reposo Absoluto
b) Combatir la deshidratación con soluciones salinas, fisiológicas y mixtas.
c) Vitamina C 500 mgs. por día.
d) Complejo "B".
e) Transfusiones sanguíneas.
f) Sedantes como el cloral.
g) Antipruríticos.
h) Si es producida por metales pesados (Oro, arsénico o mercurio), se puede usar:

i) Bal. o Dimercaptopropanol en la siguiente dósis 3mgs./kg/cada 4 horas, durante los dos días iniciales, luego cada seis horas en el tercer día, y dos veces al día en los diez días siguientes. Su administración es parenteral y actúa combinándose con el metal para luego elimi-

narlo por la orina.

TRATAMIENTO EN EL ERITEMA MULTIFORME

Consiste principalmente en el uso de corticosteroides en dósis de hasta treinta miligramos diarios. Luego se van disminuyendo cinco miligramos diarios hasta que se obtenga mejoría.

TRATAMIENTO EN LA FORMA EXUDATIVA O EXFOLIATRIZ

Es a base de pomadas o unguentos emolientes y antipruriginosas ejemplo: Pomada lassar, corticosteroides, codex, Oxido de zinc, vioformo al 1%, Linimento de calamina.

TRATAMIENTO EN LA ERUPCION ERITEMATOPIGMENTADA Y FIJA

A) Descubrimiento y omisión del medicamento causal.
B) Tratamiento tópico si el caso lo amerita.
C) Vitamina "C".
D) ACTH.

PRESENTACION DE DIEZ CASOS DE ERITEMA FIJO A DROGAS OBTENIDOS DEL HOSPITAL ROOSEVELT

CASO NUMERO UNO

REGISTRO MEDICO: 333-788

EDAD: 13 años, SEXO: Masculino

HISTORIA CLINICA:

MOTIVO DE CONSULTA:

Aparición de manchas en el cuerpo de más o menos tres meses de evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Refiere el paciente que al padecer de dolor de cabeza por lo general recurre al uso de mejorales, y notó que después de ingerir el mejoral aparecían manchas de color obscuro principalmente en el pecho y la espalda de coloración negruzca acompañadas de picazón.

DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO:

a- Piel: Máculas bien delimitadas eritematosas, hiperpigmentadas y pruriginosas, localizadas en el tórax anterior y posterior.

DIAGNOSTICO:

ERITEMA FIJO A DROGAS SECUNDARIO A ACIDO ACETIL SALICILICO.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION:

a) Vitamina "C" 2 grs. al día durante 1 mes.

b) Suspención del uso de mejorales y medicamentos a base de ácido acetilsalicílico.

Evolución: satisfactoria.

CASO NUMERO DOS

REGISTRO MEDICO: 373826.

EDAD: 12 años. SEXO: Masculino

HISTORIA CLINICA:

MOTIVO DE CONSULTA:

Aparición de manchas en abdómen de más o menos 10 días de evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Refiere el paciente que hace 10 días notó la aparición de manchas en el abdómen, de color rojo en partes y obscuro en otras, que le causan picazón.

Al investigar si había ingerido algún medicamento solo recuerda que días atrás tuvo un cólico y se le administró buscapina.

DATOS POSITIVOS DE EXAMEN FISICO:

Se notan máculas en número de dos, eritematosas e hiperpigmentadas que describen una forma oval, estas se localizan en el abdómen.

DIAGNOSTICO:

Eritema fijo a drogas secundario a pirazolónicos.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION:

a) Suspensión de todo derivado pirazolónico.

b) Allergina.

CASO NUMERO TRES

REGISTRO MEDICO: 398-700

EDAD; 12 años. SEXO: Masculino

HISTORIA CLINICA

MOTIVO DE CONSULTA:

Presencia de manchas en el cuerpo al tomar Cibalgina.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Referida por la madre del niño: Narra que en una

oportunidad el niño presentó catarro acompañado de fiebre por lo que ella le dio una cibalgina, luego de la cual el niño mostró, presencia de manchas en el cuerpo, las cuales al principio eran muy rojas y lo hacían rascarse mucho, luego se fueron haciendo un poco más obscuras y le picaban menos.

DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO:

Máculas hiperpigmentadas, poco pruriginosas y con áreas descamativas, localizadas en cara intema de muslos.

DIAGNOSTICO:

Eritema fijo a drogas, secundario a Pirazolona.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION:

1) Prohibición del uso de medicamentos que contengan pirazolónicos.

2) Cortdome aplicación local TID.

CASO NUMERO CUATRO

REGISTRO MEDICO: 415-372

EDAD: 24 años. SEXO: Femenino

HISTORIA CLINICA

MOTIVO DE CONSULTA:

Manchas en los glúteos de tres días de evolución

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Refiere que hace como tres días empezó a sentir prurito en los glúteos, luego pudo observar que se le estaban formando unas manchas.

Al investigar la ingesta de algún medicamento, no recuerda haber tomado alguno.

DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO:

Máculas de forma oval, localizadas en ambos glúteos, con regiones hiperpigmentadas y eritematosas.

DIAGNOSTICO:

"Eritema fijo a drogas secundario probablemente a analgésicos".

TRATAMIENTO Y EVOLUCION:

1) Hepavitin 2cc. Cada dos o tres días.
2) Investigar medicamento causal y suspenderlo.

EVOLUCION: Satisfactoria.

CASO NUMERO CINCO

REGISTRO MEDICO: 511-084

EDAD: 11 años . SEXO: Masculino

HISTORIA CLINICA:

MOTIVO DE CONSULTA:

Padece de convulsiones y al tomar anticonsulsivantes se desencadena alergia.

HISTORIA CLINICA DE LA ENFERMEDAD:

Paciente referido del departamento de medicina por presentar alergia a anticonvulsivantes.

DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO:

Máculas hiperpigmentadas eritematosas y pruriginosas.

DIAGNOSTICO:

Eritema Fijo a Drogas secundario a Difenilhidantoina.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION:

1) Suspensión del medicamento.
2) Vitamina "C".

EVOLUCION: Satisfactoria.

CASO NUMERO SEIS

REGISTRO MEDICO: 513-108

EDAD: 47 años. SEXO: Femenino

HISTORIA CLINICA:

MOTIVO DE CONSULTA:

Manchas en el cuerpo de mas o menos un año de evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Refiere que desde hace un año viene padeciendo estas manchas, y que hay veces que se le ponen peor.

DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO:

Máculas hiperpigmentadas y pruriginosas, con áreas eritematosas y descamativas, localizadas en torax anterior.

DIAGNOSTICO:

Eritema fijo a drogas, secundario a analgésicos y pirazolónicos.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION:

1) Suspensión de todo analgésico tipo pirazolona.

2) Betonil

3) Vitamina "C"

e) Desasyl.

EVOLUCION: Con respuesta positiva al tratamiento.

CASO NUMERO SIETE

REGISTRO MEDICO: 558-017

EDAD: 5 años. SEXO: Masculino

HISTORIA CLINICA:

MOTIVO DE CONSULTA:

Manchas en las piernas y el cuerpo de más o menos 3 meses de evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Refiere la madre del niño que hace como tres meses el niño presentó fiebre, y luego se quedó con estas manchas.

Al investigar si en esa ocasión le había dado al-

gún medicamento refirió que le dio Bebetina para que le bajara la fiebre.

DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO:

Máculas pruriginosas, hiperpigmentadas con lesiones de rascado secundarias.

DIAGNOSTICO:

Eritema fijo a drogas secundario a analgésicos tipo A. S. A.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION

1) Suspensión del medicamento
2) Hepavitin
3) Kenacort tópico

EVOLUCION: Satisfactoria.

CASO NUMERO OCHO

REGISTRO MEDICO: 559-828

EDAD: 3 años. SEXO: Masculino

HISTORIA CLINICA:

MOTIVO DE CONSULTA:

Manchas pruriginosas de 1 mes de evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Referida por la madre del paciente quien dice que hace un mes notó la aparición de manchas en el cuerpo del niño, las cuales son pruriginosas, aunque ha disminuido su intensidad.

No se pudo obtener historia del uso de un medicamento.

DATOS POSITIVOS DEL EXAMEN FISICO:

Máculas hiperpigmentadas poco pruriginosas con áreas de descamación.

DIAGNOSTICO:

Eritema fijo a drogas, secundario a analgésicos, probablemente.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION:

1) Suspensión del medicamento.
2) Vitamina "C"
3) Cortdome tópico.

EVOLUCION: Satisfactoria.

CASO NUMERO NUEVE

REGISTRO MEDICO: 559-761

EDAD: 32 años. SEXO: Femenino.

HISTORIA CLINICA:

MOTIVO DE CONSULTA:

Manchas en miembros inferiores y tórax de más o menos tres meses de evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Refiere el paciente que desde hace aproximadamente tres meses notó la aparición de manchas principalmente en miembros inferiores y tórax las cuales se acentúan cuando toma neomelubrina o baraglina.

HALLAZGO DE EXAMEN FISICO:

Máculas hiperpigmentadas en número de tres, dos localizadas en cara interna de muslos y otra en el tórax anterior, de forma oval presentan áreas eritematosas y francamento pruriginosas.

DIAGNOSTICO:

Eritema fijo a drogas, secundario a pirazolona.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION:

1) Prohibición del uso de derivados pirazolónicos.
2) Vitamina "C"
3) Kenacort local

EVOLUCION: Satisfactoria.

CASO NUMERO DIEZ

REGISTRO MEDICO: 562-287

EDAD: 25 años. SEXO: Masculino

HISTORIA CLINICA:

MOTIVO DE CONSULTA:

Edema y manchas en el cuerpo de veinte días de evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Refiere el paciente que hace veinte días le aparecieron manchas en el cuerpo acompañándose de hinchazón de miembros inferiores.

Refiere además que estas manchas se acentúan al tomar fenobarbital, el cual se autorecetó por padecer de insomnio.

HALLAZGO DE EXAMEN FISICO:

Se notan máculas redondas, eritematosas y con

áreas hiperpigmentadas, y ha notado que se presentan siempre en el mismo sitio al tomar el medicamento.

DIAGNOSTICO:

Eritema fijo a medicamentos secundario al uso de fenobarbital.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION:

1) Supresión del medicamento.
2) Desasil BID.
3) Vitamina "C"

EVOLUCION: Satisfactoria.

DISCUSION Y ANALISIS DEL ESTUDIO COMPARATIVO

1) La hipótesis plantada es la siguiente:

"Son los medicamentos reportados en la literatura, los que con más frecuencia provocan ERITEMA FIJO A DROGAS, en pacientes guatemaltecos?"

2) Para comprobar la hipótesis, se efectuó un estudio bibliográfico, el cual se comparó con una muestra de diez casos seleccionados de un período de ocho meses comprendido de noviembre de 1975 a junio de 1976, de la consulta externa del departamento de Dermatología del Hospital Roosevelt, estos fueron comparados en su agente etiológico, grupo etario y sexo.

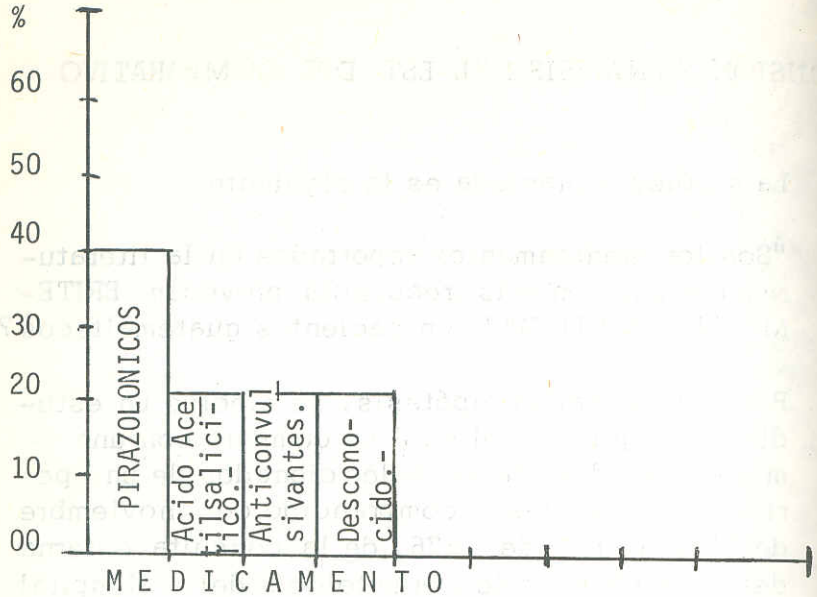
3) Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

a) Agente etiológico:

La literatura reporta a derivados PIRAZOLONICOS como la primera causa de ERITEMA FIJO A DROGAS.

De la muestra estudiada se obtuvo el resultado siguiente:

PIRAZOLONICOS	40%
Acido acetilsalicílico	20%
Anticonvulsivantes	20%
Desconocido	20%
Total	100%



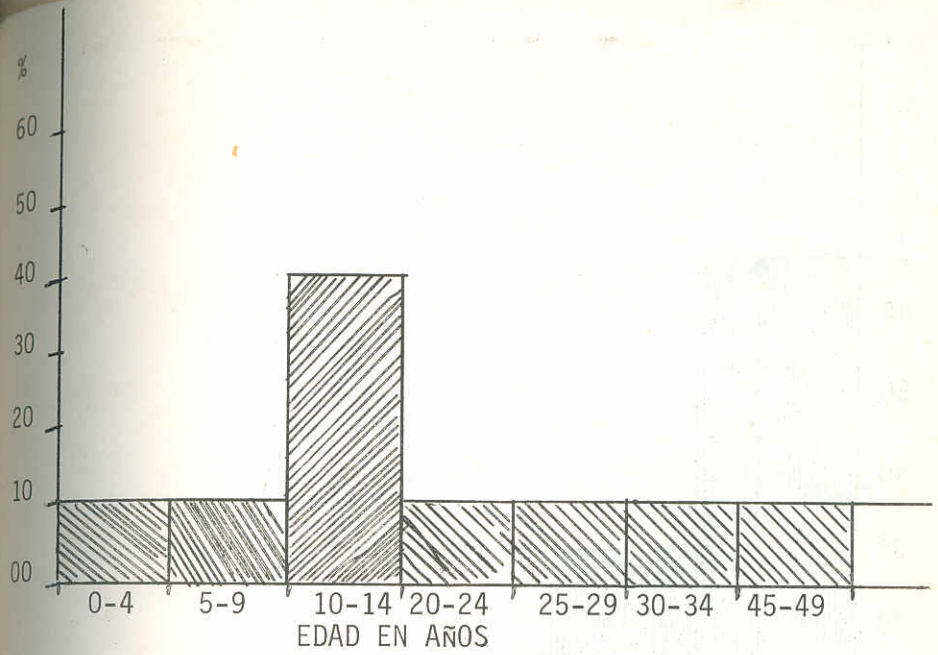
GRAFICA 1.-

b) Grupo Etario:

Reportado en la literatura: más frecuente entre 7-10 años.

Resultado de la muestra:

10-14	años	40%
0-4	"	10%
5-9	"	10%
20-24	"	10%
25-29	"	10%
30-34	"	10%
45-49	"	10%
	Total	100%



GRAFICA # 2.-

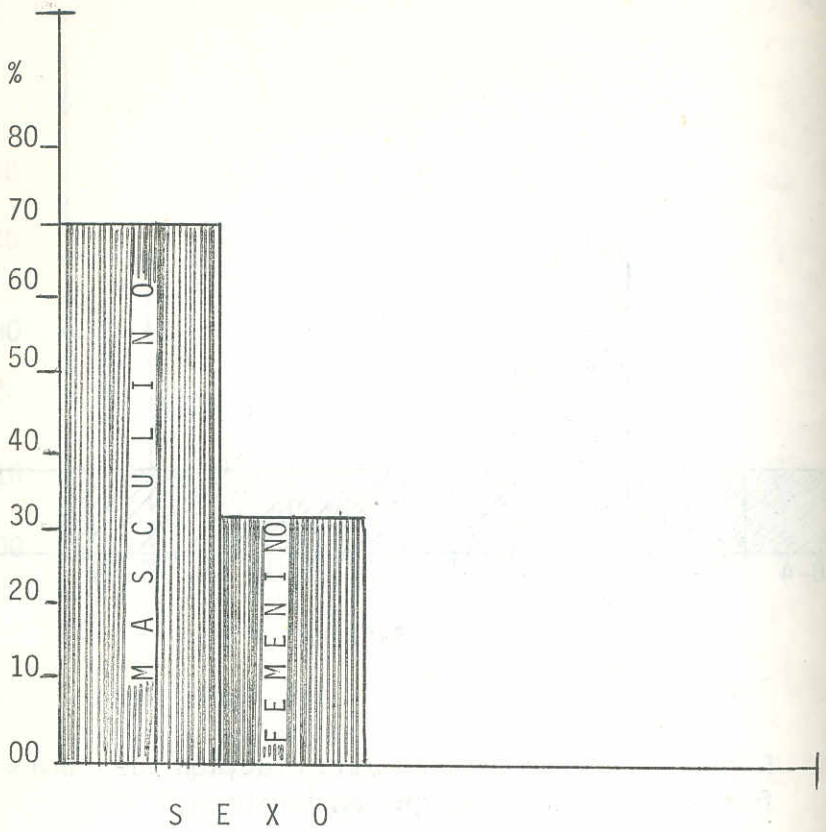
C) Sexo:

Reporta la literatura que esta afección es más frecuente en mujeres que en hombres.

Resultado de la muestra fue:

Sexo masculino:	70%
Sexo femenino:	30%
Total	100%

4) Se comprobó la hipótesis al establecer que tanto en la literatura como en pacientes guatemaltecos los PIRAZOLONICOS son causa número uno de ERITEMA FIJO A DROGAS.



GRAFICA # 3.-

CONCLUSIONES

1) Las dermatitis por medicamentos deben tener las siguientes características:

   a) Aparición rápida
   b) Cesar al suspender el medicamento.
   c) Producir poco trastorno constitucional.
   d) Distribución irregular.

2) Para que el medicamento produzca dermatitis, tiene que existir hipersensibilidad inmediata o retardada.

3) El medicamento actúa combinado a proteína séricas o tisulares, complejo que se denomina hapteno.

4) Enfermedades gastrointestinales inflamatorias o necrotizantes, renales y hepáticas, actúan como coadyuvantes.

5) El medicamento para producir dermatitis debe tener estas características:

   a) Ser circulante.
   b) Existir período latente entre dosis sensibilizantes y desencadenante.
   c) Transformarse en Haptenos.
   d) Una sola dosis del medicamento produce lesiones cutáneas.

6) Entre más medicamentos se utilicen, más riesgo hay de que produzcan dermatitis.

7) Los medicamentos que producen dermatitis presentan un cuadro clínico característico.

8) El diagnóstico, básicamente se establece descubriendo el medicamento y omitiéndolo.

9) El tratamiento se clasifica en: sintomático y etiológico.

10) Los PIRAZOLONICOS son los medicamentos que con más frecuencia producen ERITEMA FIJO A DROGAS, tanto reportado en la literatura como en pacientes guatemaltecos.

11) Se debe limitar en lo posible el uso de PIRAZOLONICOS, para así disminuir el número de casos de ERITEMA FIJO A DROGAS.

BIBLIOGRAFIA

a) Dermatología y Sifilografía
Dr. V. Pardo Castelló
3a. Edición 1945.
La Habana Cuba.
Páginas: 173-77.

b) Dermatología Práctica.
M. A. Manzzini et. al.
1a. Edición, Enero 1968.
Buenos Aires, Argentina.
Páginas: 90-1.

c) Practical Dermatology
by George M. Lewis.
M. D. F. A. C. P.
New York City
Sept. 1952.
Páginas: 125-8

d) Atlas y compendio de Dermatología y Venereología.
Prof. Dr. W. Burckhardt.
Editorial Labor, S. A.
Barcelona, Buenos Aires, Río, México, Montevideo 1966.
7a. Edición, Traducido al español por Dr. Agustín M. Muñoz.

e) Medicina Interna
Harrison et. al. M. D.

México; 4a. edición en español. 6a. edición en inglés.
Año 1973.
La prensa médica Mexicana. Paseo de las Facultades 26, Cóplico Universidad, México 20, D. F. Páginas: 414-19.

f) Tratado de Patología
Dr. Stanley L. Robbins.
3a. Edición, Philadelphia, 1967.
Traducido al español por el Dr. Homero Yela Treviño.
Interamericana México 1968.

g) Dermatología Médico Quirúrgica
Dr. Fernando A. Cordero C.
3a. Edición Guatemala 1972.
Páginas: 349-55.

Edwin Haroldo García Estrada
Sustentante

Dr. Eduardo Tschen
Asesor

Dr. Clementino Castillo
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario

Vo.Bo.
Dr. Carlos Armando Soto
Decano