

ERITEMA MULTIFORME

Dra. Sabrina Perez Herrera
Esp. En Dermatologia
Hospital Nacional de Clinicas

- RUBEFACCIÓN O FLUSHING: Significa un eritema transitorio de la cara, cuello y el tronco adyacente.
- Puede deberse: - (+) **neurologico**:
sudoración écrina y relacionado con calor externo o interno (fiebre).
 - **vasodilatador directo**

ERITEMA

- ◉ Termino Eritema significa *rubicundez cutanea (hiperemia)* ya sea difusa o localizada.
- ◉ Producida por dilatación de los vasos sanguíneos cercanos a la superficie cutánea.
- ◉ Puede ser transitoria o permanente.
Vitropresión.
- ◉ Suele ser el primer signo objetivo de enfermedades cutáneas infecciosas.

ERITEMA PALMAR

- Es un tipo localizado, persistente y bien definido de eritema que se localiza en región hipotenar de manos.
- Relacionado con:
 - Estrógenos elevados
 - Cirrosis
 - Carcinoma hepático mts
 - Embarazo



ERITEMAS GENERALIZADOS

- ◉ Diferentes en apariencia, distribución y extensión.
- ◉ Localización: pecho, brazos, muslos y cara.
- ◉ Manifestación: Erupción maculosa tamaño del alfiler, confluyentes formando manchas grandes e irregulares.
- ◉ Causadas: medicamentos, toxinas bacterianas o infecc. Virales y si no se encuentra causa se denomina eritema toxico (neonatal, afebril, autoresolutivo, mácula eritematosa en las q asientan papulo-pustulas).

HISTORIA

- Descrito en 1866 EM menor por Hebra como ‘eritema exudativo multiforme’.
- Bazin ⇒ 1862 quien agregó el compromiso sistémico y mucoso
- Fiesinger Rendu ⇒ 1917
 - Stevens y Johnson ⇒ 1922 ambos hicieron foco en compromiso oculocutáneo.
- Thomas ⇒ 1950 clasificación en dos grupos:
 - - VAR. MENOR
 - - VAR. MAYOR o variedad cutáneo mucosa severa (incluye formas clínicas severas como SSJ y NET). El error de la época fue considerarlos como sinónimos.
 - A partir de 1993, con los avances etiopatogénicos, se reordenaron los conocimientos desde el punto de vista nosológico ⇒ superposición de entidades y eliminación de variedades clínicas.

ERITEMA MULTIFORME

- ◉ El eritema multiforme (EM) es una enfermedad aguda, autolimitada de la piel y/o de las mucosas, asociado o no a manifestaciones sistémicas.
- ◉ Puede ser recurrente.
- ◉ Se manifiesta con lesiones eritematosas y de tipo vesículo-ampollares y erosivas.
- ◉ Constituye una reacción tipo IV de hipersensibilidad.
- ◉ Se asocia con infecciones, medicamentos y otras causas múltiples que actúan como desencadenante.
- ◉ Presenta espectro de severidad amplio.

ETIOLOGIA

- ◉ **Fármacos:** principal causa (AINE, sulfonamidas, anticonvulsivantes, penicilinas, doxiciclina, tetraciclinas).
- ◉ **Infecciones bacterianas:** - *Mycoplasma pneumoniae*, *Yersinia* - *Mycobacterium tuberculosis* - *Treponema pallidum* - *Chlamydia* - Otros.
- ◉ **Infecciones micóticas:** - *Coccidioidomycosis* - *Histoplasmosis*.
- ◉ **Infecciones virales:** - Enterovirus - Adenovirus - Sarampión - Parotiditis - Gripe.
- ◉ **Otros:** Radiaciones ionizantes: asociada a anticonvulsivantes (MTS cerebrales).
- ◉ Enfermedad inflamatoria intestinal.
- ◉ Inmunizaciones: BCG - Varicela - Antrax - Tétanos.

CLASIFICACION

- ◉ **1- ERITEMA MULTIFORME: EM MENOR
EM MAYOR**

- ◉ **2- SINDROME DE STEVENS JOHNSON,
NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA**

ERITEMA MULTIFORME

- ◉ Enf. Recurrente, autoresolutiva, adultos jóvenes. Primavera y otoño.
- ◉ Dura de 1 a 4 semanas.
- ◉ maculas → papulas edematosas → borde eritematoso → centro oscuro y deprimido

↓
LESION EN DIANA

- Centro oscuropurpurico
- Halo edematoso pálido
- Macula periférica oscura



ampolla

LOCALIZACION

- ◉ Palmas y plantas
- ◉ Simétricas en zonas acras (dorso de manos)
- ◉ Superficie extensora de muslos, codos y rodillas.
- ◉ Tronco 10%
- ◉ Fenómeno de Koebner
- ◉ Empeoramiento a la fotoexposición
- ◉ MUCOSAS 25%
- ◉ EMAH (erupción mas severa con afectación de mucosas).

ERITEMA MULTIFORME MENOR

- ◉ LESIONES EN IRIS O SOBREVADAS, PÁPULAS EDEMATOSAS DE DISTRIBUCIÓN ACRAL.



ERITEMA MULTIFORME MAYOR

- ◉ LESIONES EN IRIS O SOBREVADAS, PÁPULAS EDEMATOSAS DE DISTRIBUCIÓN ACRAL
- ◉ CON COMPROMISO DE UNA O MÁS MUCOSAS.
- ◉ EL DESPEGAMIENTO EPIDÉRMICO CONSTITUYE MENOS DE 10 % DE LA SUPERFICIE CORPORAL TOTAL .





EN MENOR	EN MAYOR
Escasas lesiones. Czo. Brusco.	Lesiones en escarapela ampollar
Simetricas. Acral, P y P, codos y rodillas.	Numerosas lesiones en extr. y rostro.
Mucosas respetadas.	Importante afectacion mucosa.
Sin comromiso sistemico.	Compromiso gral. (leve- severo)
Evolucion: recurrente (primavera,sol, reactivacionVHS)	Evolucion favorable
Autolimitado. 2 a 4 semanas. Hiperpigmentacion residual. Aciclovir (recurrente).	Tto. Corticoideo precoz

SINDROME DE STEVENS-JOHNSON

- Puede iniciarse con lesiones tipo maculoeritematosas y pruriginosas y luego ampollas diseminadas en el rostro y en todo el tronco. Medic: sulfonamidas, ATB, Aines, alopurinol, antiepilépticos.
- El despegamiento epidérmico representa el 10% de la superficie corporal total.
- Presenta afectación de una o mas mucosas (lesiones erosivas)





- Edad: niños y adultos jóvenes (25-35 años)

Estación:

primavera-verano

- Raza: sexo: no hay predilección
- Incidencia: 1-6/millón. ↑ Incidencia en HIV.
- Compromiso: + 10% de la superficie corporal.
- Evolución: Autorresolutiva (recidivas).
- Proceso más lento que NET.
- Brote: Evolución prolongada (+ de 3 semanas).
- Pronóstico: Mortalidad 5%

- **Síntomas prodrómicos:** - fiebre - síntomas respiratorios altos (tos, rinitis), odinofagia, linfadenopatías, cefaleas, vómitos, diarrea y malestar general.
- **A la semana:** aparición de lesiones ampliamente distribuidas (tronco), con gran compromiso mucoso (ocular, bucal o esofágico ⇒ dificultad para comer o beber).
- **Compromiso:** + 10% de la superficie corporal.
- **Lesiones sensibles:** Escarapela atípicas (2 anillos). Máculas eritemato-purpúricas con tendencia a confluir, con formación de ampollas.
 - **Brotes:** 10-21 días. Pueden denudarse zonas, pero nunca en la proporción de NET.

NEC (NECROLYSIS EPIDÉRMICA TOXICA)

- **EL DESPEGAMIENTO EPIDÉRMICO CONSTITUYE EL 30 % DE LA SUPERFICIE CORPORAL TOTAL .**



HISTOPATOLOGIA

- ◉ Vacuolización de la basal.
- ◉ Linfocitos tagging alrededor de la unión dermo-epidérmica.
- ◉ Infiltrado linfocitario disperso superficial y perivascular.
- ◉ Mínima espongirosis y exocitosis.
- ◉ Necrosis individual de los queratinocitos (E. espinoso).
- ◉ Necrosis celular satélite caracterizada por linfocitos intraepidérmicos.
- ◉ LESIONES PAPULARES EDEMATOSAS. Edema dérmico. Espongirosis más significativa. Inflamación

DIAGNOSTICO

- Parámetros: - Etiopatogénicas - Clínicos -
- Patrones clínicos: - Formas maculares, eritemato-purpúricas y ampollares extendidos - tendencia al desprendimiento dermoepidérmico ⇒ áreas denudadas por el proceso de apoptosis masiva de los queratinocitos.
- Compromiso: - % de la superficie corporal - Mucoso - Estado general.
- Lesiones: Escarapela - Típicas - Atípicas

FACTORES DESENCADENANTES

- ◉ **HERPES VIRUS**
- ◉ **EBV**
- ◉ **HISTOPLAMOSIS**
- ◉ **MYCOPLASMA**
- ◉ **TBC**
- ◉ **ALT. INMUNOLÓGICAS**
- ◉ **COLAGENOPATIAS**
- ◉ **MIELOMA MÚLTIPLE , HODGKIN,**
- ◉ **POLICITEMIA**
- ◉ **SOL, FRÍO, RADIOTERAPIA**

PACIENTES DE ALTO RIESGO

- ◉ **RADIOTERAPIA**
- ◉ **LES**
- ◉ **QUIMIOTERAPIA**
- ◉ **HIV**
- ◉ **NEUROCIROUGÍA POR TUMOR CEREBRAL**
- ◉ **TRATAMIENTO CORTICOIDEO**
- ◉ **TRASPLANTE MEDULA ÓSEA**
- ◉ **ENFERMEDAD INJERTO VS. HUÉSPED**

PRONOSTICO

- ⦿ Assier y cols. Consideran que la morfología y distribución de las lesiones son de mayor factor pronostico que la distribución de las mismas.
- ⦿ 1 a 2 semanas cura sin dejar cicatriz.
- ⦿ Recurrencia 1/3 asociada a VHS, infección aparente o subclínica.
- ⦿ Cuadros persistentes: lesiones atípicas y no revierten al tto. Asociado a EBV, HSV, Carcinoma Renal oculto, Enf. De Crohn.

TRATAMIENTO

- Precoz: disminuye mortalidad
- Causa: VHS, Eliminación de la droga causal
- Manejo del paciente en unidad de cuidados intensivos de quemados.
- Uso de corticoides es controversial
- Otros tratamientos: - Dapsona, antipalúdicos, Azatioprina.

MUCHAS GRACIAS!!!

