

## Exantema fijo medicamentoso causado por amoxicilina

Antonio Jurjo Sieira<sup>1</sup>, Sonia M<sup>a</sup> Pardo Medín<sup>2</sup>, Rosario Reina Gómez<sup>3</sup>

Cad Aten Primaria  
Año 2015  
Volume 21  
Páx. 61 - 62

1 ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. PAC ( PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA). SADA ( A CORUÑA).

2 DUE EN COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA.

3 DUE. PAC DE SADA ( A CORUÑA)

Mujer de 80 años con antecedentes de obesidad mórbida, DM tipo II, FA permanente e HTA, que acude a urgencias extrahospitalarias refiriendo lesiones dérmicas en ambas nalgas. Comenta un antecedente previo similar. Refiere que 24 horas antes había comenzado tratamiento con amoxicilina por infección de vías respiratorias altas que pauta su médico de familia.



FIGURA 1

En la exploración, presenta en nalga derecha tres lesiones redondeadas, eritemato-violáceas con bordes muy netos de 2 y 3 cm de diámetro y en nalga izquierda una lesión más pequeña de 1 cm de diámetro. Estas lesiones le producen escozor y dolor al roce (fig. 1). No se

objetivan lesiones en mucosas. Por la clínica, antecedentes de lesiones similares en el mismo sitio y la reciente introducción de amoxicilina se establece el diagnóstico de exantema fijo por amoxicilina. Se aconseja la retirada de amoxicilina y se pauta tratamiento con corticoide tópico y ant-H1, aconsejando seguimiento por su médico.

Dos semanas después, acude por otro motivo y se objetiva que las lesiones no le producen clínica, dejando hiperpigmentación residual con descamación (fig. 2).



FIGURA 2

El exantema fijo medicamentoso (EFM) fue descrito por primera vez en 1889 por Bourns al observar una erupción en labios y lengua de un paciente que había ingerido 20 g de antipirina y que, al curar, dejaba una hiperpigmentación residual delimitada. Brocq, en 1894, utilizó, por primera vez, la expresión exantema fijo medicamentoso, al describir una "erupción eritematopigmentada, fija, debida a la antipirina"<sup>1</sup>; comprobó que las lesiones tenían la particularidad de reaparecer en la misma localización unas horas después de administrar por vía oral el fármaco desencadenante.

El EFM se ha asociado a decenas de fármacos, aunque los que se han relacionado con más frecuencia son sulfamidas (trimetoprim-sulfametoxazol)<sup>2</sup>, AINES, tetraciclinas, metronidazol y carbamazepina.

### Correspondencia

ANTONIO JURJO SIEIRA  
SOR JOAQUINA 2-4º B 15011. A CORUÑA.  
TEL 600658702 · ANJURJO@YAHOO.ES

Con menos frecuencia, también se han descrito como causa el paracetamol<sup>3</sup>, amoxicilina, ampicilina, eritromicina, hidroxicina, alopurinol. Es de suma importancia mencionar la identificación de casos originados por drogas ilícitas como cocaína y clorhidrato de metanfetamina, confirmados por pruebas de provocación<sup>2</sup>.

Es conocido que la cocaína causa múltiples efectos en la piel<sup>5</sup>, por lo que debería considerarse la posibilidad de erupciones inducidas por sustancia ilícitas en pacientes con comportamiento extraño o lábil, signos de delirio u otras condiciones psiquiátricas.

Puede afectar a cualquier área cutánea o mucosa. Las localizaciones más frecuentes son las extremidades, manos y pies (localización más típica en mujeres)<sup>3</sup>, las áreas genitales y perianal, y la cara, sobre todo mucosa labial. Las lesiones cutáneas no suelen asociarse a síntomas sistémicos.

Tras la desaparición de las lesiones, persiste una hiperpigmentación residual en el lugar donde estuvieron las lesiones iniciales, que pueden durar varias semanas o meses, y que justifica el nombre original en francés de este trastorno, conocido como erythème pigmenté fixe, aunque esta hiperpigmentación mantenida no es un hallazgo constante<sup>1</sup>.

Se ha observado la participación del sistema inmunitario, al parecer la reacción de hipersensibilidad tipo IV de Gell y Coombs; se desconoce por qué las lesiones tienden a aparecer en los mismos sitios, se especula que los linfocitos T CD8+ actúan como células de memoria<sup>4</sup>.

El EFM es un trastorno cutáneo frecuente que puede simular otras enfermedades, por lo que su conocimiento es muy útil para no plantear pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios. Su diagnóstico es esencialmente clínico, basado en las lesiones cutáneas, el antecedente de ingesta de un fármaco y su resolución al retirarlo. Es básica la anamnesis exhaustiva de las medicinas que el paciente ha tomado recientemente, labor nada fácil, ya que muchas personas no consideran medicamentos, sustancias que toma de forma habitual pero ocasionalmente, como laxantes, analgésicos, jarabes, vitaminas, suplementos dietéticos, etc.

Las pruebas complementarias que pueden ayudar al diagnóstico del EFM son: la biopsia cutánea, la realización de pruebas alérgicas de contacto, mediante test de parches cutáneos sobre la piel afectada y la reexposición a la sustancia sospechosa.

En cuanto al tratamiento, se debe suspender inmediatamente el probable agente causal. Si hay grandes molestias locales y la lesión no está erosionada, son útiles los corticoides tópicos potentes. Son interesantes los casos publicados de desensibilización tras reexposición progresiva al fármaco que lo originó, y se han llegado a alcanzar dosis terapéuticas sin reaparición de un episodio de EFM<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro P, Avilés JA. Exantema fijo medicamentoso. *Jano*, 2004; LXVII: 1092.
2. Muñoz Estrada VF, Greys Anaid VP, Rochín Tolosa M. Estudio de 372 casos de eritema fijo pigmentario. *Piel (Barc, Ed. impr.)* 2011; 26 (5): 213-220.
3. Brahimi N, Routier E, Raison-Peyron N. A three-year-analysis of fixed drug eruptions in hospital settings in France. *Eur J Dermatol.* 2010; 20: 461-4.
4. Berrón A. Eritema pigmentado fijo. Revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 1995; 4: 121-6.
5. Rudolph RI. Skin manifestations of cocaine use. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 60: 346-7.
6. Domínguez Ortega J, Trindade C, Alonso Llamazares A, Castellano Bravo A, Cimarra Alvarez-Lovel M, Martínez-Cocera C. Hypersensitivity to allopurinol. Efficacy of a desensitizing protocol in 3 cases. *An Med Intern* 2001; 18: 27-8.