

## Erupción máculo-ampollosa en mujer joven

Mónica Diosdado Figueiredo

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. PAC de Valga.Pontevedra.

Cad Aten Primaria  
Ano 2013  
Volume 19  
Páx. 129-129

### RESUMEN

Una erupción máculo-ampollosa producida por fármacos es una toxicodermia que puede manifestarse de una forma leve o de una forma más grave como es el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ)/Necrólisis epidérmica tóxica (NET). Ante la sospecha de que un fármaco sea el causante de esta enfermedad, éste debe ser suspendido de forma inmediata y el paciente derivado de forma urgente a un centro hospitalario, ya que el desprendimiento de la superficie cutáneo-mucosa y la afectación de órganos internos puede ser letal.

### PALABRAS CLAVE

Maculoampollosa, Síndrome Stevens-Johnson.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer joven con erupción macular purpúrica, oscura, sobre la que aparecen ampollas con un desprendimiento de la superficie cutánea posterior. No existe confluencia de las lesiones pero sí dolor. Refiere síntomas faríngeos con pequeñas erosiones en la lengua y posteriormente aparece un déficit visual y secreción blanquecina vaginal. La paciente refiere toma de carbamacepina desde hace 15 días.



FIGURA 1

Erupción máculo-papulosa



FIGURA 2

Erosiones en mucosa lingual

### PREGUNTAS

- 1.Cuál le parece el diagnóstico más probable?
  - a) Pénfigo
  - b) Reacción alérgica
  - c) Sd Stevens-Johnson
  - d) Varicela
  - e) Ninguno
2. ¿Qué fármacos pueden producirlo?
  - a) AINES
  - b) Sulfamidas
  - c) Carbamacepina
  - d) B-lactámicos
  - e) Todos
3. ¿Qué actuación le parece la más correcta?
  - a) Derivación hospitalaria
  - b) Supresión inmediata de la carbamacepina
  - c) Pautar antihistamínico
  - d) Pautar antihistamínico y corticoide
  - e) a y b

### Correspondencia

Mónica Diosdado Figueiredo  
Álvaro Cunqueiro nº3 3ºB - Villagarcía de Arousa  
36600 Pontevedra

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO ERUPCIÓN MÁCULO-AMPOLLOSA EN MUJER JOVEN

### DIAGNÓSTICO

Una simple erupción macular puede ser el inicio de una toxicodermia grave como es el síndrome de Stevens –Johnson (SSJ) / necrólisis epidérmica tóxica (NET). Ambas son formas polares de una misma enfermedad. Toda erupción macular que se torne en máculo-vesicular o máculo-ampollosa que se acompañe de desprendimiento de la superficie cutánea y erosiones en mucosa ocular, orofaríngea, y vaginal debe hacernos sospechar esta enfermedad.

El cuadro inicial, además de las lesiones mucocutáneas dolorosas, se acompaña de fiebre (<39°C) en el 10-30% de los pacientes y afectación de órganos internos tales.

El desprendimiento de grandes extensiones, junto con la afectación intestinal y pulmonar, y la edad avanzada son factores de mal pronóstico.

Ante la mínima sospecha de este cuadro clínico debemos interrumpir el fármaco sospechoso del cuadro clínico. Debemos de tener presente que cualquier tratamiento puede producirlo, aunque los más frecuentes son los antimicóticos aromáticos (carbamecicina, lamotrigina, fenitoina), sulfamidas, b-lactámicos, alopurinol y AINES.

Se han postulado múltiples tratamientos sistémicos (glucocorticoides, gammaglobulinas...) pero ningún ha demostrado su superioridad. Lo más importante es la supresión del fármaco y el ingreso en unidades de quemados o de cuidados intensivos para el cuidado mucocutáneo especializado prestando especial atención en LAS complicaciones, las cuales son resultado de la pérdida de la integridad de la barrera cutánea, la insuficiencia respiratoria y la afectación ocular.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison Principios de medicina interna. Vol 1. 18ª ed. México:McGraw-Hill; 2012.
2. Ferrándiz-Pulido C, García-Fernandez D, Gómez-Morell P, Palao R y García-Patos V. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: revisión de la experiencia clínica en un Hospital Universitario (1989-2008). MedClin. 2011; 136(13):583-587.
3. Schneck J, Fagot JP, Sekula P, et al. Effects of treatments on the mortality of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A retrospective study on patients included in the prospective EuroSCAR Study. J Am Acad Dermatol 2008; 58:33.
5. De la Torre C, Suh Oh HJ. Novedades en el diagnóstico de las toxicodermias. Actas Dermosifiliogr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.11.016>.

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO DOLOR DE RODILLA

### RESPUESTA

Ese mismo día se realiza ecografía en consulta que demuestra la presencia de una imagen redondeada bien delimitada hipocóica con refuerzo posterior de 20.3 mm x 20.9 mm compatible con quiste de Baker con comunicación con la cavidad articular de la rodilla. Dado el pequeño tamaño, se decide tratamiento conservador con medidas físicas y antiinflamatorios con mejoría clínica en dos semanas. Se repite ecografía para ver evolución con leve disminución de tamaño (2mm).

Figura 1. Corte transversal

Figura 2. Corte longitudinal

### DEFINICIÓN

El quiste poplíteo o de Baker, es producido por un exceso de líquido en la articulación de la rodilla. Cuando la presión se acumula, el líquido se protruye hacia la parte posterior de la misma.

Está constituido por una acumulación de líquido sinovial en la bolsa serosa común de los músculos gemelo interno y semimembranoso. Se asocia comúnmente a patología intraarticular de la rodilla, que genere derrame articular (sobre todo, artritis reumatoide, osteoartritis y lesiones meniscales). Suele comunicarse con la cavidad articular de la rodilla, frecuentemente con mecanismo valvular unidireccional.

### ETIOLOGÍA

- Enfermedades articulares degenerativas asociadas a la líquido articular aumentado. Osteocondritis disecante, fracturas osteocondrales...
- Artropatías inflamatorias, que tienen también proliferación sinovial en la articulación y en las bolsas comunicantes: artritis reumatoide, gota, artritis séptica...
- Traumatismos: es una de las causas de aparición del quiste de Baker en niños.