

Revisión de Temas

Las eritrodermias

Juan Guillermo Chalela Mantilla

RESUMEN

Una de las causas más frecuentes de consulta hospitalaria son las eritrodermias o dermatitis exfoliativa generalizada, las cuales siempre significan un reto para los dermatólogos, quienes deben manejar estas entidades, y de las cuales no se han descrito muchas cosas en lo que se relaciona con sus causas, tratamiento y sobrevida de estos pacientes, a su vez que siempre presentan numerosas complicaciones, a veces difíciles de entender y otras tantas de tratar. Nos hemos propuesto hacer una revisión del tema, teniendo en cuenta nuestra experiencia en este campo, con el fin de dar algunas pautas en el estudio y tratamiento de estos casos.

Las eritrodermias, también llamadas dermatitis exfoliativa¹, constituyen un grupo de situaciones que llevan a que un individuo presente un cuadro de eritema generalizado, que compromete más del 80% de la superficie corporal y que se acompaña de descamación, fisuras, prurito, alopecia, daño ungüeal, lesiones en mucosas e islas de piel sana, con compromiso severo, en la mayoría de los casos, de su estado general que lo puede llevar a complicaciones pasajeras o permanentes y hasta la muerte, teniendo en cuenta que la mayoría de los casos se presentan en pacientes mayores de 60 años.²

Las eritrodermias se consideran, en la mayoría de los libros de texto, una entidad independiente, y aunque puede, en un momento dado, ser un cuadro que se presenta en forma abrupta, en una gran cantidad de casos, tal vez la mayoría de ellas se deben a situaciones asociadas que conviene dividir las en grupos tales como: exacerbación de dermatosis preexistentes, reacciones a drogas, linfomas cutáneos de células T, paraneoplasias, misceláneas entre las que estarían las eritrodermias ictiosiformes, el síndrome de Netherton y el de Canarian y, por último las idiopáticas, en las cuales no habría enfermedades previas ni historia familiar de dermatitis atópica, demostradas por clínica, dermatopatología e inmunohistoquímica.³ Otra situación importante es la

supervivencia de estos pacientes, la cual puede estar en algunos casos comprometida, por lo que algunos autores han llamado la eritrodermia como benigna o maligna cuando, en este último caso, es parte de los linfomas el síndrome de Sézary o la leucemia cutis.¹ En los llamados casos benignos se considera que la supervivencia es igual a la de la población en general.

En cuanto a las causas de las eritrodermias, podemos citar las siguientes:

Dermatosis preexistentes: dermatitis atópica, psoriasis, dermatitis seborréica, eczema palmoplantar vesiculoso, pitiriasis rubra pilar, dermatitis de contacto, ictiosis, pénfigo foliáceo. Estas pueden llegar a ser desde el 54% hasta el 75% de las causas.⁴

Reacciones a drogas: alopurinol, sales de oro, carbamazepina, fenitoína, quinidina, indinavir⁵, Diaminodienilsulfona (DDS) y sulfas en general, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o en aquellos casos en que hay interacciones con drogas de metabolismo similar como sulfas + antimocóticos imidazólicos o metrotexate + sulfas o colchicina. Estas pueden llegar a ser el 5% de todas las causas.

Linfomas cutáneos de células T: constituyen el 14% de todas las causas.

Paraneoplasias como carcinoma de pulmón, de estómago, de páncreas o de próstata, y son el 2% de las eritrodermias.

Del 14 al 27% de las causas son idiopáticas.²

La enfermedad se presenta en forma más frecuente en pacientes mayores de 60 años y se ha observado hasta los 86 años; es más frecuente en hombres con una proporción de 2:1, suele ser muy crónica y el

**Juan Guillermo Chalela MD, Jefe de Dermatología
Universidad El Bosque, Profesor Emérito Hospital
Militar Central, Santafé de Bogotá, D.C.**

promedio de enfermedad varía entre 2 semanas hasta 9 meses. Clínicamente, además del eritema generalizado, los pacientes suelen presentar linfadenopatías, edema duro y blando de las piernas, onicopatías, alopecia, lesiones en mucosa oral, genital o anal, hepatoesplenomegalia, taquicardia y hasta signos de insuficiencia cardíaca, renal o hipoxia. Es corriente encontrar en algunos casos fiebre hasta de 38°, aunque en los casos más severos y más graves podemos ver hipotermia y frío inmanejable. En los pliegues puede haber fisuras, descamación y en otros casos engrosamiento de la piel con microhemorragias purpúricas en toda el área. Los pacientes pueden estar asténicos, adinámicos o parecer un síndrome de falla multisistémica, lo cual hace necesario el manejo hospitalario de estos pacientes. En el rostro hay edema severo, fascies leonina, ectropión palpebral que puede llevar a complicaciones oftalmológicas, como xerostalmías y sinequias. En las mucosas hay queilitis, conjuntivitis, vulvovaginitis o inflamaciones de la mucosa anal con su correspondiente manifestación. Cuando el paciente empieza a mejorar, comienza por una descamación generalizada, gruesa y delgada, a menudo con una distribución en «regadera», siendo muy común ver descamación en guante y media de las manos y los pies respectivamente.⁵

Desde el punto de vista de laboratorio, la velocidad de sedimentación elevada es el hallazgo más común y está presente en un 98% de los casos. Esta sedimentación es por lo general mayor de 35 mm. Otros hallazgos son anemia normocítica normocrómica, a veces y según el estado del enfermo, se observa anemia ferropénica, ferritina elevada, leucocitosis no siempre presente, linfocitosis, eosinofilia y neutrofilia. En los casos atópicos la IgE está elevada, relación CD4/CD8 está alterada, aumento de transaminasas o de fosfatasa alcalina y de gammaglutamil transferasa en algunos casos de reacciones medicamentosas, hipoproteinemia relativa o severa, hipocalcemia, hiponatremia e hipocalemia.⁶

Las principales complicaciones de las eritrodermias son cardiovasculares, produciendo descompensación aguda con falla cardíaca causada por la deshidratación, la hipovolemia relativa y por trastornos hidroelectrolíticos.

Complicaciones infecciosas por el rascado y el daño epidérmico que permite la entrada de gérmenes, constituyéndose en la causa de muerte más común de estos enfermos. Complicaciones por el estado de postración, tales como escaras, tromboflebitis, tromboembolismo pulmonar y por el manejo médico inadecuado, (iatrogenia), especialmente con el uso de corticoides, inmunosupresores, tratamientos tópicos irritantes o sensibilizantes, especialmente cuando no son manejados por un dermatólogo entrenado en estos medicamentos. Se observan con relativa frecuencia complicaciones de tipo psiquiátrico derivadas del estado tan severo, tales como depresión, ansiedad y en algunos casos deseos de suicidio, por lo cual el dermatólogo debe tener presente el manejo de estos problemas.⁷

Debido al compromiso del 90% de la superficie cutánea, se derivan algunas alteraciones que es importante conocerlas, y para las cuales el dermatólogo debe tener un entrenamiento y una actitud de disponibilidad frente al paciente.

Alteraciones metabólicas. La respuesta metabólica secundaria a las alteraciones en la regulación de la termorregulación, a la exfoliación y a la presencia de citoquinas y de mediadores de respuesta de estrés es muy elevada y, por consiguiente, estos pacientes tienen una tasa muy alta en el metabolismo basal, que da lugar a un estado de hipercatabolismo reflejada en un aumento de la permeabilidad vascular, con la presencia de edemas y de un tercer espacio que puede llevar a derrames pleurales, disminución de la síntesis de albúmina, hipoinsulinismo y mayor resistencia periférica a la insulina y aumento de las pérdidas insensibles por la exfoliación y la exudación cutáneas. El hipercatabolismo se presenta por una acción de la Interleuquina 1 epidérmica, lo mismo que del factor de necrosis tumoral, las catecolaminas y las proteínas de estrés. Se eleva el consumo de energía, la glucosa sanguínea, hay glucosuria, pérdida de calorías y de líquidos y terminar en una acidosis metabólica relativa. Estas situaciones pueden llevar al paciente a la pérdida severa de peso.⁶

Trastornos hemodinámicos. La pérdida de agua por el daño epidérmico asociado con los edemas por permeabilidad capilar aumentada y la vasodilatación

periférica producen una hipovolemia con hipofunción renal, con oliguria, hiponatremia, hipercalemia (hiperaldosteronismo secundario), elevación de la creatinina y, por consiguiente, una falla renal orgánica que debe ser suplida rápidamente con la administración de líquidos. Toda esta situación más el aumento de flujo sanguíneo epidérmico propio de cualquier cuadro eritematoso, así como la hiperpirexia pueden llevar a una falla de «bomba» cardíaca, produciendo insuficiencia cardíaca de gasto alto, lo cual es fatal en pacientes ancianos ya con daño cardiovascular y es una complicación grave en los pacientes sanos cardiológicamente, siendo la principal causa de muerte en pacientes con eritrodermia.^{7,8}

Alteraciones inmunológicas. En estos pacientes hay elevación de interleuquina 1, factor de necrosis humoral alfa e interleuquina 6, todo explicado por el severo hipermetabolismo generalizado, así como a la presencia de proteínas de estrés. Todo lo anterior se refleja en disminución del recuento de CD4, predominio de CD8 en sangre periférica, disminución quimiotáctica de macrófagos o de leucocitos polimorfonucleares,

eosinofilia circulante, elevación de IgE y disminución del efecto citotóxico de células natural-killer. Con estas alteraciones inmunológicas, estos pacientes tienen más tendencia a la sobreinfección, complicando en muchos casos la situación.⁸

Alteración en la función barrera de la piel. Con la alteración de la epidermis la función barrera de la piel falla, y esto contribuye a provocar una serie de situaciones que se unen a las anteriormente citadas, tales como hipotermia, disfunción en la termorregulación, lo cual lleva a que la temperatura corporal dependa de la temperatura ambiental del paciente, pérdida de proteínas, de hierro, folatos, agua y electrolitos, mayor absorción por la piel de medicamentos tópicos y aumento del riesgo de infecciones.^{6,7}

TRATAMIENTO

Nosotros recomendamos el manejo hospitalario en la mayoría de los casos, especialmente por el riesgo de infecciones ambientales y porque el monitoreo de líquidos y de proteínas es mejor con un control cercano (Figura 1).

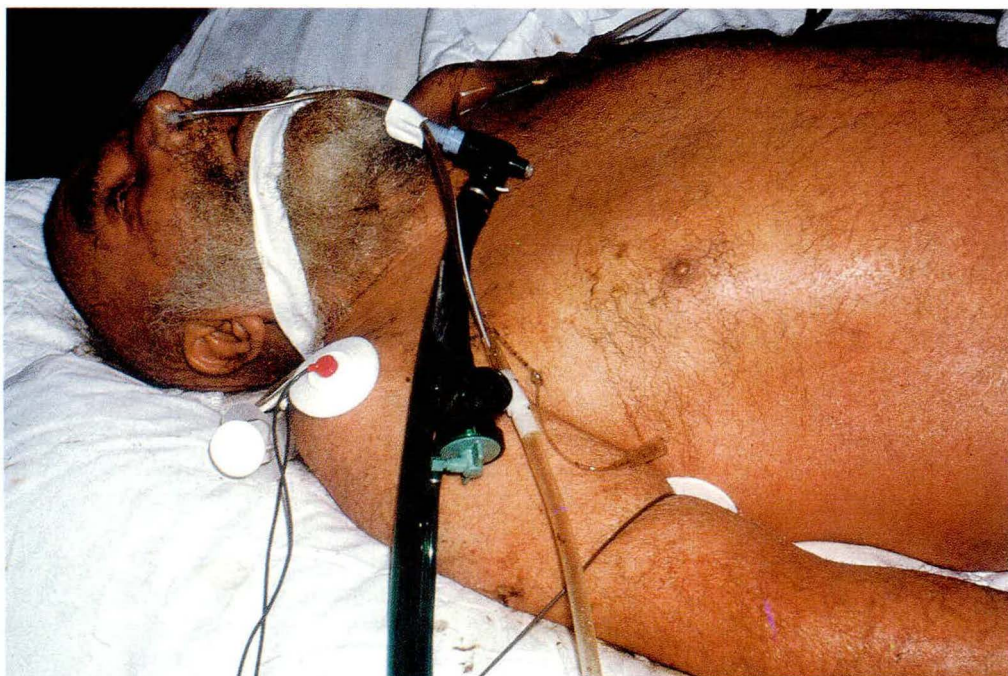


Figura 1
Manejo hospitalario de
paciente con
Eritrodermia

Para el tratamiento hay que tener en cuenta la edad del paciente y su estado previo a la aparición de la eritrodermia. El pilar del tratamiento depende del manejo que el dermatólogo haga de los cambios hemodinámicos y de la prevención de la sepsis. Es muy importante llevar un control del peso diario y de la temperatura, del balance de líquidos y de la dieta. Esta última debe ser siempre hiperprotéica, por vía oral preferiblemente, con un total de 3.500 calorías diarias y con 2 a 3 gramos de proteínas por kilo por día en los adultos, al igual que los líquidos, puesto que el uso de catéteres aumenta la posibilidad de infecciones. Debe controlarse la cantidad de orina que es más o menos de 50 cc por hora. El paciente debe estar internado en un sitio en que la temperatura ambiente sea entre 30-32 grados, para reducir la pérdida de calorías y la hipotermia. Si la temperatura aumenta, debe bajarse pronto para evitar el aumento del gasto energético del paciente. Si existe hiperglicemia, se debe usar insulina siempre y cuando el paciente tenga glucosuria positiva.^{8,9} La administración de cualquier medicamento, tanto por vía sistémica como por vía tópica, debe hacerse con cuidado, porque estos pacientes tienen una mayor absorción, debido a su hipermetabolismo, a su posible falla renal o a su estado de hipoalbuminemia. Aconsejamos, en algunos casos, utilizar anticoagulación preventiva con fenoxaparina o con heparina. Si se utilizan antibióticos, tener cuidado de

ajustar las dosis un poco menores, lo mismo que al usar metotrexate⁹⁻¹¹, debido a que estas drogas se pueden depositar en los edemas y hacer eliminación lenta de los mismos, aumentando los efectos secundarios de ellos. No usar alquitranes ni salicilatos, puesto que se aumenta la absorción con todos los efectos indeseables. No justificamos el uso de corticoides sistémicos ni de antihistamínicos, porque el prurito en estos casos no es de origen histamínico. En algunas ocasiones hemos usado antidepresivos tipo doxepina, cuando la situación así lo exija.⁴

Finalmente, hay que relieves que en aquellos casos en que se conoce la etiología de la eritrodermia la terapia será la indicada para cada caso.¹²

SUMMARY

The exfoliative dermatitis are a challenge to the Dermatologist in many cases, who must treat these entities. In the literature there is not much information about their causes, treatment and life expectancy for these patients, who sometimes suffer many complications that can be difficult to treat, this review reports the experience concerning these entities and some hints for their treatment.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sigurdsson V, Toonstra J, Hezemans-Boer M. Erythrodermia. A clinical and follow-up study of 102 patients, with special emphasis on survival. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35:53-57.
2. Pal S, Haroon TS. Erythrodermia: a clinico-etiological study of 90 cases. *Int J Dermatol* 1998; 37:104-107.
3. Domínguez PP, Aoki V, Millake RK et al. Eritrodermia: 247 casos. *Rev. Salud Públ. Brasil* 1995; 29:177-182.
4. Chalela JG. Eritrodermias. *Urgencias en Dermatología*. Lab. Schering Plough 199 (en prensa).
5. Rietsena WJ. Fever, erythrodermia, abdominal pain and renal failure following initiation of Indinavir therapy. *Clin Infect Dis* 1997; 25:1268-1269.
6. Puig L. Fisiopatología de las eritrodermias. *Piel*. 1994; 9:269-273.
7. García Patos Brione V. Cuidados intensivos en Dermatología. *Piel* 1992; 7:277-285.
8. Creamer D, Allen MH, Growers RW et al. Circulating vascular permeability factor vascular endothelial growth factor in erythrodermia (letter). *Lancet* 1996; 1101
9. Tomasini C, Aloï F, Solaroli C et al. Psoriatic erythrodermia: a histopathologic study of forty-five patients. *Dermatology* 1997; 194:102-106.
10. Boffa MJ, Chalmers RJ. Metrotexate for psoriasis. *Clin Experim Dermatol* 1996; 21:399-408.
11. Pozo-Román T, Velasco Vaquero E. Metrotexate. *Uso en Dermatología*. *Piel* 1998; 13:480-483.
12. Smith K, Decker C, Yeager J et al. Therapeutic efficacy of carbamazepine in a HIV-1 positive patient with psoriatic erythrodermia. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37:851-853.