

Guillermo A. Meneses-Ríos ^{1,2}, Juan J. Zorrilla-Ariza ³, Valentina Ulloa-Zuluaga ⁴, José M. Zorrilla-Ariza ⁴, Ana M. Robledo-Chavarriaga ^{2,5}

Afiliaciones institucionales

- ¹ Servicio de Cirugía Plástica, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- ² Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.
- ³ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi, Cali, Colombia.
- ⁴ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.
- ⁵ Especialista en Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

Autor responsable de la correspondencia
Juan J. Zorrilla-Ariza juanjosezorrillahuv@gmail.com



Eritema multiforme idiopático con extensión atípica del 60% de superficie corporal en un adulto joven

Introducción

El eritema multiforme (EM) es una patología inflamatoria aguda e inmunomediada poco común que afecta piel y mucosas. Típicamente, compromete menos del 10% de la superficie corporal. Surge por una reacción de hipersensibilidad, con una incidencia menor al 1% y un pico de aparición entre los 20 y 40 años. Describimos un caso atípico debido a su severa extensión (60%), lo que representó un importante desafío terapéutico.

Caso

Paciente masculino de 30 años, sin antecedentes, ingresó por un cuadro de 4 días de síntomas respiratorios y fiebre, seguidos de la aparición de lesiones eritemato-violáceas pruriginosas de progresión ascendente. Presentó múltiples lesiones "en diana", flictenas y ampollas con compromiso del 60% de la superficie corporal (extremidades, tronco y genitales), sin afectación mucosa. Tras causas infecciosas y cursar con marcadores inflamatorios fue trasladado a cuidados intermedios. La biopsia cutánea reveló hallazgos compatibles con EM. El manejo incluyó aislamiento, antibioterapia empírica y dos intervenciones por cirugía, el paciente evolucionó favorablemente hacia la epitelización completa.

La relevancia de este caso radica en su presentación altamente atípica: mientras el EM suele ser acral y comprometer menos del 10% del área de superficie corporal (ASC), el paciente exhibió pródromos seguidos de un compromiso del 60% de ASC con afectación en el tronco, pero sin afectación de mucosas. El diagnóstico se respaldó en la histopatología, la cual reveló acantosis, hiperqueratosis e infiltrado inflamatorio perivascular mixto, hallazgos concordantes con la literatura. Finalmente, aunque el tratamiento convencional es sintomático, la gravedad y la extensión del cuadro (>30% de ASC) justificaron el ingreso a cuidados críticos y un abordaje quirúrgico mediante escarectomía y dermoabrasión para proteger la barrera cutánea, evitar la desecación dérmica y prevenir la sobreinfección bacteriana.

Discusión

El EM se clasifica actualmente como una entidad independiente del SSJ y la NET, dividiéndose en EM menor y mayor según el grado de afección mucosa. Su etiología es principalmente infecciosa (40-90%), vinculada en gran medida al virus herpes simple (VHS), a diferencia de SSJ/NET que son mayormente farmacológicos; al descartarse otras causas en este paciente, se catalogó como idiopático, probablemente asociado a una infección subclínica por VHS.



Conclusiones

Este caso ilustra un compromiso dérmico excepcionalmente extenso para una entidad usualmente autolimitada, donde la indemnidad mucosa total contrasta con la gravedad del daño cutáneo. Ante la escasez de guías quirúrgicas para EM, la intervención oportuna de Cirugía Plástica (dermoabrasión y escarectomía) fue determinante para salvaguardar la viabilidad del lecho dérmico. El desbridamiento activo y las curaciones oclusivas previnieron eficazmente la sobreinfección bacteriana secundaria y la desecación tisular. Se subraya el desafío terapéutico de las variantes graves idiopáticas y la necesidad de colaboración continua entre dermatología, cuidados críticos y cirugía plástica.

Referencias

1. Khan P, Mudassar M, Abbas Baloch F, et al. SPECTRUM OF MORPHOLOGICAL CHANGES IN ERYTHEMATOUS MULTIFORME. Journal of Medical Sciences 2020; 28: 218-222.

2. Lerch M, Mainetti C, Terzioli Beretta-Piccoli B, et al. Current Perspectives on Erythema Multiforme. Clin Rev Allergy Immunol 2018; 54: 177-184.

3. Ramos de Fernández IC, Fernández Ramos MC. Eritema multiforme menor: A propósito de un caso. Arch Venez Pueric Pediatr 2016; 79: 139-142.

4. Villar García E, Casado de la Cruz L, Cerero Lapiedra R. Eritema multiforme: una posibilidad diagnóstica a considerar ante lesiones agudas de la mucosa oral. Cien dent (Ed impr) 2010; 7: 69-77.

5. Molina-Leyva A, Crespo-Lora V, Naranjo-Sintes R. Eritema multiforme: descripción de casos y variantes fenotípicas. SEMERGEN - Medicina de Familia 2015; 41: 232-234.

6. Carmen Gavalda Esteve C, Gavalda-Esteve CC, Eritema multiforme PRR. Revisión y puesta al día. RCOE 2004; 9: 415-423.

7. Samim F, Auluck A, Zed C, et al. Erythema Multiforme: A Review of Epidemiology, Pathogenesis, Clinical Features, and Treatment. Dent Clin North Am 2013; 57: 583-596.

8. Clark Huff J, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: A critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. J Am Acad Dermatol 1983; 8: 763-775.

9. de Risi-Pugliese T, Sbidian E, Ingen-Housz-Oro S, et al. Erythema Multiforme: Recognition and Management. Am Fam Physician 2019; 100: 82-88.

10. Asz-Sigall D, López-García L, Rojas-García P, et al. Eritema multiforme. EMC - Dermatología 2017; 51: 1-9.

11. Schneider G, Kachroo S, Jones N, et al. A systematic review of validated methods for identifying erythema multiforme major/minor/not otherwise specified, Stevens-Johnson Syndrome, or toxic epidermal necrolysis using administrative and claims data. Pharmacoevidemiol Drug Saf 2012; 21 Suppl 1: 236-239.

12. Newkirk RE, Fomin DA, Braden MM. Erythema Multiforme Versus Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis: Subtle Difference in Presentation, Major Difference in Management. Mil Med 2020; 185: e1847-e1850.

13. Soares A, Sokumbi O. Recent Updates in the Treatment of Erythema Multiforme. Medicina 2021; 57: 921.

14. García Fernández D, García-Patos Briones V, Castells Rodellas A. Síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica. Piel 2001; 16: 444-457.

15. Cartotto R. Atención en un centro de quemados a pacientes con síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica, en: Clínicas in Plastic Surgery. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2017: 583-595.