

Eritema multiforme mayor desencadenado por antimicrobianos

Big multiform erythema triggered by antimicrobials

Ronaldo de Carvalho Raimundo^I; Thiago de Santana Santos^{II}; José Paulo da Silva Filho^{III}; Daniela Guimarães de Melo Albert^{II}; Emanuel Dias de Oliveira e Silva^{IV}; Ana Cláudia Amorim Gomes^{VI}

^IEspecialista en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente. Facultad de Odontología (FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

^{II}Especialista en Cirugía Maxilofacial. Facultad de Odontología (FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

^{III}Doctor en Odontología. Facultad de Odontología (FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

^{IV}Especialista en Cirugía Maxilofacial. Profesor Adjunto. Facultad de Odontología (FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

^VEspecialista en Cirugía Maxilofacial. Profesor Adjunto. Facultad de Odontología (FOP/UPE). Recife, Pernambuco, Brasil.

RESUMEN

El eritema multiforme, aparece como una enfermedad sistémica con la participación de la piel y las membranas mucosas en relación con varios factores como las infecciones bacterianas o virales, y en particular la administración de drogas, analgésicos y antibióticos en general. Se presenta un paciente masculino de 29 años de edad con eritema multiforme mayor desencadenado por antimicrobianos con la aparición de lesiones vesiculares-buloso-ulcerosas en las regiones de los labios, encías, la lengua y la mucosa genital en tratamiento de una infección del tracto urinario con norfloxacino 400 mg por una semana. Fue realizado un tratamiento de soporte con el uso de colutorios para la higienización bucal y pomada a base de corticoide para protección de las úlceras, antihistamínicos y orientación nutricional de dieta líquida hipercalórica e hiperproteica. Este síndrome está caracterizado como un proceso eruptivo buloso agudo que compromete la calidad de vida del paciente y no hay pruebas de laboratorio específicas por lo que

su diagnóstico debe estar basado en la revisión minuciosa de la anamnesis y en los hallazgos clínicos.

Palabras clave: síndrome de Stevens-Johnson; eritema multiforme, enfermedades autoinmunes.

ABSTRACT

The multiform erythema appears as a systemic disease where skin and the mucous membranes have participation in relation to some factors such as bacterial or viral infections and in particular the drugs administration, analgesics and antibiotics in general. The aim of present paper was the presentation of case of big multiform erythema triggering by antimicrobials. Authors present the case of a male patient aged 29 with appearance of ulcerous bullous-vesicular lesions in lips, gums, tongue and genital mucosa under treatment with 400 mg norfloxacin due to urinary tract infection for a week. We made support treatment using mouthwashes for oral hygiene and corticoids ointment for ulcer protection, antihistaminics and nutritional guiding of a hypercaloric and hyperprotein liquid diet. This syndrome is characterized as an acute bullous eruptive process involving the patient's quality of life and there are not specific laboratory tests thus its diagnosis must to be based on a highly detailed review of anamnesis and the clinical findings.

Kew words: Stevens-Johnson syndrome, multiform erythema, autoimmune diseases.

INTRODUCCIÓN

El eritema multiforme (EM) fue descrito por primera vez por Hebra, en 1866 como una condición relativamente benigna caracterizada por lesiones cutáneas, distribuidas simétricamente.¹ Actualmente es descrito como una enfermedad mediada inmunológicamente, desencadenada por drogas o infecciones, con características clínicas de bulas y ulceraciones en mucosas y piel.² El EM puede ser clasificado en cuatro situaciones clínicas, como: eritema multiforme menor (EMm); eritema multiforme mayor (EMM), síndrome de Stevens-Johnson (SJS) y necrolisis epidérmica tóxica (TEN) o enfermedad de Lyell.¹ El EM también se considera que sea un grupo de lesiones inflamatorias agudas con diferentes presentaciones clínicas.³

El EMM o síndrome de Stevens-Johnson es caracterizada por reacciones mucocutáneas potencialmente fatales que resultan de hipersensibilidad a factores precipitantes variados, como infecciones por virus, hongos, bacterias, enfermedades de tejido conjuntivo, neoplasias malignas, vacunas y múltiples medicamentos.⁴ La mucosa oral, mucosa genital, labios y conjuntiva son las principales regiones comprometidas. El síndrome de Stevens-Johnson no presenta etiología conocida, probablemente es oriunda de un desorden inmunológico, con el involucramiento de vasos superficiales, que resulta en un proceso patológico,⁵ por lo tanto, las principales causas han sido atribuidas a las drogas.⁶

Este trabajo informa un caso de eritema multiforme mayor en un paciente masculino de 29 años de edad en el tratamiento de la infección del tracto urinario con de uso Norfloxacin.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 29 años de edad, brasilero, con color de piel pardo que acudió a la clínica estomatológica con queja principal de heridas en la boca asociadas a demasiado dolor. En la anamnesis relató el antecedente que cinco días antes había aparecido una bula de sangre en la mucosa labial superior, que provocó escozor inicialmente y después se rompió y apareció en varias partes de la boca, como en la mucosa yugal derecha y labio inferior, con las mismas características y en seguida pasó a la mucosa yugal izquierda, lengua y paladar ([Fig. 1A](#)). Todo el cuadro clínico asociado a fiebre. Relató aun que hizo uso una semana antes de norfloxacin 400 mg, un medicamento antibiótico de administración oral, indicado en las infecciones del tracto urinario después de haber tenido relaciones sexuales hace tres semanas al presentar ardor y lesión en el pene ([Fig. 1B](#)). Las lesiones de la boca surgieron después del uso de esta medicación. Al examen físico intrabucal se evidenció una importante lesión ulcerada en toda la mucosa bucal asociada a la formación de bulas hemorrágicas ([Fig. 1C](#)) que reventaron y su revestimiento se desprendía a la simple distensión de los tejidos en el momento de la separación para la visualización de las estructuras anatómicas de la boca y orofaringe. La sintomatología dolorosa, asociada a sialorrea intensa por la estimulación de las glándulas salivales imposibilitó la manutención de una buena higiene, necesaria para la cicatrización de las lesiones. Fue realizada una biopsia incisional en las regiones de la mucosa yugal, lengua, labio superior e inferior, paladar duro y blando y posteriormente encaminado al laboratorio de patología oral, donde se obtuvo como resultado un proceso inflamatorio inespecífico, compatible con mucositis inmunológicamente mediada (eritema multiforme). Posterior fue instituido un tratamiento de soporte con el uso de colutorios para la higienización bucal y pomada a base de corticoide para protección de úlceras, antihistamínico oral (Cetirizina 10 mg), además de orientación nutricional de dieta líquida hipercalórica e hiperproteica. El paciente fue acompañado por veinticinco días hasta la remisión de las lesiones de boca ([Fig. 2A, 2B](#)).

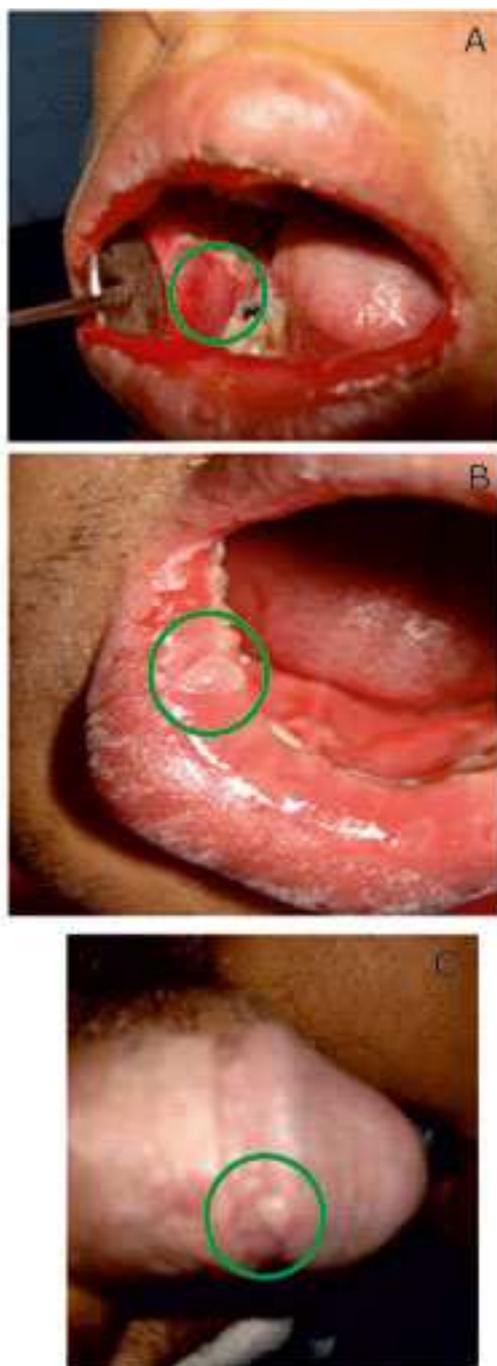


Fig 1. A. Lesión ulcerada en labios y en mucosa yugal derecha. B. Bulas hemorrágicas en labio inferior. C. Lesión en el pene.



Fig. 2. Seguimiento a los veinticinco días con remisión de las lesiones de boca. A. Mucosa yugal derecha. B. Labios.

DISCUSIÓN

Como etiología, la literatura relata numerosos agentes, particularmente los virus, especialmente el virus del herpes simple (HSV), sin embargo otros virus del herpes (varicela zoster, citomegalovirus, Epstein-Barr), adenovirus, enterovirus, virus de la hepatitis, influenza, poliomielitis y viruela han sido implicados. Una variedad de otros agentes infecciosos menos citados como algunas bacterias y parásitos también son descritos. Condiciones inmunes, como vacunación contra hepatitis B y BCG, sarcoides, enfermedad del injerto *versus* hospedero, poliartritis nodosa y lupus eritematoso sistémico, pueden estar implicados.⁷

Hubo ausencia de alteraciones oculares que, según *Sotozono y Col.*,⁸ ocurren en más de 50 % de los individuos comprometidos por el síndrome. Aún no se observaron lesiones en la piel a lo largo del cuerpo del paciente, el que también desacerda de *Vanfleteren y Col.*,⁵ que relataron ser comunes las lesiones dermatológicas en pacientes portadores del SSJ. En el caso reportado, se puede observar el involucramiento del glande del pene, corroborado por *Falcão y Col.*²

La conducta de acompañar la evaluación de este caso, a partir de la anamnesis fue decisiva para el diagnóstico definitivo y de acuerdo con el procedimiento adoptado por *Isik y Col.*⁹ y el comportamiento inmunológico del paciente favoreció la remisión completa de las lesiones. Sin embargo, en algunos casos, puede ser necesario el uso de medicamentos, como corticoesteroides o antivirales, especialmente en casos donde hay dolor y disfagia. La cicatrización espontánea puede ocurrir entre 2 y 3 semanas en los casos de EMM y 6 semanas en el EMM.¹⁰ Existe ausencia de tratamiento específico sugerido por la literatura, por lo que los cuidados generales y el tratamiento sintomático son importantes. Una dieta líquida y terapia con fluidos intravenosos pueden ser necesarias. Antivirales como el aciclovir, pueden ser prescritos en dosis de 400 a 1 000 mg diarios, inicialmente por 5 días, a partir de las primeras señales de la infección. Casos de EMM pueden responder la terapia con corticoesteroides tópicos. Sin embargo, la corticoterapia sistémica puede ser indicada en casos de EMM,¹¹ asociada o no a drogas inmunomoduladoras, como se empleó en el caso reportado.

CONCLUSIONES

Este síndrome está caracterizado como un proceso eruptivo buloso agudo que compromete la calidad de vida del paciente y no hay pruebas de laboratorio específicas por lo que su diagnóstico debe estar basado en la revisión minuciosa de la anamnesis y en los hallazgos clínicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Johani KA, Fedele S, Porter SR. Erythema multiforme and related disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;5(103):642-54.
2. Falcão PGCB, Santos TS, Avelar RL, Antunes AA, Pita Neto IC, Dourado E. Síndrome de Stevens-Johnson associada ao uso de antimicrobiano. *RGO.* 2008;3(56):337-40.
3. Carneiro SCAS, Segundo, AVL, Leal, AVL, Vasconcelos BCE, Cardoso MSO. Eritema multiforme: relato de caso clínico. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Facial.* 2008;2(8):49-54.
4. Cockey GH, Amann ST, Reents SB, Lyncteh JW Jr. Stevens Johnson syndrome resulting from whole-brain radiation and phenytoin. *Am J Clin Oncol.* 1996;19(1):32-4.
5. Vanfleteren I, Gysel DV, De Brandt C. Stevens-Johnson syndrome: a diagnostic challenge in the absence of skin lesions. *Pediatr Dermatol.* 2003;20(1):52-6.
6. Fritsch PO, Maldonado RR. Stevens-Johnson syndrome-toxic epidermal necrolysis. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in General Medicine.* 4th ed. New York: McGraw-Hill; 1993:644-54.
7. Ayangco L, Rogers RS. Oral manifestations of erythema multiforme. *Dermatol Clin.* 2003;21:195-205.
8. Sotozono C, Ang PKL, Koizumi N, Higashihara H, Ueta M, Inatomi T, et al. HLA class I and II gene polymorphisms in Stevens-Johnson syndrome with ocular complications in Japanese. *Ophtalmol.* 2007;20(10):1-9.
9. Isik SR, Karakaya G, Erkin G, Kalyoncu AF. Multidrug-induced erythema multiforme. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2007;3(17):196-8.
10. Katz J, Livneh A, Shemer J, Danon YL, Peretz B. Herpes simplex-associated erythema multiforme (HAEM): a clinical therapeutic dilemma. *Pediatr Dent.* 1999;2:359-62.
11. Scully C, Bagan J. Oral mucosal diseases: Erythema multiforme. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;46:90-5.

Recibido: 1ro. de octubre de 2009.
Aprobado: 15 de diciembre de 2009.

Dr. *Ronaldo de Carvalho Raimundo*. Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE. Av. General Newton Cavalcanti, 1650. Bairro: Tabatinga, Código postal: 54753-220, Camaragibe-Pernambuco, Brasil. Teléfono: 55 81 87121279. E-mail: thiago.ctbmf@yahoo.com.br