



MEDISAN

E-ISSN: 1029-3019

comite.medisan@infomed.sld.cu

Centro Provincial de Información de  
Ciencias Médicas de Camagüey  
Cuba

Téllez Céspedes, Nancy; Jacas Portuondo, Ana Lucía; Tablada Robinet, María Elena;  
López Osorio, Danisela; Estrada Ortiz, René Oscar  
Experiencia trienal en el tratamiento del eritema multiforme  
MEDISAN, vol. 12, núm. 4, 2008  
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey  
Santiago de Cuba, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445249009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"

## Experiencia trienal en el tratamiento del eritema multiforme Triennial experience in the treatment of multiple erythema

MsC. Nancy Téllez Céspedes,<sup>1</sup> MsC. Ana Lucía Jacas Portuondo,<sup>1</sup> MsC. María Elena Tablada Robinet,<sup>2</sup>  
Dra. C. Danisela López Osorio<sup>3</sup> y Dr. René Oscar Estrada Ortiz<sup>4</sup>

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 38 pacientes de ambos sexos con eritema multiforme, ingresados en el Servicio de Dermatología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba en el trienio 2005 – 2007, con vista a determinar las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad, que fue diagnosticada en 2,67 % de todos los afectados y hospitalizados por diferentes dermatopatías durante ese período. En la casuística predominó el eritema multiforme menor como forma clínica (81,6 %), fundamentalmente en las mujeres (57,6 %) y en las personas de 60 y más años. En 44,8 % de los integrantes de la serie no se pudo identificar la causa del padecimiento.

Descriptores: ERITEMA MULTIFORME/DIAGNÓSTICO; ERITEMA MULTIFORME/EPIDEMIOLOGÍA; PACIENTES INTERNOS

Límites: HUMANO MASCULINO; HUMANO FEMENINO

### ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional and retrospective study of 38 patients of both sexes with multiforme erythema, admitted at the Dermatology Service of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital from Santiago de Cuba was carried out in the triennium 2005 - 2007, aimed at determining the clinical and epidemiologic characteristics of the illness, which was diagnosed in 2,67% of all those affected and hospitalized by different dermatopathies during that period. The minor multiforme erythema prevailed as clinic form (81,6%), fundamentally in women (57,6%) and in people of 60 years and over. In the 44,8% of the cases the cause of this disorder could not be identify.

Subject heading: ERYTHEMA MULTIFORME/DIAGNOSIS; ERYTHEMA MULTIFORME/EPIDEMIOLOGY; INPATIENTS

Limits: HUMAN MALE; HUMAN FEMALE

El eritema multiforme (EM) o eritema polimorfo es un síndrome de hipersensibilidad originado por múltiples factores de evolución aguda, que además de afectar piel y mucosas, se caracteriza por un polimorfismo de lesiones, entre las cuales tiene como prototipo la semejante a una diana o iris.<sup>1, 2</sup>

Además de que puede desarrollarse como una enfermedad crónica recurrente, provoca lesiones cutáneas eritematobulosas de varios tipos o afecta las mucosas pluriorificiales en forma vesiculoampollar.<sup>3-6</sup> En cuanto a la clínica, típicamente se distingue entre una manifestación menor o recurrente y otras mayores que incluyen los síndromes de Stevens-Johnson y de Lyell o necrólisis epidérmica tóxica, respectivamente;<sup>7-9</sup> aunque para algunos autores<sup>10-13</sup> se trata de afecciones diferentes.

Se cataloga como una reacción inflamatoria aguda, autolimitada, con diversos niveles de gravedad y variado conjunto sintomático. El concepto actual se bifurca en 2 direcciones: o existen 2 grupos de enfermedades que se superponen, uno de los cuales es benigno y causado primariamente

por agentes infecciosos e incluye al eritema multiforme menor (de von Hebra); o hay un eritema multiforme mayor, más grave y más comúnmente generado por fármacos, que corresponde al síndrome Stevens-Johnson.<sup>3</sup>

El eritema multiforme puede aparecer a cualquier edad, con predominio en pacientes jóvenes, sobre todo entre la segunda y tercera décadas de la vida. También puede presentarse en niños, pero es raro, particularmente en la primera infancia.<sup>1, 4</sup>

La incidencia se estima entre 1 - 1,4 casos anuales por cada un millón de habitantes; y la del síndrome de Stevens-Johnson oscila probablemente en esa misma magnitud (1-3 casos por cada millón de habitantes por año).<sup>5</sup>

Su origen se vincula con factores predisponentes como infecciones por virus. El más frecuente es por herpes simple, pero también por hepatitis o mononucleosis infecciosa.<sup>5</sup> Se ha demostrado mediante métodos de reacciones de polimerasa en cadena, la presencia de ácido desoxirribonucleico (ADN) del virus del herpes simple en las lesiones cutáneas y también se ha hallado el ADN viral en las células epiteliales por métodos de hibridación *in situ*. Asimismo, se han descrito como factores causantes de la infección, tanto el *Mycoplasma pneumoniae* como el consumo de determinados medicamentos.<sup>5-7</sup>

El eritema multiforme menor (forma más leve y frecuente) es originado principalmente por infecciones virales herpéticas (herpes simple) o *Mycoplasma pneumoniae* y solo en 1 % por productos farmacéuticos.<sup>8</sup> La erupción se produce en el término de 12 a 24 horas y en la mitad de los casos hay un pródromo similar a una infección de las vías respiratorias altas. Las lesiones cutáneas típicas son máculas rojo-azuladas, con 3 anillos concéntricos denominados en diana o arco de tiro y una ampolla central, si bien pueden estar afectadas las mucosas. Cuando las lesiones se localizan inicialmente en la cara extensora de las extremidades y dorso de las manos, es más probable que la génesis sea de tipo infeccioso; pero cuando se distribuyen más ampliamente en el tronco, suelen atribuirse a efectos medicamentosos. Cura sin dejar secuelas, pero un tercio de los pacientes puede experimentar recurrencias.<sup>9, 10</sup>

De hecho, 20 % de los eritemas multiformes afecta a niños y adultos jóvenes; su inicio es "abrupto", con fiebre alta y síntomas prodrómicos intensos. Se observan lesiones cutáneas en el tronco, similares al eritema multiforme menor, pero más extensas y necrosantes. Daña gravemente a más de 2 mucosas y ocasiona erosiones costrosas profundas en los labios; su evolución es más prolongada, especialmente con fármacos de vida media más larga y sus manifestaciones clínicas duran entre 3 - 6 semanas.<sup>11</sup>

El diagnóstico es clínico por la presencia de las lesiones en diana; pero en casos dudosos está indicada la biopsia, que no se considera patognomónica.<sup>12</sup>

Las formas menores de eritema multiforme desaparecen espontáneamente en alrededor de 3 semanas sin secuelas. La aplicación del tratamiento puede mejorar el cuadro sintomático y acortar la evolución del proceso; pero las formas mayores suelen ser mortales o causar graves secuelas. La tasa de mortalidad para el síndrome de Stevens-Johnson se sitúa entre 1 y 5%, según distintos autores. La existencia de una gran extensión de zonas desnudas, la edad avanzada, la insuficiencia renal concomitante y la afectación pulmonar empeoran el pronóstico.<sup>13, 14</sup>

Motivados por estas investigaciones nos propusimos realizar este estudio para determinar las características clínicas de esta afección en los pacientes ingresados en nuestro servicio en los últimos 3 años.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 38 pacientes de ambos sexos con eritema multiforme, ingresados en el Servicio de Dermatología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba en el trienio 2005 - 2007, con vista a determinar las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad.

Los datos se recogieron de la base de datos del Departamento de Dermatología y de las historias clínicas de los pacientes, los cuales fueron archivados en una planilla previamente elaborada por los autores. Se utilizó el porcentaje como medida de resumen y los resultados se expusieron en tablas de una y dos entradas.

## Resultados

En la **tabla 1** se aprecia que en el 2005 hubo mayor número de casos atendidos (12 para 55,3 %) y el grupo etario predominante fue el de 60 años y más (10 para 26,4 %) seguido por el de 26 -30 años (9 para 23,7%).

Tabla 1. *Pacientes según años en que ingresaron y grupos etarios*

Edad	Año 2005		Año 2006		Año 2007		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
19 - 20	1	2,6	-	-	-	-	1	2,6
21 - 25	3	7,9	-	-	-	-	3	7,9
26 - 30	7	18,4	1	2,6	1	2,6	9	23,7
31 - 35	-	-	-	-	2	5,3	2	5,3
36 - 40	2	5,3	-	-	2	5,3	4	10,5
41 - 45	-	-	1	2,6	2	5,3	3	7,9
46 - 50	1	2,6	-	-	-	-	1	2,6
51 - 55	2	5,3	1	2,6	1	2,6	4	10,5
56 - 60	-	-	-	-	1	2,6	1	2,6
60 y más	5	13,2	2	5,3	3	7,9	10	26,4
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>55,3</b>	<b>5</b>	<b>13,2</b>	<b>12</b>	<b>31,5</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

En cuanto al sexo cabe destacar que prevalecieron las féminas 22(58,0%) y entre las formas clínicas el eritema multiforme menor 31(81,6 %).

Al identificar las causas que desencadenaron la afección se comprobó que en 46 % de la muestra resultaron desconocidas, en 12 (32 %) fue provocada por medicamentos, 8 (19%) tenían infección, entre ellos 4 con herpes simple, lo cual constituyó motivo de reingreso en 2 pacientes en más de dos ocasiones en el año, con signos de eritema multiforme menor y uno incluido en otra causa (3%).

## Discusión

La aparición del eritema multiforme es más frecuente en personas de 20-40 años, aunque puede darse a cualquier edad y en ambos sexos, sobre todo entre la segunda y tercera décadas de la vida.<sup>1, 2, 14</sup> También puede aparecer en niños, principalmente en la primera infancia.<sup>14, 15</sup>

En nuestro estudio hubo un mayor número de féminas afectadas (57,9%) resultado que no coincide con los de otros autores, quienes han encontrado que el eritema multiforme predomina ligeramente en el sexo masculino<sup>1, 8, 12</sup> con una proporción que oscila entre 3:2 a 2:11.<sup>16</sup>

Entre las formas clínicas prevaleció el eritema multiforme menor, lo cual coincide con los datos a nivel mundial, donde se recoge, según Nanda et al,<sup>13</sup> que la mayor incidencia es de 0,8 - 6,0 por millón y año.

La causa de esta afección es desconocida aunque en muchos casos aparece vinculado a factores predisponentes como infecciones por virus. El más frecuente es el herpes simple (VHS), pero también por hepatitis o mononucleosis infecciosa. Se ha demostrado por métodos de reacciones de polimerasa en cadena (PCR) la presencia de DNA del VHS en las lesiones de la piel y también se ha hallado el DNA viral en las células epiteliales por métodos de hibridación in situ.<sup>17</sup> Asimismo, se han descrito como factores desencadenantes la infección por *Mycoplasma pneumoniae* y el consumo de medicamentos.<sup>12, 18, 19</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Ayangco L, Sheridan PJ, Rogers RS. Erythema multiforme secondary to herpes simplex infection: a case report. J Periodontol 2001; 72:953-7.
2. Marinho LHM, Haj M, Pereira LFM. Lip adhesion. An unusual complication of erythema multiforme. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999; 88:167-9.

3. Rodríguez Vázquez M, Ortiz de Frutos J, del Río Reyes R, Iglesias Díez L. Eritema exudativo multiforme inducido por tetracepam. *Med Clin* 2000; 115:359.
4. Fernández García JR, Alcaraz Vera M, Ruiz Jiménez MA, Rodríguez Murillo JM, Hens Pérez A. Eritema multiforme. *Rev Esp Pediatr* 2000; 56:202-5.
5. Holmstrup P. Non-Plaque-Induced Gingival Lesions. *Ann Periodontol* 1999; 4:20-9.
6. Hernández G, Arriba de la Fuente L, Lucas M. Enfermedades ampollosas de la mucosa bucal. Características diferenciales clínicas, histológicas e inmunológicas. *Medicina Oral* 1999; 4:528-51.
7. Lineberry MTW, Peters CGE, Bostwick JM. Bupropion-Induced erythema multiforme. *Clin Proc* 2001; 76:664-6.
8. León Ruiz L, Morales Larios E, Díaz Ricomá N, Jiménez Alonso J. Úlceras orales y rash eritematopapuloso en varón de 17 años. *Rev Clin Esp* 2003; 203:491-2.
9. Ayangco L, Rogers RS. Oral manifestations of erythema multiforme. *Dermatol Clin* 2003; 21:195-205.
10. Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, Correia O, Schröder W, Roujeau JC. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiforme majus, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis. Results of an international prospective study. *Arch Dermatol* 2002; 138:1019-24.
11. García Doval I, Roujeau JC, Cruces Prado MJ. Necrólisis epidérmica tóxica y síndrome de Stevens-Johnson: clasificación y actualidad terapéutica. *Actas Dermosifiliogr* 2000; 91:541-51.
12. Bowers KE. Oral Blistering Diseases. *Clinics in Dermatology* 2000; 18:513-23.
13. Nanda S, Pandhi D, Reddy BSN. Erythema multiforme in a 9-day-old neonate. *Pediatric Dermatology* 2003; 20:454-5.
14. Ahmed I, Reichenberg J, Lucas A, Shehan JM. Erythema multiforme associated with phenytoin and cranial radiation therapy: A report of three patients and review of the literature. *Int J Dermatol* 2004; 43:67-73.
15. Pandhi D, Singal A, Agarwal P. Rowell's syndrome and associated antiphospholipid syndrome. *Clinical and Experimental Dermatology* 2004; 29:22-4.
16. Melde SL. Ofloxacin: A Probable Cause of Toxic Epidermal Necrolysis. *Ann Pharmacother* 2001;35:1388-90
17. Scully C, Diz Dios P. Orofacial effects of antiretroviral therapies. *Oral Diseases* 2001;7:205-10.
18. Calzavara-Pinton PG, Venturini M, Capezzer R, Zane C, Facchetti F. Photosensitive erythema multiforme and erythema multiformelike polymorphous light eruption. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2003; 19:157-9.
19. Manzur Katrib J, Díaz Almeida J G, Cortés Hernández M, Regalado Ortiz González P, Sagaro Delgado B, Abreu Daniel A, et. Al. *Dermatología. La Habana:Editorial Ciencias Médicas, 2002; 123-33.*

Dirección particular: B-42, apto 5 Distrito José Martí

Dirección electrónica: [nancytc@hospclin.scu.sld.cu](mailto:nancytc@hospclin.scu.sld.cu)

Recibido: 22 de agosto del 2008

Aprobado: 19 de septiembre del 2008

<sup>1</sup> **Especialista de I Grado Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Dermatología. Máster en Medicina Bioenergética y Natural**

<sup>2</sup> **Especialista de I Grado en Dermatología. Máster en Medicina Bioenergética y Natural**  
**Hospital "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"**

<sup>3</sup> **Especialista de II Grado en Dermatología. Doctora en Ciencias Médicas**  
**Hospital "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"**

<sup>4</sup> **Especialista de I Grado en Dermatología**  
**Hospital "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"**

Experiencia trienal en el tratamiento del eritema multiforme

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Téllez Céspedes N, Jacas Portuondo AL, Tablada Robinet ME, López Osorio D, Estrada Ortiz RC. Experiencia trienal en el tratamiento del eritema multiforme. [artículo en línea] MEDISAN 2008;12(4). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12\\_4\\_08/san09408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san09408.htm)>[consulta: fecha de acceso].