

# Eritrodermia adquirida en un adulto

## *Acquired erythroderma in an adult*

Lucy Bartolo<sup>1</sup>, Jenny Valverde<sup>2</sup>, Percy Rojas<sup>3</sup>, Dora Vicuña<sup>4</sup>

### RESUMEN

La eritrodermia o dermatitis exfoliativa, es un raro desorden cutáneo inflamatorio, en el cual, la presencia de eritema y descamación comprometen más del 90% de la superficie corporal. Puede originarse a partir de múltiples dermatopatías congénitas o adquiridas y ha mostrado ser potencialmente fatal. El presente caso corresponde al de un paciente varón de 53 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, con tiempo de enfermedad de 6 meses presentando placas eritematoescamosas en cara y cuero cabelludo, las cuales paulatinamente se distribuyen de manera generalizada en piel y se asocian a prurito y pérdida progresiva de peso. Tras su hospitalización, se evidencia además, linfadenopatía generalizada, anemia, hipoalbuminemia y eosinofilia moderada. Se le realizó biopsias de piel y ganglio linfático inguinal, habiendo sido informadas como compatibles con Psoriasis y Linfadenopatía dermatopática, respectivamente.

**Palabras clave:** *Eritrodermia; adulto; psoriasis*

Dermatol Perú 2010; 20(1) 116-120

### ABSTRACT

Erythroderma or exfoliative dermatitis is a rare cutaneous inflammatory disorder in which erythema and scaling involve more than 90% of the body surface. It can be originated by several congenital or acquired skin conditions and shows a fatal potential. This case belongs to a male of 53 years old, with erythematous scale plaques initiated in the face and scalp that then turned into a generalized distribution during 6 months,

associated to a progressive weight loss and itch. During his hospitalization, we found generalized lymphadenopathy, anemia, hypoalbuminemia and moderated eosinophilia. Skin and lymphatic biopsies informed Psoriasis and Dermopathic Lymphadenopathy respectively.

**Key words:** *Erythroderma; adult; psoriasis.*

### INTRODUCCIÓN

La eritrodermia o dermatitis exfoliativa, es una dermatopatía inflamatoria que afecta más del 90% de la superficie corporal, representando un estado extremo de irritación cutánea expresado en extenso eritema y descamación.<sup>1,2</sup> Fue descrita por primera vez en 1868 por Hebra<sup>3</sup>, como la presentación morfológica de una amplia variedad de enfermedades cutáneas; pudiendo ser su origen hereditario, adquirido o sin causa discernible.<sup>4</sup> Clínicamente, su instalación puede darse de manera aguda o insidiosa.<sup>3</sup> Afecta con

1. Médico Residente de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) - Universidad Nacional de Trujillo.
2. Médico Jefe del Servicio de Dermatología HRDT. Profesora del Departamento de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.
3. Dermatólogo asistente del Servicio de Dermatología HRDT. Profesor del Departamento de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.
4. Dermatóloga asistente del Servicio de Dermatología HRDT. Profesora del Departamento de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.

Recibido: 12-04-2010

Aceptado: 29-04-2010

mayor frecuencia al sexo masculino que al femenino mostrando una relación de 2.3/1<sup>5</sup> a 4/1<sup>6</sup> en los adultos; en comparación con los niños, 0.89/1<sup>7</sup>. La edad promedio de aparición de esta enfermedad en adultos varía entre 41 a 61 años<sup>4</sup> y en niños 3.3 años.<sup>7</sup> La correlación clínicopatológica resulta difícil debido a que las características específicas de las dermatosis subyacentes relacionadas se encuentran enmascaradas por las propiedades no específicas de la eritrodermia.<sup>6,8</sup> Ésta ha mostrado ser potencialmente fatal debido principalmente a sus complicaciones, reportándose una tasa de mortalidad de 18 a 64%<sup>9</sup>. De allí que, el diagnóstico etiológico y su manejo específico resultan apremiantes.

## CASO CLÍNICO

Varón de 53 años de edad, comerciante, natural y procedente de la ciudad de Trujillo – Perú, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Ingresa al Servicio de Dermatología del HRDT, con un tiempo de enfermedad de 6 meses, la cual inició con placas eritematoescamosas en cara y cuero cabelludo, que paulatinamente se distribuyeron de manera generalizada en piel, asociadas a prurito moderado y pérdida progresiva de peso (aproximadamente 15 Kg en 45 días). Debido a compromiso extenso de piel, se decide su hospitalización.

Al examen general: Funciones vitales estables, deshidratado, mal estado nutricional (Índice de Masa Corporal = 18 kg/m<sup>2</sup> SC), en los aparatos respiratorio y cardiovascular no se encontraron alteraciones; en el abdomen no se evidenciaron visceromegalias ni masas. A la evaluación de ganglios linfáticos, se palparon adenomegalias múltiples a nivel axilar e inguinal bilateral; así como, supraclavicular derecha no asociadas a dolor.

Al examen preferencial: Eritema y descamación generalizada, comprometiendo más del 90% de la superficie corporal. Escamas gruesas, blancoamarillentas, fácilmente desprendibles. Exfoliación intensa en palmas y plantas, con presencia de secreción purulenta, mal oliente en las primeras. (Figura 1 y 2)

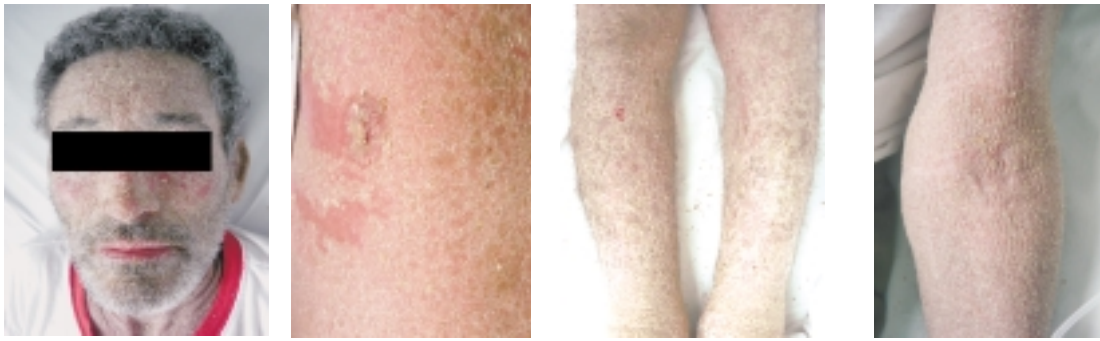
En cuanto a los exámenes auxiliares, el hemograma evidencia anemia normocítica, hipocrómica, eosinofilia moderada e

hipoalbuminemia. Perfil hepático dentro de límites normales, ELISA para VIH, HTLV-1, anticuerpos para Hepatitis B y C: negativos. Radiografía de tórax: sin alteraciones. Ecografía abdominopélvica: Hiperplasia benigna de próstata I/III. Examen directo para ácaros: Negativo.

Para la evaluación histopatológica, se tomaron 3 muestras de piel de diferentes áreas corporales evidenciándose en la epidermis: paraqueratosis focal, presencia de microabscesos de Munro, acantosis regular, hipogranulosis y áreas de adelgazamiento suprapapilar. En dermis superficial, proliferación y ectasia de capilares tortuosos, melanófagos e infiltrado inflamatorio linfocítico intersticial y perivascular; así como, presencia de algunos eosinófilos. Siendo compatible con Psoriasis (Figura 3). Mientras que la biopsia de ganglio inguinal fue informada como Linfadenopatía Dermopática (Figura 4).

## DISCUSIÓN

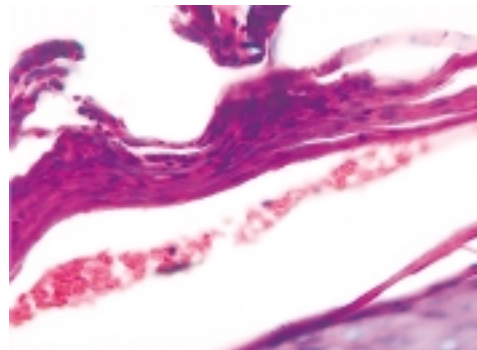
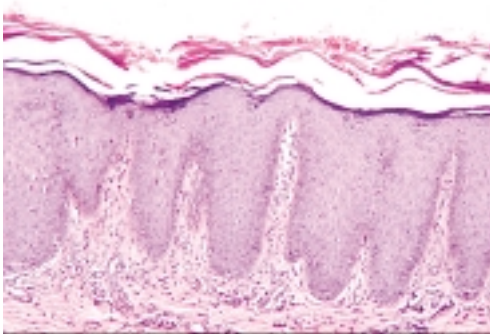
La eritrodermia exfoliativa es considerada una patología cutánea rara<sup>10</sup>, reportándose una incidencia anual que varía entre 0.9 casos por 100 000 personas en los países bajos<sup>11</sup> a 35 por 100 000, en la India.<sup>12</sup> Su forma adquirida aparece a los 50 años de edad en promedio, mostrando predominancia por el género masculino<sup>5</sup>. Puede instalarse de manera súbita, aguda o insidiosa según su etiología. Ésta incluye a múltiples y diferentes patologías que, en la mayoría de casos, resultan clínicamente indistinguibles en estado eritrodérmico.<sup>4</sup> En adultos es más comúnmente causada por psoriasis (23%), dermatitis espongiótica (20%), reacción de hipersensibilidad a fármacos (15%) y linfoma cutáneo de células T o síndrome de Sézary (5%). En un 20% de casos no es posible identificar la etiología subyacente clasificándola; por tanto, como idiopática. Entre otras causas menos comunes se incluyen enfermedades vesicoampollares, de tejido conectivo, infecciones y neoplasias.<sup>1,5,13</sup> La eritrodermia inicia con máculas eritematosas acompañadas de prurito que progresivamente se extienden y coalescen llegando a comprometer casi toda la superficie corporal. La descamación profusa asociada, suele aparecer 2 a 6 días tras la instalación del eritema, clásicamente a nivel de flexuras.<sup>1,11</sup>



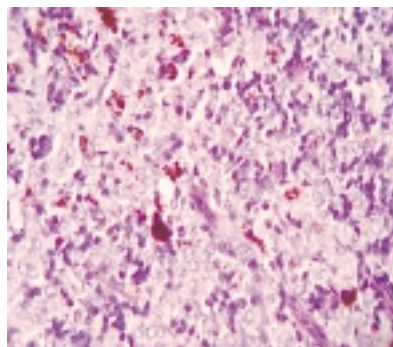
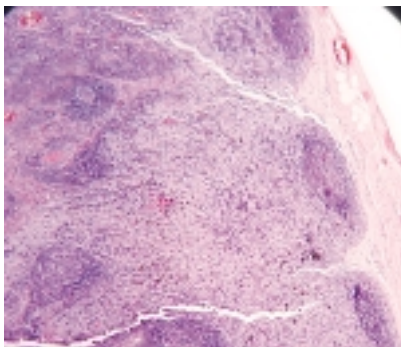
**FIGURA 1:** Eritema y descamación generalizada en adulto.



**FIGURA 2:**  
Queratodermia y exfoliación palmar.



**FIGURA 3:** Biopsia de piel: Acanthosis epidérmica regular con paraqueratosis focal, microabscesos de Munro e infiltrado inflamatorio linfocítico con algunos eosinófilos en dermis superficial, compatible con psoriasis.



**FIGURA 4:** Biopsia de ganglio inguinal: Folículos linfoides que contienen múltiples melanófagos, melanina y eosinófilos, compatible con Linfadenopatía dermopática.

Las uñas se pueden ver alteradas, encontrando: onicolisis, hiperqueratosis subungueal, paroniquia, líneas de Beau y ocasionalmente, onicomadesis. La inflamación cutánea periorbitaria puede llevar a ectropión y epifora.<sup>1</sup> En más del 80% de casos de eritrodermia adquirida, se observa queratodermia palmo-plantar, la cual ha sido señalada por algunos autores como signo clínico predictivo de psoriasis.<sup>7,12</sup> La pérdida de cabello difusa en estos pacientes, parece encontrarse relacionada con la severidad y duración de la eritrodermia.<sup>1,3</sup>

Del mismo modo, es frecuente hallar linfadenopatía generalizada en más de un tercio de casos, recomendándose la realización de biopsia ganglionar en nódulos linfáticos prominentes.<sup>1,2</sup> Hepatomegalia, edema pretibial, esplenomegalia y ginecomastia podrían también ser observados.<sup>1,2</sup> La tasa metabólica basal se encuentra incrementada, llevando al paciente a una pérdida significativa de peso en el tiempo.<sup>1,5</sup> Y los disturbios termorreguladores se expresan en estados de hipertermia o menos frecuentemente en hipotermia; reflejando de esta manera, que todos los sistemas corporales podrían ser afectados por estas manifestaciones.<sup>1,5</sup> Las alteraciones más comunes en exámenes de laboratorio incluyen anemia leve, leucocitosis, eosinofilia, hipoalbuminemia, IgE y velocidad de sedimentación incrementadas.<sup>3,11,14</sup> Mientras que la pérdida constante de fluidos podría producir alteraciones hidroelectrolíticas y dañar la función renal.<sup>1</sup> La correlación clinicopatológica en la eritrodermia, resulta difícil de establecer ya que las características específicas de las dermatosis relacionadas con su etiopatogenia suelen quedar enmascaradas por esta condición. La evaluación histopatológica de muestras cutáneas sólo resulta útil en establecer el diagnóstico etiológico de la eritrodermia en el 45-65% de casos.<sup>1,2,5</sup>

El pronóstico de la eritrodermia depende de su causa, mostrando un curso de rápida resolución en las reacciones de hipersensibilidad a fármacos ante el retiro de estos. Y un curso gradual en las formas generalizadas de dermatopatías primarias.<sup>11,14</sup> Se ha reportado una tasa de mortalidad que varía de un 18 a 64%.<sup>11</sup> De allí que, estos casos deberían ser considerados emergencias dermatológicas<sup>2</sup>, procurando llegar a su etiología en el más corto plazo, con el fin

de brindar un tratamiento específico y oportuno. Presentamos este caso para ilustrar que la eritrodermia puede ser causada por múltiples patologías, llegando a ser complicado o casi imposible la diferenciación clínica de dichas entidades en estado eritrodérmico. Sin olvidar que, la psoriasis es la enfermedad inflamatoria cutánea que con más frecuencia origina estos cuadros.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración del Dr. Víctor Requena Fuentes por su aporte en el estudio histopatológico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grant-Kels J, Bernstein M, Rothe M. Exfoliative Dermatitis. In: Wolff K, Goldsmith S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. New York: Mc Graw Hill; 2008. p. 1068-1087.
2. Sehga V, Srivastava G, Sardana K. Erythroderma/exfoliative dermatitis : a synopsis. *Int J Dermatol* 2004;43: 39- 47
3. Pal S, Haroon T. Erythroderma: a clinico-etiological study of 90 cases. *Int J Dermatol* 1998; 37:104-7.
4. Rothe M, Bialy T, Grant-Kels J. Erythroderma. *Dermatologic Clinics* 2000;18:189-3
5. Karakayli G, Beckham G, Orengo T, et al. Exfoliative dermatitis. *Am Fam Physician* 1999; 59: 625-30.
6. Botella-Estradas R, Sanmartin O, Oeiver V, et al. Erythroderma – a clinical pathological study of 56 cases. *Arch Dermatol* 1994; 130: 1503-7.
7. Sarkar R, Sharma RC, Koranne RV, et al. Erythroderma in children – a clinico-etiological study. *J Dermatol* 1999; 26:507-11
8. Leclerc-Mercier S, Bodemer C, Bourdon-Lanoy E, Larousse F, Hovnanian A, Brousse N et al. Early skin biopsy is helpful for the diagnosis and management of neonatal and infantile erythrodermas. *J Cutan Pathol* 2010; 37: 249-55.
9. Morar N, Dovla N, Gupta A, Naidoo D, Aboobaker J, Ramdial P. Erythroderma: A comparison between HIV positive and negative patients. *Int J Dermatol* 1999;38:895-900.
10. Sigurdsson V, Steegmans PH, VanVloten WA. Incidence of erythroderma – a survey among all dermatologists in the Netherlands. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 675-8.
11. Sehgal VN, Srivastava G. Exfoliative dermatitis – a prospective study of 80 patients. *Dermatologica* 1986; 173: 278-84.

12. Benmously Mlika R, Mokni M, Zouari B et al. Erythroderma in adults: a report of 80 cases. *Int J Dermatol* 2005; 44: 731-5.
13. Khaled A, Sellami A, Kharfi M, Zeglaoui F, Kamoun M. Acquired erythroderma in adults: a clinical and prognostic study. *J EADV* 2010; 24 : 781-8.
14. Sigurdsson V, Toonstra J, Hezemans-Boer M, et al: Erythroderma: A clinical and follow-up study of 102 patients, with special emphasis on survival. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35 : 53-7.

**CORRESPONDENCIA:**

Lucy Angélica Bartolo Cuba  
Servicio de Dermatología. Hospital Regional Docente  
de Trujillo  
Av. Mansiche 795, Trujillo, Perú  
Tel: 0051(44) 949009502  
E-mail: dra\_lbartolo@yahoo.com