

## *La piel roja como signo de compromiso vital*

### *La eritrodermia, un reto diagnóstico y terapéutico*

*Marta González Sabín*

*Facultativo Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología  
Servicio de Dermatología. Hospital del Oriente de Asturias  
Arriondas. Principado de Asturias. España  
e-mail: [martagonzalezsabin@gmail.com](mailto:martagonzalezsabin@gmail.com)*

Desde el punto de vista etimológico, "eritrodermia" significa simplemente piel roja. Clínicamente, sin embargo, el término eritrodermia o dermatitis exfoliativa define un estado patológico en el que la piel de la mayor parte de la superficie cutánea presenta datos de eritema y descamación, siendo necesaria la afectación de al menos el 90% de la superficie corporal para realizar un diagnóstico de eritrodermia. Este proceso fue descrito por primera vez por Von Hebra en 1868. Los términos de eritrodermia y dermatitis exfoliativa han sido clásicamente empleados como sinónimos, aunque actualmente es el primer término, eritrodermia, el que se prefiere y se utiliza con mayor frecuencia.

La eritrodermia supone un importante reto para el clínico, ya que puede ser la manifestación clínica de una gran variedad de enfermedades cutáneas o sistémicas o relacionarse con un gran número de fármacos. Esta dificultad para establecer un diagnóstico etiológico preciso, es el motivo de que, en no pocos casos, se aplique el término de "eritrodermia idiopática", aludiendo a la imposibilidad de determinar su origen con precisión. Adicionalmente, el riesgo de sobreinfecciones secundarias, compromiso respiratorio o cardiovascular, y el riesgo añadido asociado a los tratamientos sistémicos que con frecuencia empleamos para el control de la enfermedad, motivan que este cuadro sea considerado una urgencia der-

## *La eritrodermia, un reto diagnóstico y terapéutico*

matológica y uno de los mayores desafíos al que se enfrenta el dermatólogo en su práctica clínica habitual.

La incidencia real de la eritrodermia es desconocida, oscilando entre 1 y 72 casos por 100.000 pacientes dermatológicos al año, y afecta a todos los grupos de edad, siendo más frecuente entre la 4ª y la 6ª décadas de la vida. Las mayores incidencias se observan en los países asiáticos, probablemente en relación con el uso frecuente de preparados medicinales a base de plantas, y en hombres, con una relación de 2 a 4 varones afectados por cada mujer.

Las eritrodermias pueden ser clasificadas en 4 grupos distintos en función de su etiología: las relacionadas con dermatosis previas, las asociadas a fármacos, las que aparecen en relación con enfermedad neoplásica y un cuarto grupo que incluye aquellas cuya causa es desconocida o no son agrupables en los grupos anteriores.

El primer grupo, las eritrodermias relacionadas con la exacerbación de enfermedades cutáneas preexistentes, se considera el grupo más numeroso, atribuyéndose más de la mitad de las eritrodermias a esta causa. Existen múlti-

ples dermatosis que pueden desembocar en este cuadro, siendo con mucha diferencia la psoriasis la causa más prevalente. Otras enfermedades cutáneas implicadas con menor frecuencia son la dermatitis atópica, la dermatitis de contacto, la dermatitis seborreica, la sarna noruega y algunas enfermedades del tejido conectivo como la dermatomiositis y el lupus eritematoso subagudo.

El segundo grupo, que engloba aquellas eritrodermias cuyo origen está en relación con el uso de fármacos, está en aumento en los últimos años, probablemente en relación con el importante aumento del número productos comercializados. Existe un grupo muy amplio de fármacos al que se ha atribuido el desarrollo de dermatitis exfoliativa, tanto por su empleo vía sistémica como por su uso exclusivamente por vía tópica, algunos de uso tan habitual como el ácido acetilsalicílico, el alopurinol y algunos agentes anticonvulsivantes, antihipertensivos, antibióticos y calcio antagonistas. Es importante conocer que no sólo deben considerarse como "fármacos sospechosos" aquellos de reciente introducción, ya que es posible que este cuadro se asocie a un tratamiento que el paciente tomaba de forma crónica.

### *La eritrodermia, un reto diagnóstico y terapéutico*

El tercer grupo incluye a todas aquellas eritrodermias relacionadas con procesos neoplásicos subyacentes. Un curso clínico insidioso con mala respuesta a tratamiento, la ausencia de historia de dermatosis preexistente o la presencia de un síndrome general acusado en el paciente, deben hacernos sospechar la posibilidad de una eritrodermia de este grupo. La incidencia de malignidad en pacientes con eritrodermia oscila en torno al 1%. Existen múltiples neoplasias que pueden manifestarse en forma de eritrodermia, siendo de lejos el linfoma cutáneo de células T el proceso oncológico que con mayor frecuencia se halla implicado. Otras neoplasias hematológicas y viscerales como las de laringe, tiroides, pulmón, esófago, vesícula biliar, estómago, colon, trompas de Falopio y próstata han sido implicadas.

El cuarto grupo incluye aquellas eritrodermias no clasificables en los tipos anteriores, incluyéndose en este grupo casos de etiología muy variada (VIH, enfermedad injerto contra huésped, dermatofitosis, hepatitis, insuficiencia renal, inmunodeficiencias, histoplasmosis, lupus, dermatomiositis, tirotoxicosis y sarcoidosis) y casos cuya etiología permanece desconocida a pesar de la realización de un estudio exhaustivo.

En general la eritrodermia, independientemente de su causa, se va a manifestar en forma de prurito intenso y placas eritematosas que progresivamente van aumentando de tamaño y confluyendo hasta ocupar casi toda la superficie corporal. La piel estará color rojo brillante, seca, caliente e indurada al tacto (Figura 1), y tras varios días de eritema, comenzará una



Figura 1 Eritrodermia idiopática.

descamación más intensa en las áreas de flexión. Adicionalmente es habitual encontrar queratodermia palmo-plantar, epífora y ectro-

### *La eritrodermia, un reto diagnóstico y terapéutico*

pión si está afectada el área periocular, afectación ungueal, abundante caída de cabello y ciertas manifestaciones clínicas que pueden orientar hacia el diagnóstico etiológico, como la presencia de placas psoriasiformes típicas. De manera casi invariable se manifiestan síntomas sistémicos como fiebre, taquicardia, poliadenopatías, hepatomegalia y esplenomegalia. Además, habitualmente presentan un proceso conocido como poiquilotermita, que es la fluctuación de la temperatura interna en función de la temperatura ambiental, hecho que está en relación con el aumento del flujo sanguíneo cutáneo secundario a la vasodilatación permanente de los vasos dérmicos en los pacientes eritrodérmicos. Esta intensa vasodilatación periférica, se va a relacionar adicionalmente con una menor resistencia periférica al flujo sanguíneo, siendo por tanto preciso un mayor trabajo cardíaco para el mantenimiento de la presión arterial. Este hecho puede precipitar la aparición de insuficiencia cardíaca o isquemia coronaria en pacientes con historia de cardiopatía previa.

El estudio analítico es una clara traducción del desbalance del metabolismo corporal en estos pacientes, siendo frecuente encontrar datos

de anemia, linfocitosis o linfopenia, eosinofilia, elevación de velocidad de sedimentación globular, hipoproteinemia, alteraciones electrolíticas, elevación de urea, creatinina, ácido úrico, Ig E e hipergammaglobulinemia policlonal.

La biopsia cutánea, una herramienta fundamental de diagnóstico para el dermatólogo, sólo muestra datos concluyentes entre un 53-66% de los pacientes, aumentando la rentabilidad diagnóstica si se toman simultáneamente varias biopsias de diferentes localizaciones anatómicas. La limitada utilidad del estudio histopatológico choca con la necesidad de un diagnóstico etiológico preciso que permita instaurar un tratamiento curativo, convirtiéndose por lo tanto la historia clínica en una herramienta de oro en el estudio etiológico de las eritrodermias. Por ello, en todos los casos debe realizarse una historia clínica detallada orientada especialmente a la investigación de la existencia de dermatosis previas y a la toma de nuevos fármacos u otros productos de medicina tradicional que pudieran hallarse relacionados con el proceso. A pesar de la realización de un estudio exhaustivo, aproximadamente en un 25% de los casos no se llega al

### *La eritrodermia, un reto diagnóstico y terapéutico*

diagnóstico etiológico, clasificándolos de este modo en el grupo de eritrodermias idiopáticas. La eritrodermia es una urgencia dermatológica que generalmente requiere la hospitalización del paciente y un tratamiento precoz a fin de evitar la aparición de complicaciones graves. Los objetivos iniciales del tratamiento serán la introducción de una terapia de soporte para mantener el equilibrio hidroelectrolítico y nutricional, el mantenimiento de la temperatura corporal y la humedad con vendajes y apósitos húmedos, evitar el rascado, suprimir posibles factores agravantes o desencadenantes y tratar en los casos en los que sea posible, la causa subyacente. El paciente debe permanecer en una habitación con temperatura agradable y constante y debe realizarse un seguimiento estrecho de la temperatura corporal, el balance hídrico, los iones y las proteínas plasmáticas. Asimismo el paciente debe ser evaluado diariamente para la detección precoz de complicaciones como sobreinfecciones o insuficiencia cardíaca. En general se recomienda la retirada inmediata de todos aquellos fármacos que no sean totalmente imprescindibles y la aplicación diaria de corticoides tópicos en vehículo emoliente tras el baño, siempre

teniendo en cuenta el mayor porcentaje de absorción sistémica de cualquier tratamiento tópico al estar completamente alterada la función barrera de la piel. Los antihistamínicos de primera generación se emplean habitualmente para el control del prurito y los antibióticos sólo estarían indicados en aquellos casos que se sospeche o demuestre un proceso infeccioso. Es recomendable una dieta hiperproteica (130% del contenido habitual de proteínas de la dieta) y suplementos de folatos. Pero el tratamiento definitivo de las eritrodermias será aquel dirigido de forma específica a la enfermedad subyacente, motivo por el cual el curso de las eritrodermias idiopáticas suele ser más insidioso, con períodos de mejoría y empeoramiento recidivantes.

El pronóstico de la eritrodermia va a estar determinado por la causa subyacente. Aunque actualmente la mortalidad de la eritrodermia ha descendido de forma dramática, desde un 20-60% en publicaciones antiguas hasta cifras próximas al 0% en la actualidad en casos no asociados a patología tumoral, continúa siendo una patología grave y urgente que con frecuencia desemboca en una evolución fatal en pacientes ancianos pluripatológicos y que

## *La eritrodermia, un reto diagnóstico y terapéutico*

requiere ingreso urgente y manejo cuidadoso en una unidad especializada para prevenir la aparición de complicaciones graves como sepsis, insuficiencia cardíaca o síndrome de distrés respiratorio agudo.

### **Más información en:**

Boada A, Domingo H, Ribera M. Eritrodermia. Piel. 2007; 22:7-12.

Okoduwa C, Lambert WC, Schwartz RA, et al. Erythroderma: review of a potentially life-threatening dermatosis. Indian J Dermatol. 2009; 54:1-6.

Rothe MJ, Bernstein ML, Grant-Kels JM. Life-threatening erythroderma: diagnosing and treating the "red man". Clin Dermatol. 2005; 23:206-17.

Sehgal VN, Srivastava G, Sardana K. Erythroderma/exfoliative dermatitis: a synopsis. Int J Dermatol. 2004; 43: 39-47.

Los autores de este artículo declaran no tener conflicto de intereses