

DERMOGRAFISMO ASOCIADO A POSIBLE REACCIÓN ALÉRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

DERMOGRAPHISM ASSOCIATED WITH POSSIBLE ALLERGIC REACTION. THE REPORT OF A CASE

Autores/as:  Carlos Naveiras-Fernández ^{(1) (*)};  Patricia Pilar Fernández-Rico ⁽²⁾.

(1) Redactor asociado. Revista Enfermería Dermatológica.
(2) Unidad de Calidad. Área Sanitaria de Ferrol.

Contacto (*): carlosnaveirasfernandez@gmail.com

Fecha de recepción: 14/02/2024
Fecha de aceptación: 24/04/2024

Naveiras-Fernández C, Fernández-Rico PP. Dermografismo asociado a posible reacción alérgica. A propósito de un caso. *Enferm Dermatol.* 2024;18(51): e01-e03. DOI: 10.5281/zenodo.11097072

RESUMEN:

La dermatografía sintomática (urticaria facticia) es un tipo de urticaria crónica inducible que afecta hasta a un 5% de la población. Se caracteriza por la aparición de erupciones y ronchas en la piel, acompañadas o no de prurito, como resultado de la aplicación de un roce, rascamiento, frotamiento o fricción sobre ella. Se presenta un caso clínico de dermatografismo sintomático en un varón joven, que debuta con diagnóstico diferencial de reacción alérgica medicamentosa. La evolución fue favorable, con seguimientos por la consulta de alergología, tratamiento oral ambulatorio y autocuidados.

Palabras clave: Dermografismo; Dermatografismo; Urticaria facticia; Urticaria dermatográfica; Cuidados de enfermería.

ABSTRACT:

Symptomatic dermatography (factitious urticaria) is a type of inducible chronic urticaria that affects up to 5% of the population. It is characterized by the appearance of rashes and hives on the skin, accompanied or not by itching, as a result of rubbing, scratching, rubbing or friction applied to it. A clinical case of symptomatic dermatographism is presented in a young man, who debuts with a differential diagnosis of allergic drug reaction. The evolution was favorable, with follow-ups through the allergy consultation, outpatient oral treatment and self-care.

Keywords: Dermographism; Factitious urticaria; Dermatographic urticaria; Nursing care.

INTRODUCCIÓN:

La urticaria facticia o dermatográfica, también denominada dermatografismo o dermatografismo, se trata de una de las urticarias inducibles más comunes. Clínicamente se define como un eritema lineal que se produce en la piel normal

(líneas elevadas e inflamadas sobre la epidermis) al trazar una línea de presión tangencial sobre ella con un objeto romo, ya sea con una uña o con un utensilio específico (lápiz, estilete, etc.). Este eritema persiste unos minutos y luego desaparece sin que se produzcan efectos secundarios⁽¹⁾.

Dentro del dermatografismo, existen dos tipos básicos⁽²⁾: dermatografismo simple y dermatografismo sintomático. Este último, diagnosticado al paciente, es el más frecuente y, a diferencia del primero, se caracteriza por el desarrollo de urticaria en la piel con pruriginosidad.

El dermatografismo sintomático se manifiesta en un 2-5% de la población general⁽³⁻⁵⁾, considerándose una de las formas más frecuentes de urticaria, pues representa un 7-10% de todos los casos de erupciones cutáneas e hinchazón⁽⁵⁾. La causa que provoca esta patología es desconocida, pero se supone que está involucrada la liberación de mediadores vasoactivos de los mastocitos cutáneos. Se han demostrado niveles elevados de histamina sérica después de un episodio de ronchas^(2,6).

En este artículo se desarrolla el caso clínico de un paciente varón diagnosticado de dermatografismo sintomático, abordando sus antecedentes, la evolución del caso y el tratamiento aplicado.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

Antecedentes:

Varón de 22 años sin antecedentes alérgicos medicamentosos conocidos, ni otros datos de interés. La madre refiere que de pequeño se le solía poner la piel eritematosa con el agua caliente en la ducha. También observa brote demográfico según estado anímico, asociado sobre todo a procesos emocionales, tales como ansiedad o estrés. Tras un ingreso hospitalario en 2022, al término de una intervención quirúrgica, se le diagnostica un episodio de exantema y rash cutáneo en hemitórax y hombro derecho, presentando dos

CASO CLÍNICO

lesiones maculares de aprox. 1x1 y 2x2 mm periumbilicales cerca del área del apósito quirúrgico impregnado de povidona yodada (betadine®), y que es coincidente con campo quirúrgico; no presentando otras lesiones en el resto de la superficie corporal, por lo que es atendido en interconsulta por Alergología para su seguimiento, con sospecha de posible reacción alérgica al tratamiento (betalactámicos iv y povidona yodada tópica).

Evolución y tratamiento:

Se realiza seguimiento en consultas externas de Alergología. Durante varios meses se le realizan al paciente una serie de pruebas para comprobar si las lesiones dermatológicas eran realmente fruto de una reacción alérgica a los medicamentos anteriormente expuestos. Para llevar a cabo el procedimiento, el paciente es citado en diferentes fechas en la consulta de Alergología con motivo de efectuar estas pruebas.

- El 02/08/2022, el paciente se somete a unas pruebas alérgicas realizadas con betalactámicos, en prick e intradermoreacción con: penicilina G, ampicilina, amoxicilina, amoxicilina/ácido clavulánico y cefuroxima. El resultado es negativo en lectura inmediata y retardada. Control histamina positivo.

- El 04/08/2022, el paciente acude de nuevo a consulta para someterse a una prueba de exposición oral controlada con amoxicilina/ácido clavulánico (875/125 mg). La tolerancia es buena, sin incidencias inmediatas. Al día siguiente, el paciente acude nuevamente a la consulta por presentar desde la mañana placas eritematosas en el cuello y en la espalda (Imagen 1). Una vez en consulta, las marcas de la espalda ya han desaparecido. El paciente no refiere que fueran muy pruriginosas. En consulta, tras la provocación de un roce en la piel con un lápiz, se vislumbra la posibilidad de la existencia de un dermatografismo muy positivo. Finalmente, la exposición al antibiótico resulta negativa, habiendo una compatibilidad de las lesiones con urticaria facticia.



Imagen 1. Placas eritematosas en la espalda compatibles con urticaria facticia (Fuente: imagen propia).

- El 08/11/2022, el paciente, tras acudir a Urgencias por un proceso febril, acaba siendo ingresado en el centro hospitalario de referencia para explorar y determinar la causa de esta sintomatología. Durante el ingreso, el paciente sufre un nuevo episodio exantemático tras iniciar antibioterapia con ciprofloxacino y clindamicina. Se observan lesiones macropapulares confluyentes, no pruriginosas, en cuello, miembros superiores y tronco (Imagen 2); resolviéndose con la administración de metilprednisolona 60 mg + 5 mg de dexclorfeniramina maleato. Desde este momento, el paciente queda pendiente de nuevo estudio por Alergología.



Imagen 2. Lesiones macropapulares confluyentes, no pruriginosas, en cuello y hombro derecho. (Fuente: imagen propia).

- El 10/10/2022, se retoman las pruebas alérgicas, en este caso, realizadas con cefalosporinas, en prick e intradermoreacción con: cefazolina, cefuroxima, ceftriaxona, ceftazidima, cefotaxima y cefepima. El resultado termina siendo negativo en lectura inmediata y retardada. Este mismo día, también se realiza prueba con Betadine®. El resultado inmediato es negativo. El paciente continúa aplicándolo durante los tres días siguientes, cada 12 horas; no obstante, el resultado se mantiene negativo.

- El 23/01/2023, se realiza Prick intradermoreacción con clindamicina y ciprofloxacino, dando negativo en lectura inmediata y retardada. Control histamina positivo.

- El 05/06/2023, el paciente se somete a una prueba de exposición intravenosa controlada con cefazolina (2 g). La tolerancia es buena, sin existencia de incidencias inmediatas y retardadas.

- El 12/06/2023, el paciente se somete a una prueba de exposición oral controlada con ciprofloxacino (500 mg). La tolerancia es buena, sin existencia de incidencias inmediatas y retardadas.

- El 19/06/2023, el paciente se somete a una última prueba de exposición oral controlada, en este caso con clindamicina (300 mg). La tolerancia es buena, sin existencia de incidencias inmediatas y retardadas.

Este último día (19/06/2023), el paciente recibe el alta de la consulta de Alergología, tras dar negativas todas las pruebas

medicamentosas. El diagnóstico definitivo es dermatografismo sintomático, con tratamiento ambulatorio de cetirizina 10 mg cada 24 horas mientras precise, en caso de nuevo episodio de picor/eritema/ronchas.

Plan de cuidados:

Los diagnósticos NANDA-I prevalentes para este caso clínico fueron:^(7,8)

- 00047-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00304-Riesgo de lesión por presión en el adulto.

Los resultados de salud NOC relacionados fueron: ⁽⁸⁾

- [1902] Control del riesgo:
 - o [190201] Reconoce los factores de riesgo personales; medición Escala 13.
 - o [190204] Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas; medición Escala 13.

Las principales acciones enfermeras NIC llevadas a cabo fueron: ⁽⁸⁾

- [6610] Identificación de riesgos.
- [5395] Mejora de la autoconfianza
- [3590] Vigilancia de la piel

CONCLUSIONES:

Unos buenos autocuidados son la base para prevenir la sintomatología⁽⁹⁾. El paciente manifiesta un leve dermatografismo, que no parece afectar a su calidad de vida. Está sin tratamiento y no precisa de consultas dermatológicas ni alérgicas. El/la profesional de enfermería debe valorar el alivio del prurito y/o minimización de las erupciones dermatográficas, así como dar apoyo emocional y psicológico, entre otros cuidados. Asimismo, el propio paciente, como forma de prevención, resulta conveniente que se observe a sí mismo, es decir, su propio cuerpo, para poder identificar el brote y poder así prevenirlo y/o minimizarlo en el futuro.

CONFLICTOS DE INTERESES:

Los/as autores/as declaran no tener conflicto de intereses y que no han recibido ningún tipo de ayuda económica en relación al caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Real Academia Nacional de Medicina [Internet]. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011 [consultado 24/04/2024]. Diccionario de términos médicos. Dermatografismo. Disponible en <https://dtme.ranm.es/index.aspx>
2. Dice J, González-Reyes E. Physical (inducible) forms of urticaria. UpToDate. 2024 [actualizado 07/10/2022; consultado 24/04/2024]. Disponible en: <https://uptodate.com> [acceso con login].
3. Breathnach SM, Allen R, Ward AM, Greaves MW. Symptomatic dermatographism: natural history, clinical features laboratory investigations and response to therapy. Clin Exp Dermatol. 1983; 8:463-76.
4. Schoepke N, Mlynek A, Weller K, Church MK, Maurer M. Symptomatic dermatographism: an inadequately described disease. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015; 29(4):708-12. doi: 10.1111/jdv.12661.
5. muyinteresante.es [Sede web]. Madrid: Zinet Media Global SL; 2024. [actualizado 24/10/2019, consultado 24/04/2024]. Romero S. ¿Qué es el dermatografismo? Disponible en: <https://www.muyinteresante.es/salud/21248.html>
6. Garafalo J, Kaplan AP. Histamine release and therapy of severe dermatographism. J Allergy Clin Immunol. 198; 68(2):103-5. doi: 10.1016/0091-6749(81)90166-4.
7. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo C, editoras. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. (12ª edición). Barcelona: Elsevier España; 2021.
8. NNN Consult [web]. Barcelona: Elsevier. [citado 28 de abril 2024]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.accedys.udc.es/> (acceso con login).
9. Naveiras-Fernández C, Rumbo-Prieto JM. Conocimientos y cuidados de la urticaria facticia o dermatográfica. Revisión clínica. Enferm Dermatol. 2023;17(49): 24-30. DOI:10.5281/zenodo.830645.