



## 160/1228 - ERITEMA EXUDATIVO MULTIFORME

R. Mota Santana<sup>a</sup> y J. Díaz Aguado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Se trata de una dermatosis aguda con lesiones cutáneas características y de variable afectación, causada por inmunocomplejos que pueden ser desencadenados por múltiples causas (infecciones víricas, bacterianas, fúngicas, medicamentos, etc.). Las lesiones clínicas características son polimorfas e incluyen máculas, pápulas y lesiones vesículo-ampollosas, con inicio brusco, sin fase prodrómica, que suelen ser bilateral y simétrica. Conocer los detalles clínicos del eritema exudativo multiforme y diagnóstico diferencial. Niño de 7 años de edad sin antecedentes de interés que acude por lesiones eritematosas con ampollas, asintomáticas en cara, tronco y genitales. Refiere presentar cuadro catarral desde hace una semana, medicado con Paracetamol y Amoxicilina que inicio hace cuatro días. No presenta lesiones palmoplantares ni en mucosas.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración física presenta ampollas con poco halo inflamatorio eritematoso-maculares y erimato-marronáceas en las localizaciones referidas. Signo de Nikolsky negativo. Evolutivo: Se inició tratamiento con corticoides sistémico durante 5 días y una crema de corticoide durante tres días, el niño en el momento actual presenta mejoría con desaparición casi completa de las lesiones. Diagnóstico final: Tras descartar los diagnósticos diferenciales planteados a continuación, se confirmó la sospecha de eritema exudativo multiforme.

**Diagnóstico diferencial:** Impétigo ampolloso. Ampollas flácidas de contenido purulento que se rompen con facilidad y erosiones superficiales que se cubren de costras marrones. Afecta cara, extremidades y pliegues. Vasculitis urticariforme. Erupción compuesta por la asociación de pápulas y placas de aspecto urticaria acompañada de sensación de dolor o quemazón. En ocasiones hiperpigmentación postinflamatoria. Eritema multiforme mayor (sd. Stevens-Johnson). Pápulas o vesiculoampollas y erosiones superficiales cubiertas por fibrina en mucosa, cara, cuello y tronco. Otros: pénfigo ampolloso y toxicodermias.

**Comentario final:** En ocasiones es difícil hacer un diagnóstico diferencial para discernir la etiología de las lesiones, por lo que es necesario conocer los detalles clínicos y los aspectos epidemiológicos de cada una de ellas que comparten similitudes. Es importante que el médico de Atención Primaria, las identifique, pudiendo así evitar las complicaciones que ocasiona si no se tratan a tiempo (miocarditis, nefritis, hepatitis). El curso de esta enfermedad es agudo y autolimitado puede aparecer a cualquier edad, puede comportarse como crónica recurrente, aunque en las formas leves las lesiones resuelven espontáneamente en unas tres semanas sin secuelas y el tratamiento es casi siempre sintomático, y pueden utilizarse los corticoides para mejorar la

inflamación en la piel.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Lowell A. Goldsmith SI. Katz BA, et al. Tratado de Dermatología general, 8ª edición, 2014. Tomo I, parte 2, capítulo 1.
2. <http://dermatoweb2.udl.es/seminarios>