



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

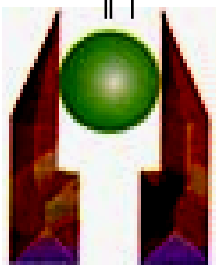
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.

**Eritrodermia: Experiencia de 198 casos en el
Hospital General de México.**

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA
P R E S E N T A :
DRA. SANDRA ESTHELA VÁZQUEZ LARES

**ASESOR DE TESIS: DRA. GLADYS LEON DORANTES
DR. AMADO SAÚL**

JEFE DE SERVICIO: DRA. ROSA MARIA PONCE OLIVERA



HGM

MÉXICO, D. F. SEPTIEMBRE DE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Eritrodermia: Experiencia de 198 casos en el
Hospital General de México.**

DIRECTOR DE ENSEÑANZA

Dr.
Hospital General de México, O.D.

PROFESOR TITULAR

Dra. Gladys León Dorantes

AUTOR DE TESIS

Dra. Sandra Esthela Vázquez Lares

TUTORES DE TESIS

DR. AMADO SAÚL
Médico adscrito al Servicio Dermatología
Del Hospital General de México

INDICE

Resumen	
Introducción	1
Marco Teórico	
Parte I. Generalidades	
I. Definición	3
II. Epidemiología	3
III. Clasificación	4
IV. Fisiopatogenia	4
V. Etiología	7
VI. Características clínicas	16
VII. Estudio histopatológico	19
VIII. Laboratorio	21
IX. Diagnóstico	22
X. Complicaciones	22
XI. Tratamiento	24
XII. Pronóstico	25
Parte II. Eritrodermia: Experiencia en 198 pacientes hospitalizados, en el Hospital General de México, SS.	
I. Objetivos	27
II. Material y métodos	27
III. Definición de variables	28
IV. Descripción general del estudio	28
V. Análisis de datos	31
VI. Limitantes del estudio	31
VII. Resultados	32
VIII. Gráficas	45
IX. Discusión	52
X. Conclusión	57
Bibliografía	60

AGRADECIMIENTOS

A todo el servicio de Dermatología, Dermatopatología y Micología, que permitieron lograr uno de mis más importantes objetivos en la vida.

A mis padres, a los que amo infinitamente, les agradezco su apoyo y amor incondicional, que me ha impulsado a seguir día a día.

A mis hermanos, que siempre han sido un ejemplo a seguir, por su entusiasmo por la vida, por su lucha insaciable, por el cariño y la unión familiar que siempre nos mantiene fuertes.

A todos mis amigos, los de siempre y los de ahora, que han compartido conmigo, momentos difíciles y amables, siempre siendo un apoyo invaluable en mi camino.

En especial a la Dra. Gladys León , Dr. Amado Saúl, Dr. Antonio Sanabría, y al Dr. Casasola por su guía y aportaciones para la realización de ésta tesis.

A todos y a cada uno de ellos, mi más profundo agradecimiento, no es necesario poner nombres, cuando día a día se les hace saber lo importante que son en tu crecimiento, por que más allá de un papel, una sonrisa y una mirada lo dicen todo.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La eritrodermia o dermatitis exfoliativa es una entidad sindromática, que constituye una de las causas principales de hospitalización en el servicio de Dermatología del Hospital General de México. Ha sido motivo de múltiples estudios clínicos, patológicos y terapéuticos en el mundo, sin embargo nuestro hospital no cuenta con una revisión de las principales etiologías de este síndrome, ni la correlación clínico-patológica que existe para establecer el diagnóstico definitivo, por lo que se decidió, hacer una revisión de los expedientes clínicos y reportes histopatológicos de las últimas 3 décadas.

OBJETIVOS: Cuantificar los casos de eritrodermia en pacientes hospitalizados en el servicio de Dermatología del Hospital General de México de 1976 a 2005, y establecer el orden de frecuencia de las etiologías que originan el Síndrome y su relación con la edad y sexo. Determinar el orden de frecuencia de los patrones histopatológicos dentro de las eritrodermia y el porcentaje en que la biopsia de piel es diagnóstica. Por último determinar las complicaciones en pacientes con eritrodermia.

DISEÑO: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

MUESTRA: Se incluyeron los expedientes de pacientes hospitalizados con diagnósticos de eritrodermia archivados en el área de hospitalización del servicio de Dermatología del Hospital General de México, del año 1976 al 2005. Se excluyeron pacientes con eritrodermia no hospitalizados o pediátricos.

MÉTODOS: Revisión de los archivos de hospitalización del servicio de Dermatología y reportes de biopsia del servicio de Dermatopatología del Hospital General de México, correspondientes a pacientes con diagnóstico de eritrodermia hospitalizados dentro del periodo de 1976 a 2005.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Estadística descriptiva fundamentalmente. Medidas de tendencia central, moda, media y mediana. Gráficos de frecuencia por aspectos individuales con análisis de frecuencia. Tabulaciones y cuadros representativos de hallazgos.

LIMITANTE DEL ESTUDIO: No se contó con el total de pacientes hospitalizados con eritrodermia, puesto que algunos de éstos expedientes fueron canalizados del archivo de hospitalización a clínicas especializadas en Dermatología, no pudiendo incluir éstos casos a nuestro estudio. Sin embargo lo muestra obtenida es suficiente para proporcionar datos representativos de este síndrome.

RESULTADOS: Los casos evaluados de pacientes hospitalizados con eritrodermia del Hospital General de México, fue de 198 pacientes en base a la revisión de 800 expedientes con que se contaba. De éstos 127 (62.4%) fueron hombres y 71 (34.5%) fueron mujeres. La edad promedio de 45 años. Las principales etiologías en orden de frecuencia fueron: por dermatosis preexistentes 51%, por reacción a medicamentos 21.3%, y las idiopáticas 16.3%. Para el diagnóstico etiológico la biopsia fue de utilidad en el 58.3%, esto era variable de acuerdo a la causa. El 42% de los casos presentaba

dermatosis previas, principalmente psoriasis y dermatitis atópica. Las complicaciones se presentaron en el 42% de los casos, las principales fueron impétigo secundario y desequilibrio hidroelectrolítico.

INTRODUCCIÓN

La eritrodermia o dermatitis exfoliativa es una entidad sindrómica, que constituye una de las principales causas de hospitalización en el Servicio de Dermatología, ha sido motivo de estudios clínicopatológicos, terapéuticos, tanto retrospectivos como prospectivos en el mundo. A pesar de esto, no contamos con un estudio en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México, uno de los hospitales más importantes en el área de dermatología, ya que es un hospital de concentración, lo que nos permite mostrar, las características representativas de las principales causas de eritrodermia en la población mexicana.

Es importante destacar el contar con el apoyo del Servicio de Dermatopatología del Hospital General de México, en la correlación clínico-patológica de la entidad, lo cual constituye un pilar básico en la comprensión de las entidades cutáneas. Siendo un servicio con vasta experiencia, el perfecto marco para la realización de la investigación de la correlación clínico-patológica en eritrodermia, que favorezcan junto con otros exámenes auxiliares un estudio integral de los pacientes para llegar al diagnóstico etiológico.

DEFINICIÓN

La eritrodermia o dermatitis exfoliativa es un síndrome clínico que puede ser secundario a múltiples etiologías, que se manifiesta clínicamente con eritema y escama generalizada, que afecta por definición a más de 90% de la superficie corporal y cuya evolución es por lo general prolongada, y debido a que afecta a los ancianos es capaz de poner en riesgo la vida. ^{1,3,4,21}

EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad cosmopolita. La incidencia y prevalencia es variable dependiendo los diferentes autores se estima una incidencia de 1-2 pacientes por 100,000 habitantes. En un total de 204 pacientes estudiados (Thestrup-Pedersen K), admitidos por dermatitis exfoliativa de 1972 a 1986, se encontró un promedio 13.6 pacientes por año. En diferentes series de pacientes se han encontrado un predominio en varones con una relación hombre-mujer 4:1, que puede aumentar hasta 6:1 en eritrodermia idiopática. El promedio de edad es de 57 – 61 años de edad. ^{1,3,4, 27}

La mayoría de las series demuestra que las causas más frecuentes fueron: psoriasis, dermatitis, reacción a drogas, linfoma T cutáneo, y una tercera parte como idiopáticos. ^{28,29}

CLASIFICACIÓN

La eritrodermia se divide en dos grandes grupos, la congénita y la adquirida; la primera se define como aquella que se presenta al momento del nacimiento; la segunda como toda aquella que se presenta después del nacimiento o en la vida adulta. También puede clasificarse en primaria y secundaria; la primaria es la que se asienta sobre una piel previamente sana, y la secundaria es la que se desarrolla a partir de una dermatosis preexistente. ^{1,2,3,4,5}

FISIOPATOGENIA

No se conocen bien las vías implicadas en la eritrodermia o en la generalización de las lesiones cutáneas preexistentes. Se han observado las siguientes alteraciones:

- Alteraciones metabólicas.
- Alteraciones hemodinámicas.
- Alteraciones inmunológicas.
- Alteración en la función de barrera de la piel.

ALTERACIONES METABOLICAS: existe una elevación en la tasa del metabolismo basal relacionada con la respuesta metabólica a la enfermedad (liberación de citoquinas y mediadores de respuesta aguda a las situaciones de estrés) asociada con una pérdida del peso. El consumo de energía se eleva de acuerdo con la extensión de la

afección cutánea, hasta llegar a duplicar el metabolismo basal para padecimientos que afectan más del 50% de la superficie corporal.

Se produce una pérdida proteica importante por las siguientes causas:

- a) Aumento del catabolismo endógeno de proteínas.
- b) Disminución en la síntesis de albúmina por desviación de las vías metabólicas hacia la gluconeogénesis.
- c) Exudación y exfoliación (500 mg a 3 gr/d).
- d) Enteropatía dermatopática.
- e) Aumento de la permeabilidad capilar que lleva a hipoalbuminemia dilucional.

Se suele encontrar una inhibición de la secreción de insulina y resistencia a la misma en los tejidos periféricos, lo que produce niveles plasmáticos elevados de glucosa, frecuentemente asociados a glucosuria. Estos trastornos de la regulación del glucógeno aumentan la degradación de aminoácidos como fuente de energía y empeoran las pérdidas de calorías y líquidos.

ALTERACIONES HEMODINÁMICAS: el aumento de la permeabilidad capilar en la dermis, con formación de edema, asociado a las pérdidas de agua por vía transepidérmica y a través de los exudados que se producen ocasionalmente, se combinan con un aumento del flujo sanguíneo por vasodilatación periférica, lo que da lugar a una situación de hipovolemia relativa que determina una reducción de la diuresis. Hay un patrón de hiperaldosteronismo secundario, lo que provoca elevación de los niveles séricos

de urea, nitrógeno y creatinina (insuficiencia renal funcional), que debe corregirse para evitar una insuficiencia renal orgánica.

En estos pacientes existe un aumento del flujo sanguíneo hasta en dos terceras partes, que aumento el gasto cardiaco, que repercute a pacientes principalmente en pacientes ancianos y cardiopatas.

ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS: Destaca la elevación de citoquinas (IL-1, IL2, IL6, FNT , etc) que influye en el aumento del catabolismo, en la permeabilidad capilar, en el efecto cardiotóxico, así como descenso en el número de células “natural Killer” y en la disminución de la actividad fagocítica y quimiotáctica de los leucocitos polimorfonucleares. Estas alteraciones inmunológicas contribuyen a la sobreinfección, que en estos pacientes representa una de las principales complicaciones y causa de muerte.

ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN DE LA BARRERA DE LA PIEL: este trastorno contribuye a provocar una serie de manifestaciones entre las que se incluyen los trastornos hidroelectrolíticos, alteraciones de la termorregulación, con producción de la fiebre, hipotermia y escalofríos que aumentan aún más el metabolismo. Hay pérdida de proteínas, hierro, folatos, agua y electrolitos. Además el aumento de la permeabilidad transcutánea existe una mayor absorción de los medicamentos tópicos y un aumento en el riesgo de infecciones producidas generalmente por *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas sp.*, y *Candida sp.* .^{2,10,23}

ETIOLOGÍA

Este síndrome es originado por múltiples causas entre las que se encuentran entidades dermatológicas, infecciosas, medicamentosas, sistémicas, neoplásicas tanto hematológicas como de órganos sólidos. A continuación se muestra un cuadro con las diferentes etiologías asociadas a eritrodermia.²⁹

TABLA1. CAUSAS ASOCIADAS A ERITRODERMIA				
Dermatosis	Infección	Sistémico	Hematológico	Maligno
Psoriasis	Dermatofitos	Lupus eritematoso cutáneo	Hodgkin's	Próstata
Dermatitis atópica	Escabiasis noruega	Dermatomiositis	Linfoma de células B	Pulmón
LCCT	Toxoplasmosis	EICH	Linfoma anaplasia ¹	Tiroides
Reacción a drogas	Histoplasmosis	Post-transfusión	Leucemia mielocítica aguda	Hígado
Pitiriasis rubra pilaris	Leishmaniasis	Sarcoidosis	Leucemia de células T	Mama
Pénfigo seborreico	HIV	Tirotóxicosis	Leucemia linfocítica crónica	Ovario
Penfigoide ampolloso		Hipogammaglobulinemia	Mielodisplasia	Trompas de Falopio
Dermatitis por contacto		Enfermedad de Leiner		Recto
Dermatitis actínica crónica		Histiocitosis		Esófago
Hailey-Hailey				Estomago
Pseudolinfoma				Melanoma
LCCT= Linfoma cutáneo de células T; EICH = Enfermedad injerto contra huésped; VIH = Virus de la inmunodeficiencia humana				

A continuación se enlistan los cuatro grupos en los que se clasifican las diferentes causas de eritrodermia, adquirida en relación a la mayoría de los estudios realizados.

1. Dermatitis preexistentes.
2. Reacciones a medicamentos
3. Neoplasias
4. Idiopáticas

DERMATOSIS PREEXISTENTES

En un total de 746 pacientes con eritrodermia, el porcentaje de las causas fueron los siguientes: dermatitis 24%, entre las cuales las más frecuentes fueron, dermatitis atópica 9%, seguida de la dermatitis por contacto 6%, dermatitis seborreica 4% y dermatitis crónica actínica (reticuloide actínico 3%). La psoriasis 20%, las reacciones a fármacos 19%, y el Linfoma T cutáneo 8%, fueron las causas subyacentes más frecuentes.

Series de reportes Etiología	* **Wilson		Gentle	101 Abrahams	135 Nicolás	50 Hasan	80 Sehgal	82 King	38 Thestrup- Pederse	53 Botella Estrada	20 HGM
	- 1954 + Ingl	1958	1963	1973 USA	1983 Finlan	1986 India	1986	1988 Dinam	1994 España	1985 México	
Dermatitis preexistentes	48	55	32	25	42	52.5	30	38	63	35	
Idiopáticas	26	30	46	12	32	22.5	16	19	9	25	
Medicamentos Y otros	16	?	14	42	22	25	34	38	16	40	
Neoplasias	10	15	8	21	4	0	20	5	12	8.5	

* Número de pacientes reportados.

** Autor y referencia

- Año de publicación.

+ País de publicación.

Tabla 2. Análisis de los cuatro grupos etiológicos de eritrodermias según diversos reportes mundiales

En México contamos con un estudio prospectivo de 20 casos realizado en población del Hospital General de México en 1985, se encontraron las siguientes causas de eritrodermia: con un 40% reacciones a medicamentos, 25% idiopáticas, 20% psoriasis, 5% dermatitis atópica, 5% dermatitis por contacto, 5% pénfigo foliáceo.³⁸

Por otra parte en un estudio retrospectivo de 9 años, realizado en el Instituto de la Nutrición, en 23 pacientes, los diagnósticos finales establecidos fueron: Psoriasis (21.7%), dermatitis atópica (17.4), reacción a medicamentos (13%), polimiositis (13%), pénfigo foliáceo (4.3%), lupus eritematoso (4.3%), e idiopático (17.4%), coincidieron en algunos casos dos de las condiciones antes mencionadas.²¹

A continuación se hará una breve descripción de los hallazgos clínicos distintivos entre las dermatosis subyacentes a la eritrodermia.

PSORIASIS

Es la dermatosis más frecuentemente asociada a eritrodermia. Lo más común es que su comienzo sea el resultado del uso indiscriminado o a la suspensión abrupta de corticoesteroides tópicos o sistémicos.

Hallazgos clínicos distintivos:

- Placas psoriásicas preexistentes
- Alteraciones en las uñas (gotas de aceite, hoyuelos, onicólisis)
- Pústulas subcorneales
- Artritis
- Antecedentes personales o familiares de psoriasis
- Retirada de corticoides o metotrexate.¹⁵

Se ha reportado dos casos en pacientes con psoriasis, que desarrollaron en forma conjunta eritrodermia y queratosis seborreicas múltiples, que resolvieron al tratamiento de la psoriasis, sin encontrar datos de enfermedad maligna de base.²⁵

DERMATITIS ATOPICA

En los pacientes con dermatitis atópica la eritrodermia se presenta con mayor frecuencia y puede aparecer a cualquier edad.

Hallazgos clínicos distintivos:

- Lesiones preexistentes.
- Prurito intenso.
- Liquenificación incluso en párpados.
- Antecedentes personales o familiares de atopia (asma, rinitis alérgica)

- Cataratas
- IgE sérica elevada, eosinofilia.^{36, 47}

REACCIONES A FÁRMACOS

Las eritrodermias resultantes de medicamentos tópicos, suelen comenzar como dermatitis, y las secundarias a fármacos sistémicos se inician con exantemas morbiliformes o escarlatiforme, edema facial, y en áreas de mayor presión pueden volverse purpúricas. Suelen resolverse de 2 a 6 semanas de retirar el medicamento responsable.

El número de fármacos que pueden producir eritrodermia es enorme, a continuación se presenta una tabla con los principales.^{28,29,35}

Frecuentes	Menos frecuentes	Raros
Alopurinol Ampicilina, amoxicilina Carbamazepina Dapsona Fenobarbital Fenotiazidas Omeprazol/lansoprazol Sulfasalazina Sulfamidas Vancomicina	Captopril Carbaplatino Hidroxicloroquina Isoniacida Mercurio Minociclina Nifedipina Oro Talidomida Diflunisal	Amiodarona Aztreonam Cimetidina Cloropromazina Clofazimina Codeína Diltiazem Eritropoyetina Litio Piroxicam Timolol

^{28,29,35}

En caso que la reacción a medicamentos se asocie, a síntomas generales y a eosinofilia, estaríamos hablando del Síndrome de DRESS (Rash secundario a drogas,

eosinofilia y síntomas generales), el cual es idiosincrásico. Aparece 2 a 8 semanas después de haber iniciado el medicamento, con erupción morbiliforme en abdomen que evoluciona rápidamente a eritrodermia, acompañado de eosinofilia, linfocitos atípicos, y síntomas generales como fiebre, odinofagia, además presenta manchas purpúricas en regiones acrales, linfadenopatía generalizada, adenomegalia cervical. Con una mortalidad del 10% (usualmente secundaria a falla hepática o cardíaca secundaria a infiltración del órgano por eosinófilos). Requiere tratamiento sistémicos con esteroides (metilprednisolona 1.5mg/kg/d) con buena respuesta al tratamiento. ^{43,44,45,46}

LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS T

Es un linfoma poco común involucra un espectro de enfermedades, la micosis fungoide y síndrome de Sezary que es más frecuente. El último se define por la tríada de eritrodermia, linfocitos T malignos circulantes y linfadenopatía generalizada. Las células T malignas, específicamente CD4, se extienden lentamente, usualmente primero se involucra la piel y menos frecuente los ganglios linfáticos, sangre y vísceras. La edad promedio del diagnóstico es a los 60 años. Del inicio de los síntomas al diagnóstico pueden pasar 5 a 7 años, el estudio histopatológico de inicio es inespecífico. El inmunofenotipo es utilizado para corroborar el diagnóstico. Se han implementado nuevas técnicas de laboratorio utilizando PCR (reacción en cadena polimerasa) para analizar el receptor de las cadenas gamma de las células T (TCR -gamma) así como un análisis heteroduplex de clonalidad, con una sensibilidad de un 62% con la biopsia sola y adicionando PCR la sensibilidad aumentó al 87% , de tal manera podrían usarse para mejorar el diagnóstico en pacientes con eritrodermia. ^{6,8,9,12,18}

Signos clínicos distintivos:

- Prurito intenso
- Coloración púrpura rojo oscuro
- Queratodermia dolorosa, fisurada
- Alopecia
- Facies leonina

Hallazgos adicionales

- Cociente CD4/CD8 elevado en sangre
- Detección de población clonal de células T en la piel (sangre).^{8,9,12}

PITIRIASIS RUBRA PILARIS

Generalmente afecta a los niños y adultos jóvenes.

Hallazgos clínicos distintivos:

- Eritema de color salmón
- Espacios claros (islas no afectadas)
- Queratodermia cérea
- Pápulas queratósicas perifoliculares
- Brotes tras exposición al sol .^{29,36}

DERMATITIS POR CONTACTO

Las dermatitis como dermatitis por contacto y estasis con autosensibilización, se caracteriza:

Signos clínicos distintivos:

- Enfermedad localizada preexistente
- Distribución en lesiones iniciales

Hallazgos adicionales:

- Ocupación y aficiones, pruebas epicutáneas, revisión de medicamentos.²⁸

DERMATOSIS AMPOLLOSAS

PÉNFIGO FOLIÁCEO

De las dermatosis ampollosas es la más frecuente que se manifiesta como eritrodermia. Se muestra con lesiones preexistentes, como son ampollas y erosiones que semejan al impétigo, con escama, costras y aspecto húmedo, iniciando generalmente en la parte superior del tronco. Existe un caso reportado sin ampollas, que evolucionaron rápidamente como eritrodermia, con distrofia ungueal, queratodermia, ectropión, y alopecia, que fue diagnosticado por biopsia.^{28,29,30}

En lo que respecta al **pénfigo paraneoplásico**, es más raro que se manifieste así, y se caracteriza por erosiones en mucosas y costras sanguíneas, lesiones similares a eritema multiforme.^{28,29}

PÉNFIGOIDE AMPOLLOSO

Es raro que se manifieste como eritrodermia. Se presenta con placas de urticaria, ampollas tensas, y en pacientes ancianos, la histopatología muestra ampolla subepidérmica, eosinófilos, con inmunofluorescencia ZMB C3 y IgG.^{28,29}

ERITRODERMIA PARANEOPLÁSICA

Aparece principalmente asociada con neoplasias linfoproliferativas, como son linfoma Hodgkin y leucemias. En el caso de los tumores sólidos, la eritrodermia suele aparecer tardíamente en el curso de la enfermedad. Se caracteriza por descamación fina y eritema, que puede ir acompañado de melanoeritrodermia y por la presencia de signos adicionales de malignidad, tales como caquexia o fatiga. De los tumores sólidos se han reportado casos de carcinoma de las trompas de Falopio, carcinoma gástrico, metástasis renal, cáncer esofágico, entre otros, sin embargo, esta asociación con eritrodermia es inusual, se confirma al resolverse la eritrodermia, al tratar adecuadamente el carcinoma de base.^{28,,31,32,33}

DERMATOMIOSITIS

La eritrodermia en estos pacientes, es poco frecuente, hay reportados cuatro casos en la literatura, de los cuales solo uno se ha asociado, a neoplasia, en un paciente con

carcinoma nasofaríngeo. En todos los casos se caracterizaron por eritema en heliotropo, pápulas de Gottron, poiquilodermia, y debilidad de músculos proximales de las extremidades de inicio.³⁴

ERITRODEMIA Y SIDA

En un estudio prospectivo (Morar, N . et al) realizado en pacientes HIV positivos y negativos, se reportó que la principal causa de eritrodermia en pacientes HIV positivos fue secundaria a medicamentos, en un 40.6%, y la droga más frecuentemente asociada era el etambutol con un 30.8%. No se observó un incremento significativo en los episodios de eritrodermia en pacientes HIV positivos.²⁰

IDIOPÁTICA

Fueron clasificados como eritrodermia idiopática, aquellos pacientes sin historia clínica de dermatosis previas, ausencia de datos de atopia, sin historia familiar de enfermedades atópicas, y resultados de histología e inmunohistoquímica no diagnóstica. Constituyendo una tercera parte de las eritrodermias.¹¹

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

MANIFESTACIONES CUTÁNEAS

La eritrodermia se define clínicamente por la presencia de eritema y escama que afecta el 90% de la superficie cutánea. Dentro de las eritrodermias adquiridas, que nos competen en este trabajo, se clasifican: en primarias, cuando el eritema se extiende en unos pocos días o semanas por toda la superficie cutánea y esto va seguido de descamación. La forma secundaria de eritrodermia se define como generalización de una dermatopatía previa y suele ser más lenta.

El eritema precede a la aparición de la exfoliación en 2 -6 días, generalmente inicia en áreas flexurales. La escama varía en tamaño y color, según el estadio de la eritrodermia y la naturaleza de la enfermedad subyacente. En fases agudas la escama suele ser más grandes y costrosa a diferencia de la crónica en que la escama es fina y seca.^{28,29,37}

Aunque su origen puede ser diverso, las eritrodermias tienen varias características clínicas en común. A continuación se enlistan, con la frecuencia en que se presentan:

- Prurito: en el 90% de los pacientes, la intensidad varía según la causa subyacente, es más intenso en pacientes con dermatitis o síndrome de Sezary.

- Alteraciones de la pigmentación: especialmente en pacientes con dermatitis crónicas, presentando hiperpigmentación en 45%, e hipopigmentación en 20%.

- Queratodermia palmo-plantar: en el 30% de los casos, y a menudo es un signo precoz de pitiriasis rubra pilaris, y en el Síndrome de Sezary puede aparecer con dolor y fisuras y llegar a presentarse hasta en un 79%.^{1,28,29}

- Uñas: Las alteraciones se presenta en 40% de los pacientes, en casos de dermatosis preexistentes pueden preceder a la eritrodermia, y las principales alteraciones son: hoyuelos, líneas horizontales, líneas de Beau, paroniquia, hemorragias en astilla, onicólisis, uñas “brillantes”, e incluso llegan a desprenderse totalmente. Las alteraciones en uñas tienen un valor potencial a la hora de identificar la causa subyacente.

- Pelo: La alopecia difusa se presentan en el 20% de los pacientes con eritrodermia crónica.

- Infecciones cutáneas: La colonización por *Staphylococcus aureus* es frecuente y puede llevar a infecciones cutáneas secundarias.

- Oculares: Independientemente de la causa, puede presentarse ectropión bilateral y conjuntivitis purulenta.^{28,29,37}

MANIFESTACIONES SISTÉMICAS

Es esencial tener en cuenta las posibles complicaciones sistémicas.

- Edema: Se presenta en el 40% de los pacientes un edema de pies o pretibial, y probablemente sea resultado del desplazamiento de líquidos a los espacios extracelulares, y el edema facial se puede ver en aquellos casos asociados a farmacodermias.

- Taquicardia: Afecta al 40% de los pacientes, y es debido al marcado aumento en flujo sanguíneo de la piel y al incremento de la pérdida de líquido por transpiración, con un riesgo de insuficiencia cardíaca de alto gasto.^{1,28,29}

- Trastornos de la termorregulación: por aumento de la perfusión cutánea. La hipertermia se presenta en el 25 - 37%, una temperatura superior a 38 grados, y la hipotermia en el 4%, la mayoría refiere escalofríos.^{3,22,23,28,29}

- Adenomegalias: generalmente se debe a linfadenopatía dermatopática, más de la mitad de los casos cursan con ella, la justificación de practicar una biopsia de ganglio se da cuando hay sospecha de neoplasia.^{21,37}

- Hepatomegalia : se detecta en el 14-20% de los casos, habiendo un predominio en los casos secundarios a hipersensibilidad inducida por fármacos.^{3,28,29}

- Esplenomegalia: En un 14 a un 20%, suele acompañar al linfoma.^{3,29,37}

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

La biopsia de piel usualmente se realiza en primer día de hospitalizado el paciente. Puede no ser necesaria en los casos en que la causa de eritrodermia sea clara (secundaria a una dermatosis previa o el inicio de la eritrodermia sea seguida de el uso de un medicamento).³

Los hallazgos histológicos mas frecuentemente encontrados los resumimos en el

<p>Dermatitis crónica inespecífica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paraqueratosis - Acantosis moderada - Espongiosis grado variable - Infiltrado inflamatorio variado 	<p>Linfoma con epidermotropismo cutáneo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linfocitos con atipia nuclear - Microabscesos de Pautrier's - Infiltrado perivascular 	<p>Reacción a fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infiltrado de eosinófilos - Infiltrado liquenoide - Queratinocitos necróticos - Degeneración vacuolar de la Capa basal
<p>Psoriasis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paraqueratosis confluyente. - Neutrófilos en la epidermis. - Hipogranulosis - Edema de la dermis papilar 	<p>Dermatitis aguda o subaguda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acantosis leve- moderada - Espongiosis variable - Presencia de eosinófilos en la dermis - Paraqueratosis 	<p>Pitiriasis rubra pilaris</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiperplasia epidérmica - Paraqueratosis y ortoqueratosis alternante - Paraqueratosis en hombro

siguiente cuadro.

3,6,13,15,16,17

Con los hallazgos histológicos, la correlación clínico patológica que se realizó en 56 pacientes, fue la siguiente: Con los hallazgos de: **a)** dermatitis crónica inespecífica con patrón psoriasiforme se enviaron: (4) pacientes con dermatitis atópica, (2) con psoriasis, (1) dermatitis actínica crónica, (1) Síndrome de Sezary, **b)** Linfomas con epidermotropismo cutáneo, el diagnóstico final en este grupo fue Síndrome de Sezary (4), Micosis fungoide (2), **c)** Reacción a fármacos , en cuatro pacientes, **d)** dermatitis psoriasiforme (4) pacientes, **e)** psoriasis, tres casos correspondieron a psoriasis, **f)**

dermatitis aguda y subaguda (3) pacientes g) pitiriasis rubra pilaris (2) pacientes.
3,6,13,15,16,17

En un estudio retrospectivo en 40 pacientes con eritrodermia que contaban con 56 biopsias de piel, se encontró una correlación entre el diagnóstico patológico y el diagnóstico final del 66%. En base a estas mismas biopsias se realizó otro estudio para ver la correlación diagnóstica que existía entre cuatro dermatopatólogos se reveló una correlación de 53% (rango 48-66%), resultado favorable. Por otra parte, en un estudio para valorar la especificidad de los cambios histológicos en eritrodermia psoriática realizado en 40 casos, los hallazgos fueron específicos en un 88%.^{15,16,17}

LABORATORIO

En la mayoría de los casos, los hallazgos de laboratorio son inespecíficos y no son útiles para definir el diagnóstico etiológico. Entre lo más característico tenemos:

BIOMETRIA HEMÁTICA:

Se pueden encontrar las siguientes alteraciones: Anemia hasta en un 65-75% de los pacientes generalmente normocítica normocrómica. Leucocitosis en un 50% de los casos. Eosinofilia hasta 30% de los pacientes.

QUÍMICA SANGUÍNEA

Hipoalbuminemia e hipocloremia.

ELECTROLITOS SÉRICOS

Hiponatremia, hipocalemia e hipocloremia.

EXAMEN GENERAL DE ORINA

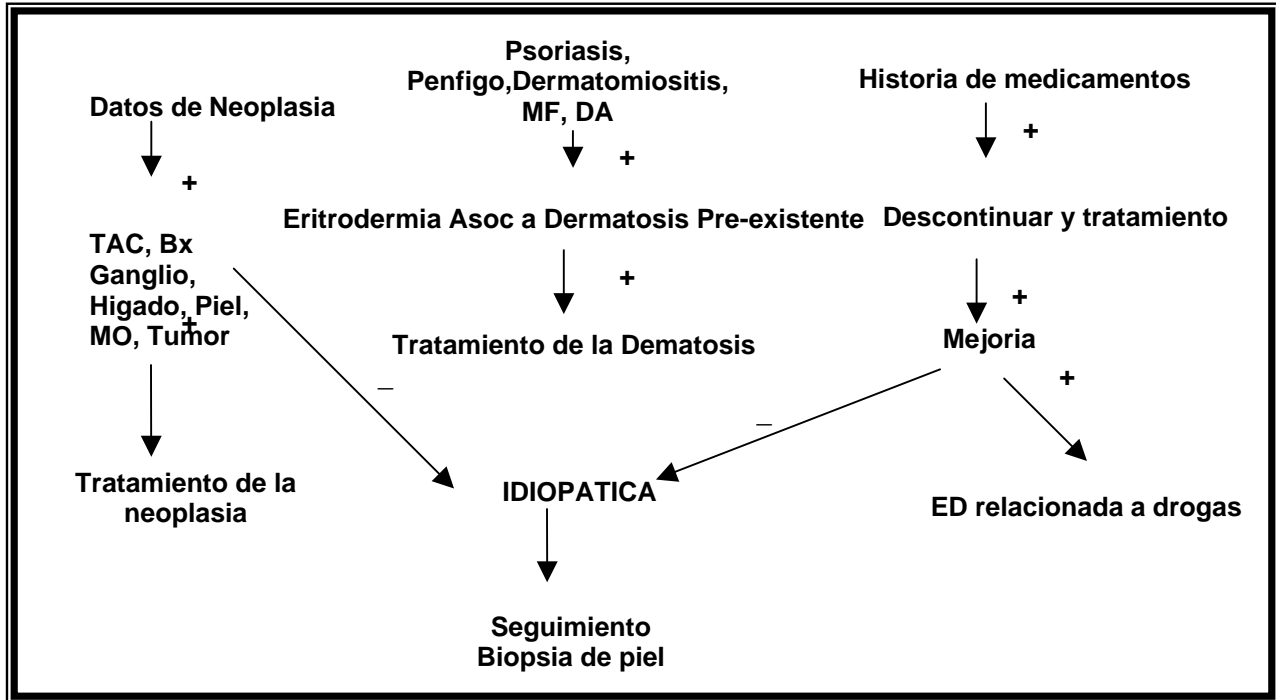
Densidad urinaria aumentada, proteinuria y glucosuria.

COPROLÓGICO : Puede haber esteatorrea.²³

DIAGNÓSTICO

La historia clínica y la exploración física son la base primordial para la orientación diagnóstica, en ocasiones los estudios auxiliares permiten confirmar el diagnóstico o excluir entidades probables. A continuación se presenta un algoritmo a seguir para llegar al diagnóstico.

ERITRODERMI



- Orozco R. et al, "Eritrodermia, Estudio Retrospectivo de 23 casos. Desarrollo de algoritmo de estudio" Dermatologia Rev Mex 1994, 38(4). 247-252

COMPLICACIONES

La eritrodermia en la mayoría de los casos tiene una buena evolución, y en pocos casos llega a ser fatal. En las eritrodermias de evolución crónica, es donde especialmente se presentan una o más de las siguientes complicaciones: sobreinfecciones cutáneas, trombosis venosas en las extremidades inferiores, infecciones respiratorias y cardiovasculares.⁵⁰

En estudios antes realizados se ha demostrado que las infecciones cutáneas son las que se presentan con mayor frecuencia, principalmente las secundarias a *Staphilococcus aureus*, manifestandose como impétigo ampolloso o simplemente como eccema . Como se trata de un impétigo secundario las lesiones aparecen en cualquier parte del cuerpo, sobre la dermatosis preexistente, constituídas por vesículas, ampollas, pústulas y costras melicéricas.^{39,47,48,49}

Por otro lado, pueden ser secundarias a virus, como es el caso de Erupción variceliforme de Kaposi, una entidad rara que ha ido incrementándose en los últimos años en relación al ascenso marcado de la infección por virus del herpes simple (VHS). Los pacientes con eritrodermia, dermatitis atópica, psoriasis, inmunosuprimidos por tratamientos con retinoides sistémicos, corticoesteroides, tienen mayor susceptibilidad a desarrollar esta erupción, caracteriza por vesículas, pústulas, costras melicéricas, que aparecen generalmente sobre la dermatosis, siendo más frecuente en cara. Requiere de tratamiento antiviral sistémico, dura aproximadamente 16 días y desaparece sin dejar cicatriz.^{39,40,41,42}

El desequilibrio hidroelectrolítico, es la segunda complicación más frecuentemente observada en el estudio prospectivo realizado en 20 pacientes en el Hospital General de México.

En individuos de edad avanzada, así como en los jóvenes portadores de una cardiopatía, no es raro que desarrollen insuficiencia cardíaca derecha en el curso de su

dermatosis. El mecanismo fisiopatológico responsable, es el aumento en el flujo sanguíneo cutáneo.

En una serie de 135 casos estudiados, la neumonía resultó ser la causa más frecuente de fallecimiento, contribuyendo a su alta incidencia las infecciones cutáneas, el empleo de esteroides y la inmovilidad del paciente. Otras causas de muerte en orden decreciente fueron: la eritrodermia per se, la necrosis grasa del hígado, la enfermedad de Hodgkin, septicemia, infarto del miocardio, trombosis coronaria, leucemia, linfoma, micosis fungoide, tuberculosis pulmonar, glomerulonefritis supurativa.^{38,50}

TRATAMIENTO

Para el manejo se requiere determinar la causa si es posible. El tratamiento de soporte incluye hospitalización, hidratación, nutrición, monitoreo cardíaco, reposición de electrolitos, y control de la temperatura. Los cuidados de la piel incluye, la administración de emolientes, esteroides tópicos, antihistamínicos, y antibioticoterapia en caso de datos de infección.¹⁰

PRONÓSTICO

La dermatitis exfoliativa es un síndrome complejo y el pronóstico depende en gran medida del proceso subyacente. Las reacciones a fármacos tienen una duración corta, al suspender el agente causal. Los pacientes con psoriasis, dermatitis atópica

pueden responder con lentitud. Los pacientes con neoplasias su evolución dependerá de la respuesta de la enfermedad de base a la terapéutica específica. Pero en general tiene buena evolución, ya que en muy pocos casos llega a ser fatal.^{29,37}

I. OBJETIVOS

1.- Cuantificar los casos de eritrodermia en pacientes hospitalizados en el servicio de Dermatología del Hospital General de México de 1976 a 2005.

2.- Establecer cuál es el orden de frecuencia de las múltiples etiologías que originan el Síndrome de eritrodermia, en pacientes hospitalizados, y su relación con la edad y el sexo.

3.- Realizar un análisis de la correlación clínica- patológica.

3.1.- Establecer cuál es el orden de frecuencia de las patrones histopatológicos dentro de las eritrodermias.

3.2.- Determinar en que porcentaje la biopsia de piel es diagnóstica.

4.- Establecer las complicaciones en pacientes con eritrodermia.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de Trabajo.- Archivos del servicio de hospitalización de Dermatología y reportes de biopsia del servicio de Dermatopatología del Hospital General de México, correspondientes a pacientes con diagnóstico de eritrodermia hospitalizados dentro del periodo de 1976 a 2005.

TIPO DE ESTUDIO.-

Se realizará un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.-

- Expedientes clínicos archivados en el área de hospitalización, con diagnóstico clínico de eritrodermia, con biopsia de piel o sin ella, en un periodo de 1976 a 2005.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.-

- Casos de eritrodermia, que no fueron hospitalizados, que se internaron en otro servicio, o que no se contaba con expediente.

TAMAÑO DE MUESTRA

- Se incluirán todos los expedientes archivados en el área hospitalización de Dermatología del Hospital General de México, del año 1976 al 2005; de pacientes con diagnósticos clínicos de eritrodermia.

III. DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES DEMOGRAFICAS:

- Sexo
- Edad

VARIABLES PRINCIPALES:

1. Etiología

- Dermatitis previas.
 - Psoriasis
 - Dermatitis atópica
 - Dermatitis por contacto
 - Pitiriasis rubra pilar
 - Enfermedades ampollosas (pénfigo vulgar, seborreico, penfigoide)
 - Enfermedades autoinmunes (Lupus cutáneo, dermatomiositis)
 - Linfoma T cutáneo o micosis fungoide
- Reacción a medicamentos.
- Neoplasias
 - Linfoproliferativas o tumores sólidos.
- Idiopáticas

2. Resultados dermato-patológicos.

- Compatible con eritrodermia
- Compatible con eritrodermia cuadro psoriasiforme.
- Compatible con eritrodermia reaccional
- Compatible con eritrodermia probable (medicamentos)
- Compatible con eritrodermia por dermatitis atópica
- Compatible con eritrodermia psoriásica
- Dermatitis crónica compatible con eritrodermia
- Compatible con proceso eccematoso
- Compatible con cuadro liquenoide
- Compatible con pénfigo foliáceo.
- Compatible con pitiriasis rubra pilar
- Compatible con micosis fungoide

3. Uso de esteroides previos:

- Tópicos.
- Sistémicos.

4. Complicaciones

- Infecciosa.
- Desequilibrio hidroelectrolítico.
- Alteraciones pulmonares.

- Alteraciones cardíacas.
5. Tiempo de evolución de la eritrodermia
 6. Tiempo de estancia intrahospitalaria

IV. MÉTODOS

- La investigación se realizó de marzo del 2006 a agosto de 2006.
- Con búsqueda intencionada de los expedientes del archivo de hospitalización del servicio de Dermatología del Hospital General de México, de los casos que clínicamente correspondan a eritrodermia, y sus reportes histopatológicos.
- Se recolectaran datos clínicos respecto a edad, sexo, condiciones relacionadas, dermatosis preexistentes, así como diagnósticos finales, complicaciones, evolución de la dermatosis y tiempo de estancia intrahospitalaria.
- Se realizará el análisis de la correlación clínico patológica y la ponderación de la frecuencia en los hallazgos histológicos reportados en cada paciente. Así como en que casos suele ser concluyente la biopsia, y en que casos solo corroborará el diagnóstico, sin mayor orientación en el diagnóstico etiológico.

V. ANÁLISIS DE DATOS

- Métodos estadísticos.- Estadística descriptiva fundamentalmente. Medidas de tendencia central, moda, media y mediana. Gráficos de frecuencia por aspectos individuales con análisis de frecuencia. Tabulaciones y cuadros representativos de hallazgos.

VI. LIMITANTES DEL ESTUDIO

- No se logró incluir a todos los pacientes hospitalizados por eritrodermia en el Servicio de Dermatología del Hospital de México, ya que sólo se tomaron en cuenta aquellos expedientes archivados en el área de hospitalización de Dermatología, el cual debería contar con todos los casos hospitalizados, sin embargo con el paso del tiempo algunos de estos expedientes fueron canalizados a clínicas especializadas en el área de Dermatología, en base a la etiología encontrada. Por lo que el tamaño de muestra no es representativa de todos los pacientes valorados y hospitalizados en nuestro servicio. Sin embargo los casos obtenidos, son suficientes para aportar resultados representativos de las características de éste Síndrome eritrodérmico.

VII. RESULTADOS

1. Sujetos:

Se estudiaron a 198 casos con diagnóstico clínico de eritrodermia en 800 expedientes revisados de pacientes hospitalizados en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México, en un período comprendido entre 1976 y 2005. La frecuencia por décadas fue la siguiente: en la primer década (1976 – 1985) 44 casos (24.4%), segunda década (1986 – 1995) 87 casos (44.2%), tercer década (de 1996 – 2005) 62 casos (31.5%).

2. Parámetros demográficos:

El grupo en estudio lo constituyeron 127 hombres (62.4%) y 71 mujeres (34.5%) con edad mínima de 13 años y una máxima de 85 años con un promedio de 44.2 años con una desviación estándar de 19 años.

3. Etiología

El diagnóstico clínico inicial en la etiología del Síndrome de eritrodermia en los 198 expedientes estudiados en un orden decreciente fueron los siguientes: eritrodermia en estudio 69 (34%), eritrodermia secundaria a psoriasis 42 (20.7%), secundaria a medicamentos 36 (17.7%), secundaria a dermatitis atópica 21 (10.3%), secundaria a

micosis fungoide 11 (5.4%), secundaria a dermatitis 11 (5.4%) de los cuales: por contacto 6 (2.5%), dermatitis crónica 3 (1.2%), dermatitis solar 2 (0.8%), eritrodermia secundaria a neoplasia 5 (2.5%), secundaria a pénfigo foliáceo 4 (2 %), secundaria a liquen plano 1 (0.4.%).

El diagnóstico etiológico final de eritrodermia encontrado en nuestro estudio en los 198 casos fue el siguiente en orden decreciente: eritrodermia secundaria a medicamentos 43 casos 21.3%, eritrodermia secundaria a psoriasis 40 (19.8%), secundaria a dermatitis atópica 40 casos (19.8%), eritrodermia idiopática 33casos 16.3%, secundaria a linfoma cutáneo de células T 12 (5.9%), secundaria a dermatitis 12 (5.9%) de los cuales: por contacto 6 (3 %), dermatitis crónica 4 (2%), dermatitis solar 2 (1%), eritrodermia secundaria a neoplasia 6 (3 %), secundaria a pénfigo foliáceo 2 (1 %), secundaria a liquen plano 1 (0.5%), secundaria a lupus eritematoso 1 (0.5%) se detectaron 3 casos de eritrodermia ictiosiforme que se realizó el diagnóstico en la etapa adulta.

DIAGNOSTICO FINAL

Etiología	Frecuencia	Porcentaje
EPS	40	19.8
ER	2	1.0
EPN	6	3.0
EDS	2	1.0
EPF	2	1.0
ELP	2	1.0
EDA	40	19.8
EDXC	6	3.0
DC	4	2.0
EI	33	16.3
LCT	12	5.9
EPRP	4	2.0

EM	43	21.3
ELES	1	.5
Total	198	100.0

Tabla 6. Diagnóstico final. Eritrodermia secundaria a psoriasis (EPS), Eritrodermia reaccional (ER), Eritrodermia secundaria a neoplasia (EPN), Eritrodermia secundaria a dermatitis solar (EDS), Eritrodermia secundaria a pénfigo foliáceo (EPF), Eritrodermia secundaria liquen plano (ELP), Eritrodermia secundaria a dermatitis atópica (EDA), E. secundaria a dermatitis por contacto (EDXC), E. secundaria a dermatitis crónica (EDC), Eritrodermia idiopática (EI), Linfoma T cutáneo (LCT), E. secundaria a pitiriasis rubra pilar (EPRP), Eritrodermia secundaria a medicamentos (EM), Eritrodermia secundaria a lupus eritematoso sistémico.

3.1 Etiología y sexo

A continuación se establece la relación que existe entre las principales etiologías de eritrodermia y su predominio de sexo. Dentro de los 43 casos de eritrodermias secundarias a medicamentos, correspondió el 60.5% (26) al sexo masculino, y el 39.5% (17) al sexo femenino. Las de etiología psoriática predominaron en hombres con una relación de 3:1, con el siguiente porcentaje 30 (75%) hombres y 10 (25%) mujeres. Un predominio masculino 24 casos (60%) y en mujeres en 16 casos (40%) se observó en eritrodermia secundarias a dermatitis atópica. De los pacientes con diagnóstico de eritrodermia idiopática hubo un predominio masculino de 3:1 con los siguientes porcentajes hombres 23 casos (69.7%) y mujeres 10 casos (30.3%). En los únicos casos en que existió predominio femenino fueron en Linfoma T cutáneo con 8 (66.7%) casos y en hombres 4 (33.3%) casos, así como en eritrodermia secundaria a pénfigo foliáceo en 2 mujeres que constituyeron el 100%, y por último en dermatitis crónica con una relación de 3:1, 3 (75%) casos femeninos. Como observamos en lo antes mencionado existe un predominio en hombres en las principales causas de eritrodermia, así como eritrodermias

en general donde el predominio en hombres es de 127 casos (64.5%) y en mujeres con 70 casos (35.5%) con una relación 2:1.

3.2. Etiología y edad

Para establecer la relación entre etiología y edad, se establecieron 3 categorías la primera (1) de 0 a 31 años, la (2) de 32 – 54 años, y la tercera (3) de > 55 años. Encontrando la siguiente relación entre las principales causas: Eritrodermia secundarias a medicamentos se presentaron en un 53% (23 casos) en menores de 30 años, y con un 23.3% (10 casos) en los otros dos grupos de edades respectivamente. En pacientes con eritrodermia secundaria a psoriasis el 55% (22 casos) se encontró en el grupo 2, el 27.5% (11 casos) en el grupo 3. En eritrodermias secundarias a dermatitis atópica el 65% (26 casos) se ubicó en menores de 30 años, y el 25% (10) en el grupo 2. En eritrodermias idiopáticas el 63.3% (21) se ubicó en el grupo 3 mayores de 55 años, y con un 18.2% (6) en los otros dos grupos respectivamente. En pacientes con diagnóstico de Linfoma T cutáneo el 66.7% (8) se encontró entre 32 a 54 años, y el resto 33.3% (4) en mayores de 55 años. Por último en el grupo 3 se encontraron el 66.7% (4) de los pacientes con eritrodermia paraneoplásica. El resto de las causas no tienen significancia estadística por lo que no las mencionaremos. En conclusión podemos decir que en el grupo (1) predominaron las secundarias a dermatitis atópica, y las secundarias a medicamentos, y en el grupo (2) las secundarias a psoriasis, a linfoma T cutáneo, a pitiriasis rubra pilar, y en el grupo (3) las eritrodermia idiopáticas, las secundarias a neoplasias, y las dermatitis por contacto.

3.3. Etiología y tiempo de evolución

Para establecer la relación entre las principales causas y el tiempo de evolución se crearon 5 categorías divididas de la siguiente manera: (1) 0 -18 días, (2) >18 – 30 d, (3) >30 – 60 d, (4) >60 – 120 d, (5) > 120 días. En la eritrodermia secundaria a medicamentos el 80% (34) presentaban una evolución menor a 30 días, con un 48.8% (21) ubicado en el grupo 1, y el 30.2% (13) en el grupo 2. En contraste los secundarios a neoplasias y a linfoma T cutáneo, el tiempo de evolución fue mayor a 120 días en más del 50% de los casos.. En cuanto a las secundarias a psoriasis, dermatitis atópica, e idiopática el tiempo de evolución presentó una tendencia a la homogeneidad en los cinco grupos, por lo que no es relevante mencionar los resultados en forma específica, con una variabilidad del 15 al 30% por grupo (o un promedio de 22.5% por grupo).

4. Patrones histopatológicos

La biopsia de piel fue realizada en 120 pacientes de los 198 casos valorados, contando así con estudio histopatológico el 60.6%, y careciendo de este estudio complementario el 39.4% equivalente a 78 pacientes. Los casos en los que no se les realizó biopsia, se contaba con el diagnóstico etiológico, principalmente fueron aquellos con dermatosis preexistente ya conocida, o secundaria a fármacos.

Los patrones histológicos más frecuentemente reportados fueron los siguientes: compatible con eritrodermia 50 pacientes (41.7%), compatible con psoriasis 14 (11.7%) compatible con eritrodermia reaccional 12 (10%), cuadro psoriasiforme 7 (5.8%), dermatitis crónica 13 (10.8%), compatible con eritrodermia probablemente secundaria a medicamentos 7 (5.8 %), compatible con micosis fungoide 4 (3.3 %), compatible con eritrodermia secundaria a dermatitis atópica 4 (1.6%) compatible con pitiriasis rubra pilar 4 (1.6%), compatible con pénfigo foliáceo en 2 casos (1.7%), con un porcentaje menor al 0.8% se reportaron compatible con cuadro liquenoide, compatible con psoriasis pustulosa, , proceso granulomatoso, linfoma T cutáneo respectivamente.

PATRONES HISTOPATOLOGICOS

Patrones histopatológicos	Frecuencia	Porcentaje
ER	12	10.0
E	50	41.7
CPS	14	11.7
CDA	1	.8
CPRP	3	2.5
CCPS	7	5.8
DC	13	10.8
CEM	7	5.8
CPE	1	.8
PF	2	1.7
CMF	4	3.3
CCL	1	.8
SMF	1	.8
PG	1	.8
DA	2	1.7
LCT	1	.8
Total	120	100.0

Tabla 7. Patrones histopatológicos. Compatible con: eritrodermia reaccional (ER), eritrodermia (E), con psoriasis (CPS), con dermatitis atópica (CDA), con pitiriasis rubra pilar (CPRP), cuadro psoriasiforme (CCPS), con dermatitis crónica (DC), con eritrodermia por medicamentos (CEM), con proceso ecematoso (CPE), pénfigo foliáceo (PF), con micosis fungoide (CMF), cuadro liquenoide (CCL), sugiere micosis micosis (SMF), proceso granulomatoso (PG), con dermatitis aguda DA, con linfoma T cutáneo.

5. Correlación clínico-patológica

De los diagnóstico clínicos enviados como eritrodermia en estudio fueron 47 (39.1%) de los 120 casos estudiados con biopsia, todos los resultados histopatológicos fueron compatibles con eritrodermia sin embargo, para el diagnóstico etiológico fueron de utilidad en 27 casos (57.4%), ya que en 20 casos (42.6%) el reporte solo indicaba ser compatible con eritrodermia lo que no orientaba hacia ninguna etiología. De los patrones histopatológicos orientadores se reportaron en un total de 57.4%, siendo en orden decreciente los siguientes: a) compatible con eritrodermia reaccional 9 casos (19.2%), c) dermatitis crónica 6 (12.8 %), d) cuadro psoriasiforme 3 (6.4%), e) Sugiere micosis fungoide 3 (6.4%), f) compatible con proceso eccematoso 1 (2.1%), g) Compatible con pitiriasis rubra pilar 1 (2.1%), i) proceso granulomatoso 1 (1.4%).

De los 30 casos con diagnóstico clínico de eritrodermia secundaria a psoriasis con biopsia, este se confirmó en 17 casos (56.6 %), tomando en cuenta los siguientes patrones como confirmatorios: 1) compatible eritrodermia psoriatica 13 (43.3%), 2) compatible con cuadro psoriasiforme 4 casos (13.3%) y 3) compatible con psoriasis pustulosa 1 (3.3%). En 10 casos (33.3%) el reporte fue compatible con eritrodermia, lo cual no descarta el diagnóstico, y se requiere de una completa historia clínica para llegar al diagnóstico etiológico. En 3 pacientes (10%) el reporte orientó hacia otro diagnóstico, en 1 casos (3.3%) se reportó pitiriasis rubra pilar, en 1 caso (3.3%) el reportó sugirió micosis fungoide y por último 1 caso (3.3%) fue compatible con eritrodermia reaccional.

De los 36 (17.7%) diagnósticos clínicos enviados como eritrodermia secundaria a medicamentos los resultados fueron inespecíficos en 13 pacientes (36.1%) con un patrón compatible con eritrodermia. De los 23 pacientes restantes equivalente al 63.9% presentaron un patrón orientador de tipo reaccional reportado de la siguiente forma compatible con : eritrodermia reaccional 12 (33.3%), eritrodermia secundaria a medicamentos 5 (13.9%), dermatitis crónica 3 (8.3%), dermatitis aguda 2 (5.6%), cuadro liquenoide 1 (2.8%).

De los 21 pacientes enviados con diagnóstico de eritrodermia secundaria a dermatitis atópica, el patrón predominante en 13 pacientes (61.9%) fue compatible con eritrodermia, lo cual no orientaba hacia ningún diagnóstico. En 6 casos (28.5%) la biopsia confirmaba el diagnóstico, con los siguientes patrones histológicos compatibles: a) dermatitis crónica 4 (19%), b) eritrodermia secundaria a dermatitis atópica 2 casos (9.5%). Y en dos casos 9.6% sugerían otra etiología con los siguientes reportes histopatológicos, compatible con : 1) Cuadro psoriasiforme 1 (4.8%), 2) eritrodermia secundaria a medicamentos 1 (4.8%).

En los 11 pacientes enviados con diagnóstico clínico de eritrodermia secundaria a micosis fungoide, en 3 casos (27.3%) fue confirmatorio con un patrón compatible con micosis fungoide en 2 pacientes , y un caso como linfoma T cutáneo. En el resto de los pacientes 8 casos 72.7%, los patrones histológicos descartaron el diagnóstico, reportando los siguientes patrones compatibles con: 1) eritrodermia reaccional 4 (36.4%), 2) cuadro psoriasiforme 2 casos (18.2%), 3) dermatitis crónica 1 (9.1%), 4) eritrodermia secundaria

a medicamentos 1 caso (9.1%). En estos casos en los que existe sospecha clínica de micosis fungoide, se recomienda la repetición periódica de la biopsia de piel, debido a lo inespecífico de la biopsia en etapas tempranas de la enfermedad.

De 6 pacientes enviados como eritrodermia secundaria a dermatitis por contacto el 83.3% (5) la biopsia apoyaba el diagnóstico, con patrones histológicos reaccionales y solo un caso (16.7%) fue compatible con eritrodermia.

El resto de los diagnósticos clínicos iniciales constituyeron menos de 5 casos por etiología, teniendo 5 casos de eritrodermia paraneoplásica en donde el resultado histopatológico fue inespecífico en el 100% de los casos, 3 de ellos fueron compatibles con eritrodermia y 2 con eritrodermia reaccional, de ahí la importancia de un buen interrogatorio y de estudios auxiliares para el diagnóstico definitivo. Dos casos fueron enviados como eritrodermia secundaria a pénfigo foliáceo, confirmándose y siendo de utilidad la biopsia en el 100% de los casos. De tres casos enviados como secundarios a dermatitis crónica, 2 (66.7%) fueron compatibles con eritrodermia lo que no fue orientador, y 1 caso (33.7%) fue compatible con eritrodermia medicamentos. Por último con 2 pacientes enviados diagnóstico de eritrodermia secundaria a dermatitis solar, el 100% fue inespecífico, solo compatible con eritrodermia.

A diferencia de la correlación antes realizada donde valoramos en que casos es orientador diagnóstico, el reporte de biopsia. A continuación marcaremos la

correlación entre el resultado final y los patrones histopatológicos más frecuentes de cada etiología, en que tanto porcentaje existe la correlación entre la histología y la clínica.

De los diagnósticos finales de eritrodermia secundaria a psoriasis que contaron con reporte de biopsia fueron 31 pacientes (77.5%), el resto ya contaba con diagnóstico previo. En el 62 % el reporte de la biopsia orientó al diagnóstico final y en el 38% no fue concluyente para el diagnóstico etiológico, ya que sólo fue compatible con eritrodermia. Con los siguientes patrones histológicos compatibles con : 1) psoriasis 13 (41.9%), 2) cuadro psoriasiforme 5 (16.1%), 3) compatible con psoriasis pustulosa 1 (4%).

De los 25 (20.8%) casos con diagnóstico final de eritrodermia secundaria a medicamentos, se correlacionaron con los siguientes diagnóstico histopatológicos: Compatible con eritrodermia 9 (36%), compatible eritrodermia secundaria a medicamentos 6 (24%), compatible con dermatitis aguda 3 (12%), compatibles dermatitis crónica 3 (12%), compatible con eritrodermia reaccional 3 (12%), y por último un caso compatible con cuadro liquenoide (4%).

Los pacientes con diagnóstico final de eritrodermia idiopática fueron 21 casos (17.5%), con los siguientes patrones histológicos compatibles con: 1) reaccional 5 (23.8%), 2) eritrodermia 11 (52%), 3) dermatitis crónica 4 (19%), 4) cuadro psoriasiforme 1 (4.8%).

De los diagnósticos de eritrodermia secundaria a dermatitis atópica, 15 casos (12.5%) de los 120 pacientes, los resultados histopatológicos fueron compatibles con: 1) eritrodermia 9 (60%), 2) con dermatitis crónica 3 (20%), 3) eritrodermia reaccional 2 (13.3%) 4) compatible con proceso eccematoso 1 (6 %).

Con diagnósticos finales de dermatitis (por contacto, crónica, y solar) 12 casos 10%, se encontraron los siguientes patrones histológicos compatible con: eritrodermia 5 casos, con dermatitis crónica 2 casos, con psoriasis 1 caso, con cuadro psoriasiforme 1 caso.

Con diagnóstico final de Linforma T cutáneo 6 casos (5%), con los siguientes patrones histopatológicos compatibles con : micosis fungoide 4, proceso granulomatoso 1, linfoma T cutáneo1.

El resto de los pacientes constituyen menos de 4 casos por diagnóstico final, entre esos se encontraron, eritrodermia: secundaria a neoplasia 4 casos, secundaria a pitiriasis rubra pilar 3 casos, lupus eritematoso sistémico 1 caso, en estos casos se requirieron exámenes auxiliares para su estudio integral y diagnóstico final.

6. Dermatosis previas:

En menos de la mitad de los pacientes se encontró una dermatosis previa, el 56.4% (111 casos) no presentaba dermatosis inicial. El mayor porcentaje reportado fue

psoriasis con un 17.3%, seguido de dermatitis atópica en un 16.8%, solo un caso de pitiriasis rubra pilar y uno de liquen plano, que juntos constituían el 1 %, en el resto de los pacientes no se pudo especificar la causa de la dermatosis constituyendo 5.9%.

DERMATOSIS PREVIAS

Dermatosis previas	Frecuencia	Porcentaje
No	114	56.4
DA	35	17.3
PS	34	16.8
DI	12	5.9
PRP	1	.5
L P	1	.5
Total	198	100.0

Tabla 8. Dermatitis previas. 1) No (sin dermatosis), 2) DA (dermatitis atópica), 3) PS (psoriasis), 4) DI (dermatosis inespecífica), 5) PRP (pitiriasis rubra pilar, 6) LP (liquen plano)

7. Complicaciones :

De los 198 pacientes, 118 casos (58.4%) no presentaron complicaciones secundarias a su dermatosis, 70 casos (41.6%) de ellos presentaron las siguientes en orden decreciente: impétigo 44 (21.8%), desequilibrio hidroelectrolítico 9 pacientes (4.5%), erupción variceliforme de Kaposi 7 (3.5%), candidiasis oral 5 casos (2.5%), otitis media 5 (2.5%), neumonía 2 (1%), y se presentaron dos defunciones, una secundaria a choque séptico y la segunda a micosis fungoide. Se trasladaron 2 pacientes a la terapia intensiva por desequilibrio hidroelectrolítico, y 3 pacientes se trasladaron a

hematología para tratamiento especializado de la enfermedad de base, y 2 pacientes a medicina interna por insuficiencia renal crónica.

8. Uso de esteroides previos:

La mayoría de los pacientes refería el uso previo de esteroides ya sea tópicos o sistémicos, el 42.1% equivalente a 85 pacientes negaban su uso. De los 57.9% que si utilizaron esteroides, 43 pacientes habían utilizado tanto tópicos como sistémicos, 35 (17.3%) pacientes se administraron esteroides sistémicos y 32 (15.8%) solo tópicos.

9. Tiempo de evolución:

Se encontró un tiempo de evolución promedio, contando desde el inicio de la dermatosis a su ingreso de 90 días, con un mínimo de 4 días y un máximo de 5 años.

10. Estancia intrahospitalaria:

El Tiempo de estancia intrahospitalaria, fue muy variable, con un tiempo mínimo de 1 día y un máximo de 170 días, con una media de 33.65 días.

DISCUSIÓN

El síndrome eritodérmico, es una de las causas principales de hospitalización en el área de Dermatología del Hospital General de México. Los resultados de nuestro estudio no tienen gran diferencia con estudios antes realizados en otros países, tanto en su grupo demográfico como en su frecuencia etiológica, puesto que siempre se han alternado los tres principales diagnósticos etiológicos; entre eritrodermia secundaria a medicamentos, dermatosis preexistentes, y los considerados idiopáticos.

Los casos de eritrodermia recabados fueron 198, de un total de 800 expedientes archivados en el área de hospitalización del Servicio de Dermatología del Hospital General de México, sin embargo, esta muestra no representa el total de pacientes hospitalizados por eritrodermia en nuestro servicio, ya que una limitante de nuestro estudio, fue que algunos de los expedientes de pacientes hospitalizados por eritrodermia, ya no se encontraban en este archivo, sino que fueron canalizados a clínicas especializadas dentro de Dermatología de acuerdo a la etiología encontrada. Sin embargo la muestra obtenida es suficiente para aportar características representativas de los pacientes con éste Síndrome. En base a la valoración de éstos 198 casos de eritrodermia se obtuvieron los siguientes datos:

El estudio mostró un predominio de hombres con una relación 2:1, con un promedio de edad de 45 años +/- 19 años. En etiologías como psoriasis y las de tipo

idiopático el predominio de hombres se incrementa hasta 3:1. El predominio en mujeres se observó en Linfoma T cutáneo, pénfigo foliáceo y dermatitis crónicas.

La frecuencia etiológica en orden decreciente fue en primer lugar secundaria a dermatosis previas (51%), seguida por reacción a medicamentos (21.3%), y en tercer lugar las idiopáticas (16.3%). Dentro de las dermatosis previas encontramos con el mismo porcentaje 19.8% (40) para psoriasis y para dermatitis atópica, y el resto contabilizaba menos del 6% respectivamente, entre estos linfoma T cutáneo, dermatitis, pénfigo foliáceo, y liquen plano.

En lo que respecta a la relación entre causa y edad, se encontró que en menores de 30 años, predominaron las secundarias a dermatitis atópica, y las secundarias a medicamentos, y entre 31 y 54 años predominaron las secundarias a psoriasis, a linfoma T cutáneo, y a pitiriasis rubra pilar, en mayores de 55 años se encontró más de la mitad de las eritrodermia secundarias a neoplasias, las idiopáticas y las dermatitis por contacto.

En lo referente al tiempo de evolución, marcó que en el 80% de los casos secundarios a medicamentos, tuvo poco tiempo de evolución menor a 30 días, y de estos el 48.8% menor a 18 días. En contraste con la eritrodermia secundaria a neoplasias y Linfoma T cutáneo, donde el tiempo de evolución fue mayor a 4 meses en más de la mitad de los pacientes. En el resto de las etiologías como psoriasis, dermatitis atópica, y en las idiopáticas, el tiempo de evolución fue muy variable, manteniendo porcentajes

similares en cada categoría, sin mayor tendencia por algún tiempo de evolución, ya sea corto o largo.

En la mayoría de los casos el diagnóstico clínico de la etiología no es posible, por lo que es muy importante la correlación clínico-patológica. En aproximadamente el 40% de los pacientes se encontraba una dermatosis previa que orientaba hacia el diagnóstico etiológico, lo cual se confirmó con la biopsia o por lo menos fue compatible a dicho diagnóstico, sólo un caso fue enviado como psoriasis, que con el resultado de biopsia se concluyó pitiriasis rubra pilar. Aproximadamente un 63.8 % de los pacientes enviados por eritrodermia secundaria a medicamentos refería el uso de medicamentos previo a su dermatitis exfoliativa, lo cual también contribuyó a su diagnóstico junto con la biopsia y otros estudios realizados, que descartaban cualquier otra entidad. Por último, es importante mencionar que observamos un bajo porcentaje de neoplasias constituyendo tan sólo el 3% de los casos de eritrodermia, y éstos fueron en pacientes ancianos, y las neoplasias encontradas fueron: cáncer de próstata (3), cáncer cervicouterino (1), carcinoma broncogénico (1), y un linfoma no Hodgkin difuso de células grandes.

Para el diagnóstico etiológico fueron de utilidad 58.3% de las biopsias, ya que en 50 casos (41.7%) el reporte solo indicaba ser compatible con eritrodermia lo que no orientaba hacia ninguna etiología. De los patrones histopatológicos orientadores (58.3%) se reportaron orden decreciente los siguientes: reportados fueron los siguientes: compatible con psoriasis 14 (11.7%), compatible con eritrodermia reaccional 12 (10%),

cuadro psoriasiforme 7 (5.8%), dermatitis crónica 13 (10.8%), compatible con eritrodermia probablemente secundaria a medicamentos 7 (5.8 %), compatible con micosis fungoide 6 (4.9 %), compatible con pitiriasis rubra pilar 3 (2.5%), y otros cuadros menos significativos menores al 1.7% respectivamente.

Sin embargo, el porcentaje de un resultado de biopsia orientador, era variable dependiendo la etiología, de tal manera que existían etiologías como pénfigo foliáceo que en 100% de los casos la biopsia confirmaba el diagnóstico, seguido por dermatitis por contacto, con un 83% de casos en los que la biopsia apoyaba al diagnóstico, con patrones histopatológicos de tipo reaccional; y otros resultados de biopsia que variaban entre 55 a 63% su apoyo diagnóstico, dentro de estas se encontraban en orden ascendente: eritrodermia en estudio, secundarias a psoriasis y las secundarias a medicamentos. De ahí bajamos el porcentaje de utilidad de la biopsia hasta un 28% aproximadamente en dermatitis atópica y linfoma T cutáneo, sin embargo en esta última en el 72.7% el resultado rechazaba el diagnóstico por lo cual también era de utilidad; en estos pacientes la biopsia en la fase inicial suele ser inespecífica, y se requiere de un seguimiento. Por último es de mencionar que existieron casos en que el 100 % de los resultados eran inespecíficos como en dermatitis solar y secundarias a procesos neoplásicos, donde se requirió de otros estudios complementarios para el diagnóstico final.

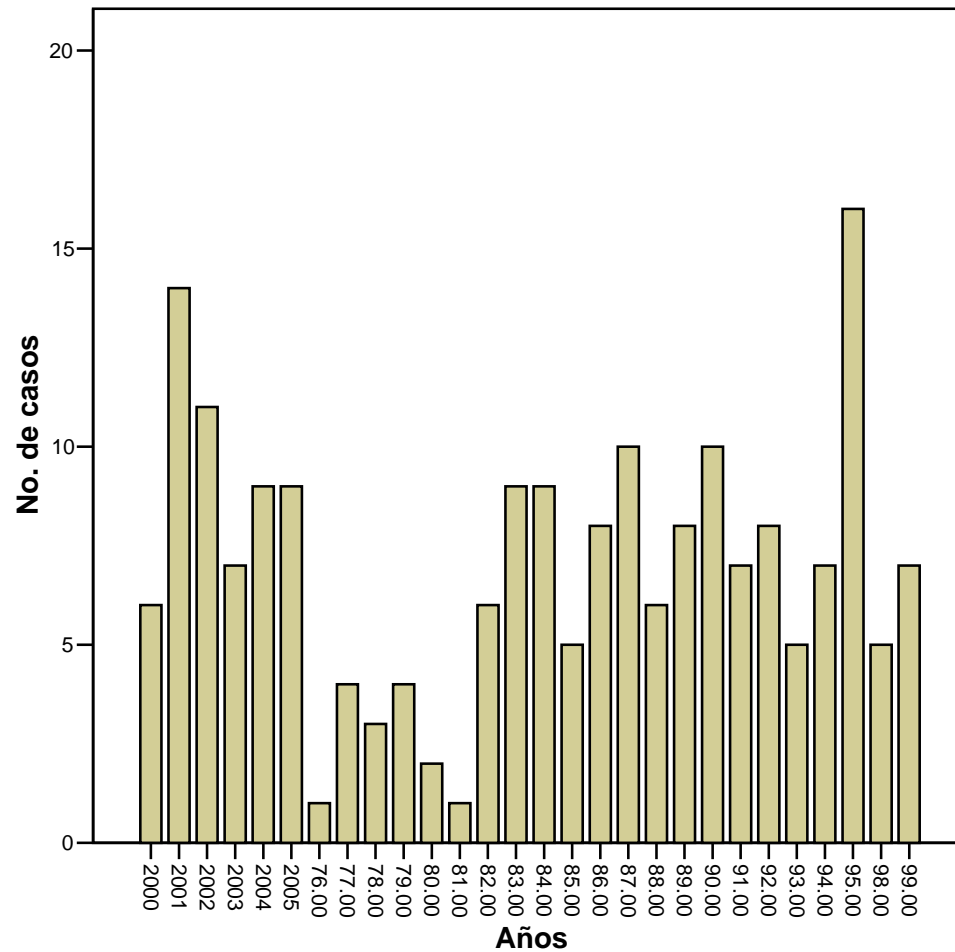
En cuanto a la correlación entre el diagnóstico final y la histopatología se observó la mayor correlación en pacientes con pénfigo foliáceo en que el reporte confirmó el

diagnóstico en el 100% de los casos, seguido de linfoma T cutáneo en el cual de 6 casos, 5 de ellos confirmaban el diagnóstico con una correlación del 83.2% y en un caso el resultado fue proceso granulomatoso, y el diagnóstico se realizó utilizando otros métodos diagnósticos, con seguimiento del paciente. En eritrodermia secundarios a psoriasis, la correlación con la histología fue en el 62% de los casos. Los secundarios a dermatitis atópica tuvieron una correlación con la biopsia en un 40%. En aquellas en que no se encontró la etiología (idiopáticas) el reporte fue inespecífico en 52% solo compatible con eritrodermia, en el 42.8 % de tipo reaccional y un a 4.8% presentó cuadro psoriasiforme,, sin embargo no se pudo concluir el diagnóstico. En dermatitis por contacto de 12 pacientes 9 contaba con biopsia, el 55.6% fue compatible con eritrodermia lo que no afirma ni rechaza el diagnóstico y no podríamos hablar de correlación, la cual si se presentó en el 44.6%.

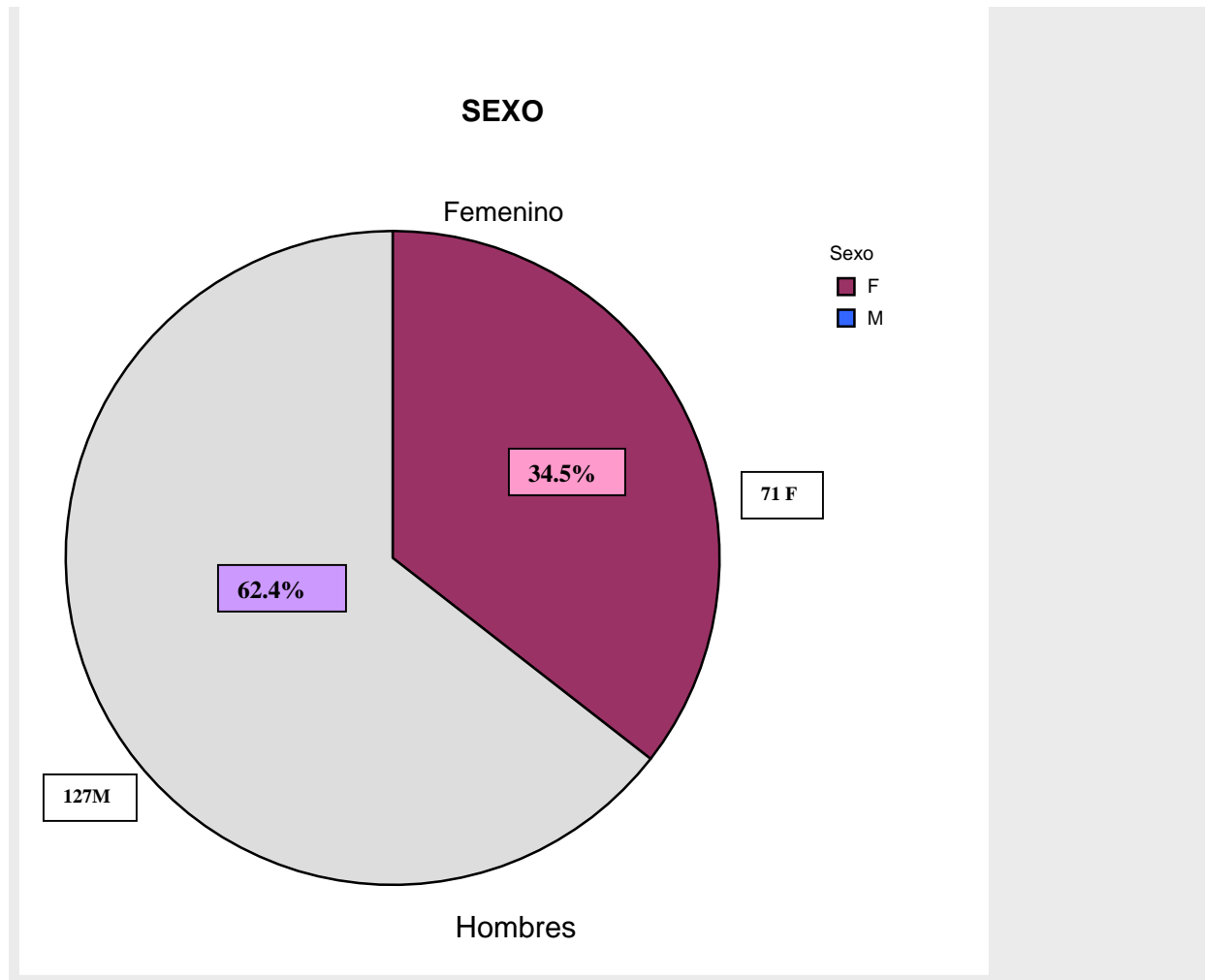
Las complicaciones reportadas se encontraron en menos de la mitad de los pacientes; la mayoría no ponía en peligro la vida. La principal fue impétigo secundario, seguida de desequilibrio hidroelectrolítico con un porcentaje mucho menor con sólo nueve casos de los 198 estudiados. La defunción se presentó en dos pacientes durante su estancia intrahospitalaria, el primero con diagnóstico de Micosis fungoide, y el segundo con diagnóstico de esquizofrenia más eritrodermia secundaria a carbamazepina cuya causa de muerte fue choque séptico. Estos pacientes fallecieron en el primer día de ingreso, ya que acudieron en muy malas condiciones generales.

GRÁFICAS

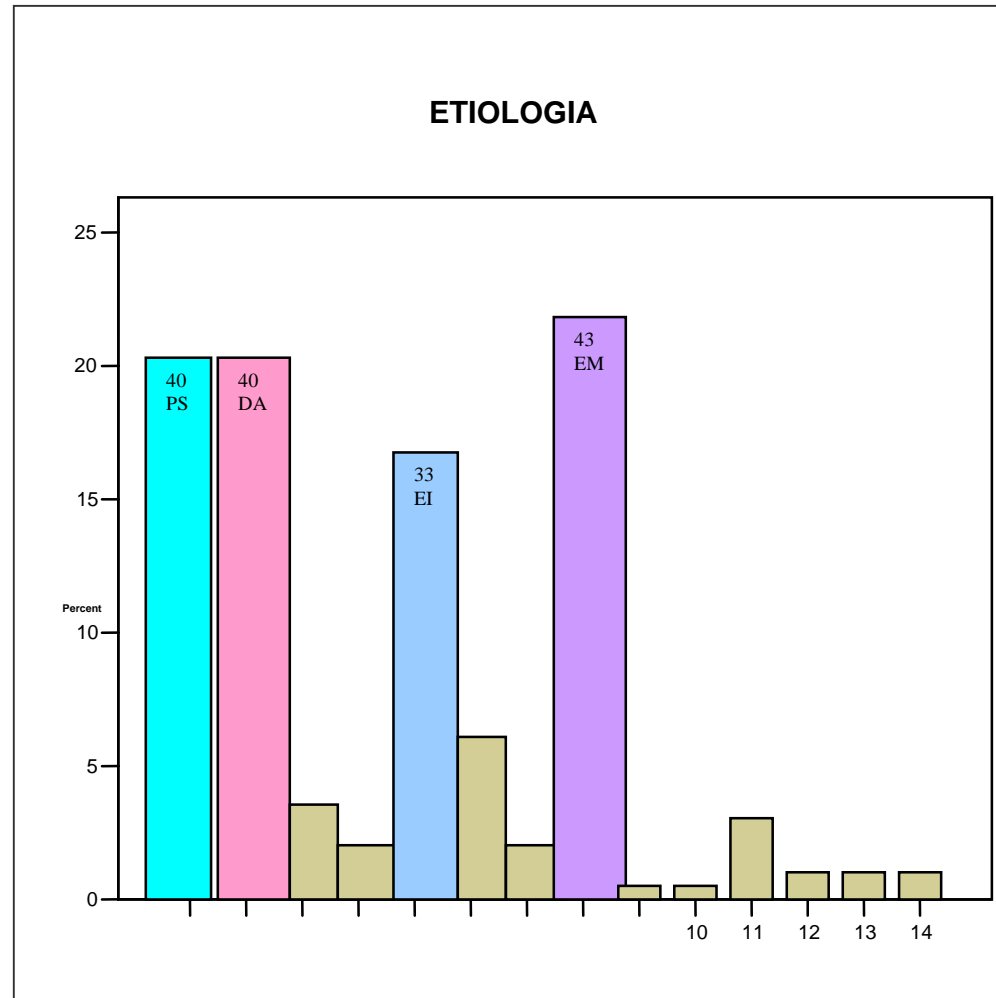
CASOS DE ERITRODERMIA POR AÑO



Gráfica 1. Casos de eritrodermia por año de 198 casos revisados



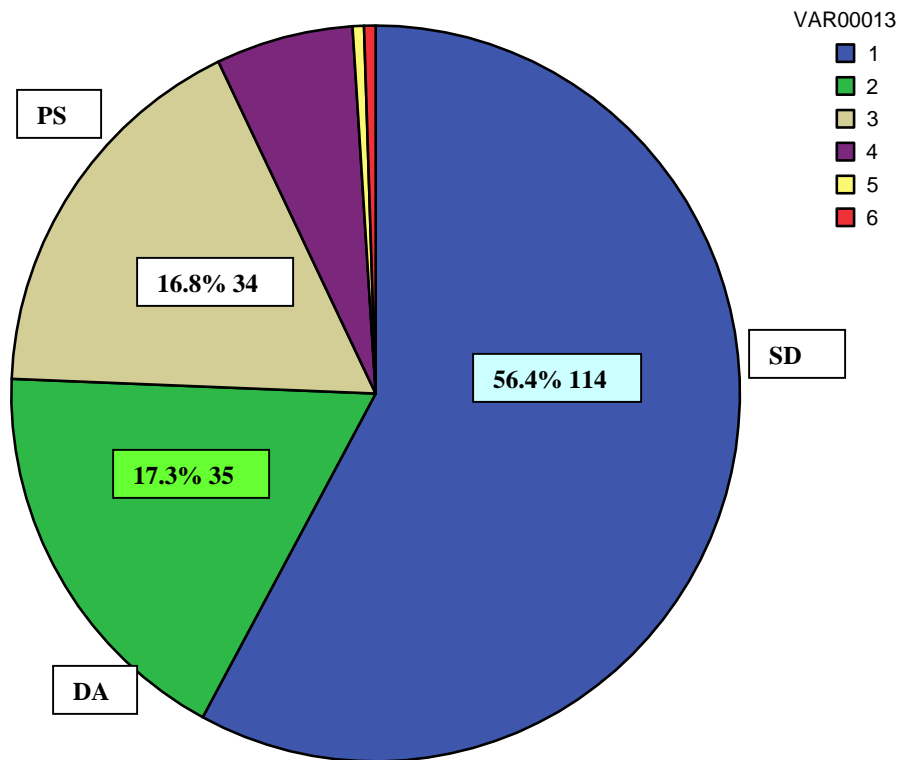
Gráfica 2. Eritrodermia y sexo. F (femenino) y M (masculino).



Gráfica 3. Etiologías de Síndrome de eritrodermia

1. Eritrodermia secundaria a psoriasis	6. Eritrodermia sec. Linfoma T cutáneo	11. Eritrodermia sec a dermatitis por contacto
2. Eritrodermia secundaria a dermatitis atópica	7. Eritrodermia sec pitiriasis rubra pilar	12. Eritrodermia sec a dermatitis solar
3. Eritrodermia sec a dermatitis por contacto	8. Eritrodermia sec a medicamentos	13. Eritrodermia sec a pénfigo foliáceo
4. Eritrodermia sec a dermatitis crónica	9. Eritrodermia sec a lupus eritematoso	14. Eritrodermia sec a liquen plano
5. Eritrodermia idiopática	10. Eritrodermia reaccional	

DERMATOSIS PREVIAS



Gráfica 4.
Dermatosis previas.

1. Sin dermatosis

2. D. atópica

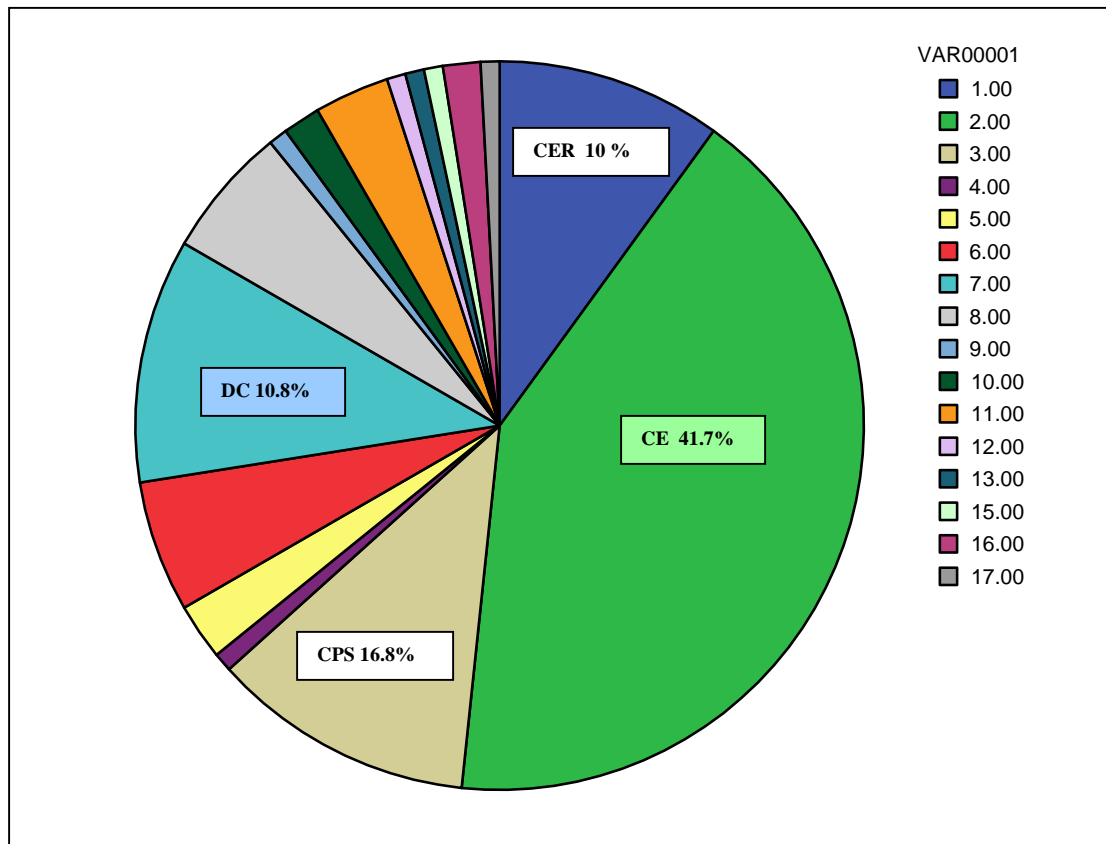
3. Psoriasis

4. Dermatitis inespecífica

5. Pitiriasis Rubra Pilar

6. Liquen plano

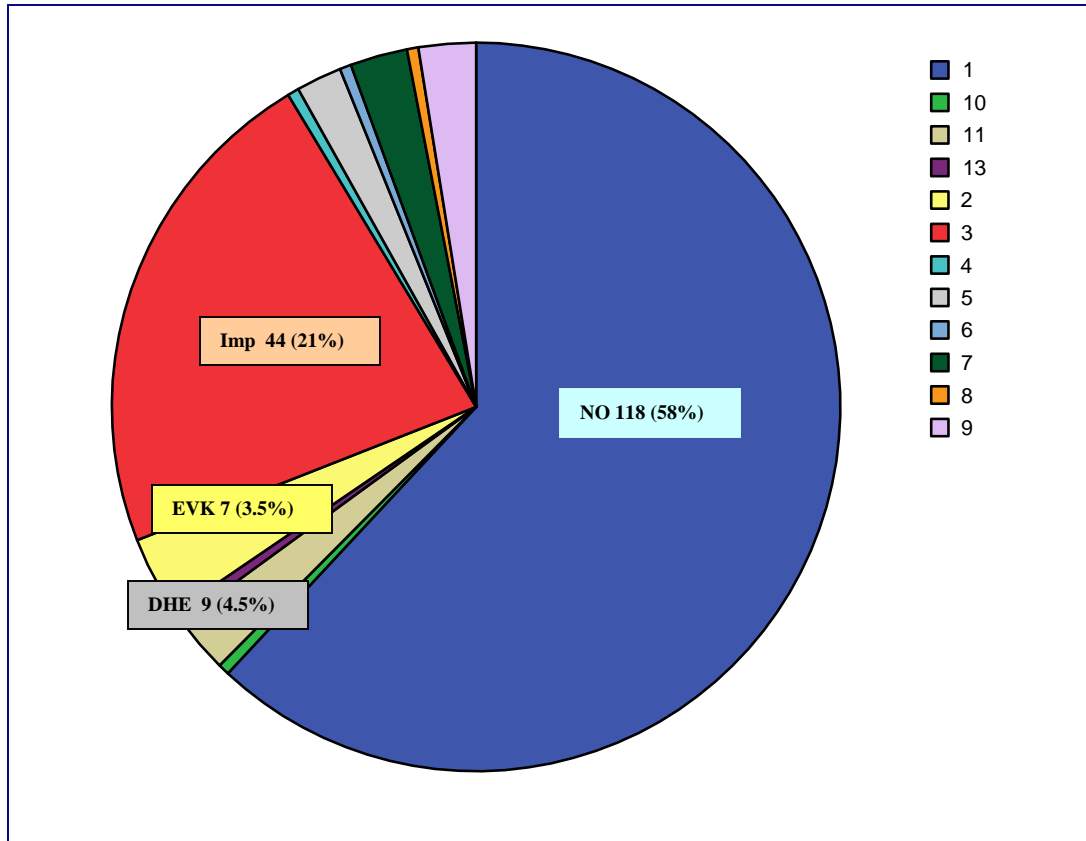
PATRONES HISTOPATOLOGICOS



Gráfica 5. Patrones histopatológicos.

1. Eritrodermia reaccional
2. Compatible con eritrodermia
3. Compatible con psoriasis
4. Compatible con dermatitis atópica
5. Compatible con pitiriasis rubra pilar
6. Compatible con cuadro psoriasiforme
7. Dermatitis crónica
8. Compatible con eritrodermia por medicamentos
9. Compatible con proceso eczematoso
10. Pénfigo seborreico
11. Compatible con micosis fungoide
12. C. cuadro liquenoide
13. C. psoriasis pustular
14. Sugiere micosis fungoide
15. Proceso granulomatoso
16. Dermatitis aguda
17. Linfoma T cutáneo

COMPLICACIONES



Gráfica 6. Complicaciones: 1) Ninguna, 2) Erupción variceliforme de Kaposi, 3) Impétigo, 4) Conjuntivitis, 5) Deshidratación hidroelectrolítica (DHE), 6) Defunción, 7) Artropatía psoriática, 8) Infección de vías respiratorias, 9) Candidiasis oral, 10) Otitis media, 11) DHE + Otitis media, 13) Impétigo y neumonía.

CONCLUSIONES

1) Durante la realización de éste estudio, nos percatamos de una limitante, en el obtención de expedientes archivados en el área de hospitalización de Dermatología, puesto que no era demostrativo de todos casos hospitalizados por eritrodermia en nuestro servicio, ya que algunos de éstos expedientes habían sido canalizados a las clínicas especializadas de Dermatología en base a su etiología; como consecuencia sólo se pudo obtener 198 casos de 800 expedientes revisados, de 1976 a 2005, lo cual era una muestra significativa, para proporcionar datos representativos de esta entidad, que fueron los siguientes.

2) Existe una mayor tendencia a desarrollar el síndrome de eritrodermia en pacientes del sexo masculino en una relación 2:1, con una edad promedio de 45 años.

3) Las causas principales de eritrodermia, tanto en el diagnóstico inicial como el final fueron cuatro, en el siguiente orden decreciente: eritrodermia secundaria a medicamentos, eritrodermia secundaria a psoriasis y a dermatitis atópica con el mismo porcentaje, y en tercer lugar la eritrodermia idiopática.

3) En casos en que existe poco tiempo de evolución, hay una mayor tendencia a ser secundaria a medicamentos. A diferencia de las secundarias a procesos paraneoplásicos o linfoma T cutáneo en los que el tiempo de evolución fue mayor a 4 meses.

4) En menores de 30 años se presentan predominantemente las secundarias a medicamentos y a dermatitis atópica, a diferencia de las secundarias a procesos neoplásicos e idiopáticos que se presentan generalmente en mayores de 55 años.

5) Los principales patrones histológicos observados, fueron : a) compatible con eritrodermia, , b) compatible con eritrodermia reaccional, c) compatible eritrodermia secundaria a psoriasis, d) Compatible con cuadro psoriasiforme, e) dermatitis crónica, f) Compatible con eritrodermia probablemente secundaria a medicamentos.

6) El apoyo en el diagnóstico etiológico de la biopsia de piel, en el Síndrome de eritrodermia fue de 58.3%..

7) Sin embargo, el porcentaje varía de acuerdo a la etiología, desde un 100% de utilidad diagnóstica en pénfigo foliáceo, hasta un 0% en las de etiología neoplásica o dermatitis solar. Con un apoyo de un poco más del 50% en eritrodermia en estudio, psoriática, y medicamentosa.

8) La mayor correlación entre el diagnóstico final y la histopatología fue en pénfigo foliáceo con un 100%, seguida de linfoma T cutáneo 83.2%. En los casos secundarios a psoriasis fue de 62%. El resto de las etiologías la correlación fue menor del 45%.

9) Menos de la mitad de los pacientes (43%) padecía una dermatosis previa a la eritrodermia. Las principales fueron psoriasis, seguido de dermatitis atópica, y en algunos casos no se pudo establecer el tipo de dermatosis.

10) Las complicaciones se presentaron en menos de la mitad de los pacientes, las principales fueron: impétigo, desequilibrio hidroelectrolítico, erupción variceliforme de Kaposi, infecciones respiratorias, y dos pacientes fallecieron los cuales llegaron en malas condiciones a su ingreso.

11) El tiempo de evolución promedio de la eritrodermia fue de 90 días y el de estancia intrahospitalaria de 33.6 días.

REFERENCIAS

- 1.- Thestrup K, Halkier L, Soggar H, et al. The red man syndrome: exfoliative dermatitis of unknown etiology: a description and follow-up of 38 patients. J Am Acad Dermatol 1988; 18:1307-12.
- 2.- Puig L. Fisiopatología de las eritrodermias. Piel 1994;9:269-73.
- 3.- Botella R, Sanmartín O, Oliver V, et al. Erythroderma. A clinicopathological study of 56 cases. Arch Dermatol 1994;130:1503-07.
- 4.- Boyd A, Menter A. Erythroderma psoriasis: Precipitating factors, course, and prognosis in 50 patients. J Am Acad Dermatol 1989;21:985-91.
- 5.- Hasan T, Jasen C. Erythroderma: A follow-up of fifty cases. J Am Acad Dermatol 1983;8:836-40.
- 6.- Cordel N, Lenormand B, Courville P, et al. Usefulness of cutaneous T-cell clonality analysis for the diagnosis of cutaneous T-cell lymphoma in patients with erythroderma. Arch Pathol Lab Med. 2005;129(3):372-6.
- 7.- Sigurdsson V, Toonstra J, Van Vloten WC. Idiopathic erythroderma: a follow-up study of 28 patients. Dermatology 1997;194(2):98-101.

- 8.- Boh E, et al. Erythroderma in an elderly patient. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51:850-852.
- 9.- Armus S, Keyes B, Cahill C, et al. Photopheresis for the treatment of cutaneous T-cell lymphoma. *J Am Acad Dermatol* 1990; 33:898-902.
- 10.- Anatoli F, Borsuk D, Sasseville D; Dermatologic emergencies. *Canadian Med Assoc J* 2005;173:11.
- 11.- Sigurdsson V, Toonstra J, Hezemans B, et al. Erythroderma : A clinical and follow-up study of 102 patients with emphasis on survival. *J Am Acad Dermatol* 1996;35(1):53-7.
- 12.- Heald P, Yan S, Edelson R. Profound Deficiency in Normal Circulating T Cells in Erythrodermic Cutaneous T-Cell Lymphoma. *Arch Dermatol* 1994; 130:198-203.
- 13.- Sentis HJ, Willemze R, Scheffer E. Histopathologic studies in Sezary syndrome and erythrodermic mycosis fungoides: a comparison with benign forms of erythroderma. *J Am Acad Dermatol* 1986;15(6):1217-26.
- 14.- Wolf IH, Smolle J, Cerroni L, Kerl H. Erythroderma with lichenoid granulomatous features induced by erythropoietin. *J Cutan Pathol.* 2005;32(5):371-4.

- 15.- Tomasini C, Aloï F, Solaroli C, Pippione M. Psoriatic erythroderma: a histopathologic study of forty-five patients. *Dermatology* 1997 194(2):102-6.
- 16.- Walsh NM, Prokopetz R, Tron VA, et al. Histopathology in erythroderma: review of a series of cases by multiple observers. *J Cutan Pathol* 1994;21(5):419-23.
17. Zip C, Murray S, Walsh, NM. The specificity of histopathology in erythroderma. *J Cutan Pathol* 1993;20(5):393-8.
18. Cherny S, Mraz S, Su L, et al. Heteroduplex analysis of T-cell receptor gamma gene rearrangement as an adjuvant diagnostic tool in skin biopsies for erythroderma. *J Cutan Pathol* 2001;28(7):351-5.
19. Cordel N, Lenormand B, Courville P, et al. Usefulness of cutaneous T-cell clonality analysis for the diagnosis of cutaneous T-cell lymphoma in patients with erythroderma. *Arch Pathol Lab Med.* 2005;129(3):372-6.
20. Morar N, Dlova N, Gupta AK, et al.. Erythroderma: a comparison between HIV positive and negative patients. *Int J Dermatol* 1999; 38(12):895-900.
- 21.- Orozco R, Reyes E, Guzman J, Ponce de León S. Eritrodermia: Estudio retrospectivo de 23 casos. Desarrollo de un algoritmo de estudio. *Dermatología Rev Mex* 1994; 38(4):247-52.
- 22.- Horn T, Almonte V, Vogelsang G, Kennedy M. Erythroderma after autologous bone marrow transplantation modified by administration of cyclosporine and interferon gamma for breast cancer. *J Am Acad of Dermatol* 1996; 34(3):413-417.

- 23.- Perusquía A. Determinación de marcadores celulares por citometría de flujo como auxiliar en el diagnóstico de las eritrodermias. Tesis de especialidad en Dermatología, Hospital General de México UNAM 1996.
- 24.- García-González E. Síndrome eritrodérmico: Estudio de 25 casos. Tesis de especialidad en Dermatología, Hospital "Manuel Gea Gonzalez" UNAM 1988.
- 25.- Flugman S, McClain S, Clark R. Transient eruptive seborrheic keratoses associated with erythrodermic psoriasis and erythrodermic drug eruption: Report of two cases. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:S212-4.
- 26.- Vasconcellos C, Domingues PP, Aoki V, et al. Erythroderma: analysis of 247 cases. *Rev Saude Publica* 1995 ; 29(3):177-82.
- 27.- Sigurdsson V, Steegmans P, Van W. The incidence of erythroderma: A survey among all dermatologists in The Netherlands. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45:675-8.
- 28.- Bologna JR, et al. *Infection disease in Dermatology*, Ed. Mosby; 2004, (1):167
- 29.- Rothe M, Bialy T, Grant-Kels J. Erythroderma. *Dermatologic clinics*. 2000; 18(3): 827-830 .
- 30.- Alonso-Llamazares J, Dietrich S, Gibson L. Bullous pemphigoid presenting as exfoliative erythroderma. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39:827-30.
- 31.- Axelrod JH; Herbold DR; Freel JH; Palmer SM. Exfoliative dermatitis: presenting sign of fallopian tube carcinoma. *Obstet Gynecol* 1988; 71(6 Pt 2): 1045-7.

- 32.- Harper TG; Latuska RF; Sperling HV. An unusual association between erythroderma and an occult gastric carcinoma. *Am J Gastroenterol* 1984; 79(12): 921-3.
- 33.- Tebbe B; Schlipfert U; Garbe C; Orfanos CE. Erythroderma "en nappes claires" as a marker of metastatic kidney cancer. Lasting, successful treatment with rIFN-alpha-2a]. *Hautarzt* 1991; 42(5): 324-7.
- 34.- Nousari J, Kimyai-Asadi A, Spegman D. Paraneoplastic dermatomyositis presenting as erythroderma. *J Am Acad of Dermatol* 1998;39(4):653-654.
- 35.- Shelley W, Shelley E. Chronic erythroderma induced by beta-blocker (timolol maleate) eyedrops. *J Am Acad of Dermatol.* 1997; 37 (5): 456-62.
- 36.- Elewski B, Hugher L, Parsons M. *Differential Diagnosis in Dermatology.* Elsevier Mosby. 2005; 159.
- 37.- Freedlberg IM, Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al. *Dermatology in general medicine.* Quinta Edición . Ed. Panamericana. 2001: 568-71.
38. Adum Sadae, J. Eritrodermia en el adulto: Estudio prospectivo de 20 casos observados en el servicio de Dermatología del Hospital General de México. Tesis de especialidad en Dermatología, del Hospital General de México UNAM 1985.
39. Lubbe J., Pournaras C.C., Saurat J.H., Eczema herpeticum during treatment of atopic dermatitis with 0.1% tacrolimus ointment. *Dermatology.* 2000; 201: 249-251.

40. Beth R. Santmyire-Rosenberger, et al. Psoriasis herpeticum: Three cases of kaposi's varicelliforme eruption in psoriasis. *J Am Acad of Dermatol.* 2005; 53 (1): 498-506.
41. Horiuchi , et al. Kaposi's varicelliform eruption during the course of steroid withdrawal in a senile erythroderma patient: cure of regional erythrodermic lesions following infection. *J Dermatol.* 1999; (26): 375-378.
42. Mooney M.A., Janniger C.K., Schwartz R.A., Kaposi's varicelliform eruption. *Cutis.*1994; (53) :243-245.
43. Roujeau J.C. Clinical heterogeneity of drug hypersensitivity. *Toxicology.* 2005:(209): 123-129.
44. Knowles S.R., Uetrecht J., Shear N.H. Idiosyncratic drug reactions: the reactive metabolite syndrome. *Lancet;* 2000; 356: 1587-1591.
45. Descamps V., Valance A., Edlinger C., Fillet A.M., Grossin M., Lebrun-Vignes B., et al. Association of human herpesvirus 6 infection with drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms. *Arch Dermatol.* 2001; 137 : 301-304.
46. Gerlinde Obermoser, et al. Fever, eosinophilia, and a rash. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 56(5).
47. Kang S, Lucky AW, Pariser D, Lawrence I, Hanifin JM. Long-term safety and efficacy of tacrolimus ointment for the treatment of atopic dermatitis in children. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 44(suppl 1): S58-S64.

48. Barnetson R., et al. Childhood atopic eczema. *BMJ.* 2002; 324:1376-1379.

49. Odom R, James W, Berger T. *Dermatología clínica.* Marban. 2004. 1:251-253.

50. Moulin J, et al. Les Erythrodermas. *Encycl Med Chir, Dermatologie, Paris.* 1980.
1233.