



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

**CARACTERIZACIÓN DE LA ERITRODERMIA Y SU
EFICACIA TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE
DERMATOLOGÍA.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
DERMATOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. GENESIS EGLITZA GARCIA RODRIGUEZ

DRA. LUCIA ACHELL NAVA
ASESORA DE TESIS

CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO 2023.

FOLIO: 308.2023





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.

CARACTERIZACION DE LA ERITRODERMIA Y SU EFICACIA TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGIA.

Folio RPI: 308.2023



Dra. Denisse Añorve Bailón
Subdirectora de Enseñanza e Investigación



Dr. José Luis Aceves Chimal
Encargado de la Coordinación de Enseñanza

Dra. Lucía Achell Nava
Jefa del Servicio de Dermatología

Dra. Lucía Achell Nava
Profesora Titular del Curso de Dermatología

Dra. Lucía Achell Nava
Primer Asesor de Tesis



Dra. Génesis Eglitza García Rodríguez
Médico Residente de 3er año de Dermatología. Autora de Tesis.

Agradecimientos:

Primero que nada, a Dios, por permitirme llegar hasta el día de hoy con salud, junto a mis familiares y amigos, rodeada de amor y bendiciones.

A mi mamá, la Dra. Rosa Nelly Rodríguez García, quien sin duda ha sido mi pilar y fortaleza a lo largo de mi vida, mi ejemplo a seguir, me ha apoyado en todo momento, y ha hecho hasta lo imposible para que yo logre mis sueños, sin ella no estaría en el lugar que estoy ahora, ni sería la persona que soy; este logro va por ti, te amo con todo mi ser.

A mi papá, el Dr. Francisco Javier García Jiménez, gracias por todo el amor, protección y apoyo incondicional, siempre alentándome a ser la mejor en todo lo que realizo, exigiéndome académicamente lo que él sabía que yo era capaz de dar, sin duda sin sus consejos y todo el conocimiento que me ha brindado, no lo hubiera podido lograr. Este logro también va por ti, te amo.

A mi hermano, el Dr. José Francisco García Rodríguez, quien siempre ha estado muy presente en todo mi crecimiento personal y profesional, apoyándome en cada decisión que tomo, dándome cariño y consejos; no sé qué sería de mi vida sin ti, te amo.

A la Dra. Sagrario Hierro Orozco, quien me dio la oportunidad de entrar al mundo de la dermatología, gracias por sus enseñanzas, por compartir con todos nosotros su extenso conocimiento de la materia y su gran experiencia. Mi admiración, respeto, cariño y eterna gratitud siempre estarán con usted.

A mis maestras, las Dras. Lucía Achell, gracias por siempre estar al pendiente de nosotros, por la disposición que ha mostrado, por compartir su conocimiento y por su entero apoyo y amistad; a la Dra. Guadalupe Maldonado le agradezco haya

llegado al servicio a darle la alegría que hay hoy en día, así como siempre estar en la mejor disposición para enseñarnos; a la Dra. Valeria Díaz, gracias por el conocimiento impartido desde el día 1, por su apoyo y dedicación; gracias a las 3, que siempre estuvieron muy presentes involucradas en la educación de todos sus residentes, por ser nuestras guías, por todos los consejos, la dedicación y paciencia; sin sus palabras y correcciones precisas no habiéramos podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada.

Por último, pero no menos importante, a mis amigos que ellos saben quiénes son, gracias por siempre estar, por apoyarme y darme ánimos y aliento cuando más lo necesitaba, gracias por las risas, los enojos, sin duda un pilar importante para haber podido sobrellevar la residencia. Los llevaré en mi corazón por siempre.

**CARACTERIZACIÓN DE LA ERITRODERMIA Y SU EFICACIA
TERAPÉUTICA EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA.**



ÍNDICE

<i>Abreviaturas</i>	8
<i>Introducción</i>	9
Antecedentes	10
<i>Planteamiento del Problema</i>	12
Justificación	12
Pregunta de Investigación	13
<i>Objetivos</i>	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
<i>Metodología de Investigación</i>	14
Criterios de Inclusión	14
Criterios de Exclusión	14
Criterios de Eliminación	14
Muestra	15
Operacionalización de las variables	15
Procedimientos empleados	18
Procesamiento y análisis estadístico	18
Consideraciones éticas	18
Recursos, financiamiento y factibilidad	19
<i>Resultados</i>	20

<i>Discusión</i>	28
<i>Conclusiones</i>	29
<i>Conflicto de Intereses</i>	30
<i>Referencias Bibliográficas</i>	30

Abreviaturas

- LCLT = Linfoma cutáneo de células T
- VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana
- LNH = Linfoma no Hodking
- EMM = Eritema multiforme mayor
- PRP = Pitiriasis rubra pilaris
- DM = Diabetes Mellitus
- HTA = Hipertensión Arterial
- APP = Antecedentes personales patológicos
- CMN20Noviembre: Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

INTRODUCCIÓN

La eritrodermia se define como un eritema que cubre más del 90% de la superficie corporal, representando la máxima severidad de las varias etiologías que lo pueden causar, ya que aumenta significativamente el riesgo de muerte cuando el paciente presenta esta patología (Sehgal et al., 2004).

El diagnóstico se establece mediante la historia clínica y la examinación física, sin embargo, muchas veces es necesario realizar múltiples estudios patológicos, de imagen, entre otros, para poder encontrar el agente etiológico, donde incluso en ocasiones es necesario el uso de biopsia (Mistry et al., 2015).

Existen múltiples desordenes de la piel que pueden causar este estado, como lo son diferentes tipos de dermatitis, reacciones a medicamentos, psoriasis, linfoma cutáneo de células T, entre otras (Cuellar-Barboza et al., 2018); sin embargo, en ocasiones no es posible lograr el diagnóstico y se cataloga como eritrodermia idiopática.

El tratamiento de la eritrodermia idealmente es enfocándolo al agente causal, ya que pueden variar significativamente entre distintas causas, por ejemplo, el uso de corticoides sistémicos en casos de hipersensibilidad a medicamentos, que por otro lado estarían totalmente contraindicados en casos de psoriasis, donde el uso de metotrexato sería lo recomendado (Rothe et al., 2005). Además de esto, es importante dar tratamiento de soporte al paciente ya que su barrera cutánea está gravemente afectada, usando medidas para mejorar la hidratación, emolientes tópicos, entre otros.

Debido a la diversidad de etiologías que pueden ocasionar este estado cutáneo y su infrecuente incidencia, este estudio tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas, clínicas, manejo terapéutico y desenlace médico de los pacientes con diagnóstico de eritrodermia atendidos en el servicio de Dermatología en Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, identificando así las características de los pacientes propios de nuestro centro.

ANTECEDENTES

La eritrodermia o también llamada dermatitis exfoliativa o piel roja generalizada es una emergencia dermatológica que se caracteriza por presentar un eritema y descamaciones que afectan a más del 90% de la superficie corporal (Sehgal et al., 2004).

Este padecimiento actualmente representa una enfermedad de baja prevalencia, pero con el potencial de causar muerte y morbilidades en los pacientes que cursan con ella (Rothe et al., 2005).

Existen muchas causas reportadas en la literatura que pueden ser factores etiológicos/desencadenantes y en general pueden agruparse en causas de origen inflamatorias (como eccema, psoriasis, PRP, dermatitis seborreica), infecciosas (como infección por VIH, escabiosis), congénitas (como ictiosis, queratinopatías como el síndrome de Sjögren-Larsson, etc.), inmunes (como dermatitis por contacto, síndrome de Steven-Johnson, EMM), neoplásicas (como el síndrome de Sezary, linfoma cutáneo de células T, LNH de células B, pénfigo paraneoplásico), iatrogénicas (como el inducido por muchas drogas, por ejemplo: Alopurinol, Amiodarona, Isoniazida, Vancomicina, entre otras), y finalmente idiopáticas cuando no es posible establecer una causa específica (Akimaya et al., 2003; Ott, 2019; Rothe et al., 2000; Tso et al., 2021).

La presentación clínica de esta entidad depende en gran medida de la causa etiológica. En los casos agudos de eritrodermia, esta usualmente se manifiesta por la aparición de eritema, observándose el inicio de la descamación alrededor de los días 2 a 6 después del inicio del eritema y las uñas pueden tornarse gruesas, secas y quebradizas (Sehgal et al., 2004) y un edema pretibial y pedio pueden observarse en alrededor del 50% de los casos (Rothe et al., 2005). Sin embargo, la morfología del rash cutáneo puede variar dependiendo de la causa en particular y es necesario tomar en cuenta la totalidad de los síntomas, además de los previamente mencionados. Adicionalmente, es de importancia considerar las asociaciones y secuelas que la disfunción de la barrera cutánea y de termorregulación pueden desencadenar y ocasionar diferentes manifestaciones clínicas, como la aparición de una infección secundaria y en casos extremos la presencia de desórdenes hemodinámicos como hipovolemia con taquicardia refleja, anemia, falla cardíaca, disfunción electrolítica y falla respiratoria aguda (Mistry

et al., 2015). Estos datos son consecuencia del impacto en la homeostasis energética que causa la eritrodermia, en el estudio de revisión publicado por Tso et. Al. 2021, reporta algunos de los mecanismos propuestos en la literatura por los cuales la homeostasis energética esta alterada en los pacientes con esta enfermedad consistiendo en los siguientes: energía usada para procesos restaurativos y regenerativos de la piel, energía usada en los procesos cancerígenos (en caso de ser la variable etiológica), los escalofríos presentes muchos de los pacientes secundarios a fallas en la termorregulación, hipercolesterolemia debido al estrés inducido en este desorden, cambios en el apetito, entre otros (Singh et al., 2016; Tso et al., 2021).

El manejo inicial de esta patología se caracteriza por tratar las consecuencias de la disfunción termorreguladora y de la barrera cutánea, aplicando manejo de electrolitos, uso de emolientes para la piel y compresas húmedas en no más de un cuarto de la superficie corporal a la vez y el uso de corticoesteroides tópicos de baja potencia. El tratamiento que usualmente tendrá mayores beneficios para el paciente es el dirigido a tratar el origen etiológico de la enfermedad, por ejemplo, el uso de corticoides sistémicos en casos de hipersensibilidad a medicamentos, que por otro lado estarían totalmente contraindicados en casos de psoriasis, donde el uso de metotrexato sería lo recomendado (Rothe et al., 2005).

El primer caso reportado en la literatura fue descrito por Von Hebra en 1868, y actualmente se cuentan con series de casos representando poblaciones diversas alrededor del mundo, como lo es la serie de D. Miyashiro and J. A. Sanches 2020 que a conocimiento de los autores es la más larga hasta la fecha incluyendo 309 pacientes diagnosticados con eritrodermia en la Universidad de Sao Paolo, seguida por la de J. Li and H. Y. Zheng 2012, incluyendo 260 pacientes diagnosticados con eritrodermia en el este de Asia (Li & Zheng, 2012; Miyashiro & Sanches, 2020).

También existe literatura estudiando la población mexicana, el estudio de Andrés Tirado Sánchez y Rosa María Ponce Olivera “Eritrodermia secundaria a fármacos” realizado en 2007 explorando una de las etiologías probables de la eritrodermia y múltiples reportes de caso presentados en revistas nacionales como lo es el caso de “Eritrodermia

y mieloma, informe de caso” caso realizado por Luis Felipe Oyarzábal Guerra en el 2020. (Oyarzábal Guerra et al., 2020; Sánchez & Olivera, 2007).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La eritrodermia es un estado de disfunción de la piel anatómico y fisiológico, que llega a afectar a más del 90% de la superficie corporal con significativa mortalidad y morbilidad. Su origen etiológico es un reto diagnóstico debido a que un gran número de patologías dermatológicas comparten lesiones aparentemente similares, como la psoriasis, dermatitis atópica, linfoma cutáneo de células T e hipersensibilidad a medicamentos. Esta problemática diagnóstica, frecuentemente propicia la realización de un diagnóstico poco preciso como eritrodermia idiopática que en consecuencia produciría terapéutica inadecuada desencadenando complicaciones metabólicas y fisiológicas aumentando el riesgo de infecciones secundarias, así como mayor compromiso del sistema cardiovascular y respiratorio.

Actualmente el problema a tratar es la limitada literatura abordando las características propias de los pacientes con eritrodermia en nuestro país, debido a su infrecuente incidencia.

JUSTIFICACIÓN

Este desorden representa una urgencia dermatológica que puede ser desencadenado por distintas variedades etiológicas; como la artritis reumatoide, dermatitis atópica, entre otros, dificultando su diagnóstico etiológico y tratamiento oportuno y dirigido. Debido a su incidencia infrecuente que representa esta patología alrededor del mundo, es de ayuda describir las características propias de estos pacientes, con el propósito de difundirlas y apoyar al médico tratante a establecer una sospecha diagnóstica y tratamiento más oportuno y efectivo para tratar a pacientes con eritrodermia. vistos en el centro para un mejor y más oportuno diagnóstico y tratamiento, para poder potencialmente mejorando así el pronóstico de futuros pacientes atendidos en el CMN “20 de noviembre”.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Basado en lo anterior planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Son las características epidemiológicas, clínicas y el manejo terapéutico de los pacientes con eritrodermia de los pacientes tratados en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre similares a los descritos en la literatura?

HIPÓTESIS

Hipótesis nula: ¿Son las características epidemiológicas, clínicas y el manejo terapéutico de los pacientes con eritrodermia de los pacientes tratados en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre similares a los descritos en la literatura?

Hipótesis alterna: ¿Difieren las características epidemiológicas, clínicas y el manejo terapéutico de los pacientes con eritrodermia de los pacientes tratados en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre a los descritos en la literatura?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir las características epidemiológicas, clínicas, manejo terapéutico y desenlace médico de los pacientes con diagnóstico de eritrodermia atendidos en el servicio de Dermatología en Centro Médico Nacional 20 de noviembre.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar los síntomas más comunes manifestados en los pacientes con eritrodermia y estratificarlos por variedad etiológica.
- 2) Identificar los tratamientos empleados más comunes en los pacientes con eritrodermia.

3) Identificar el resultado clínico de los pacientes con eritrodermia a los 6 meses de seguimiento posterior al tratamiento empleado.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Se llevo a cabo un estudio documental mediante la revisión de expedientes clínicos, retrospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo que incluyó pacientes con diagnóstico de eritrodermia tratados en el servicio de Dermatología en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre desde Abril 2021 hasta Abril del 2023.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expedientes clínicos completos de los pacientes con diagnóstico de eritrodermia vistos en el servicio de Dermatología en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” durante el periodo comprendido desde Abril 2021 hasta Abril del 2023, de pacientes de cualquier grupo etario, sexo, sin enfermedades concomitantes que pudieran fungir como variables confusoras en el estudio de la Eritrodermia.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Expedientes de pacientes con enfermedades concomitantes que pudieran alterar el correcto estudio de la Eritrodermia, como lo podrían ser el caso de procesos autoinmunes u oncológicos, entre otros.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Expedientes clínicos con información incompleta o perdidos.

MUESTRA

Debido a que se incluirá la totalidad de los expedientes completos de pacientes vistos durante el periodo comprendido desde Abril 2021 hasta Abril del 2023, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de acuerdo con los criterios de selección.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Nombre variable	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medida
Edad diagnóstico	Edad al momento del diagnóstico	Continua	Años
Sexo	Características fenotípicas de la persona.	Cualitativa	Hombre Mujer
Comorbilidades	Antecedentes personales patológicos, antecedente encontrado en historia clínica	Cualitativa categórica	Diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, psoriasis, cáncer de cualquier tipo, cualquier otra dermatosis
Alteraciones ungueales	Alteraciones ungueales	Cualitativa categórica	Presencia de paquioniquia, pits ungueales, líneas horizontales, o cualquier otra alteración ungueal descrita.
Prurito	Presencia de prurito	Cualitativa dicotómica	Presente o ausente.

Escalofríos	Presencia de escalofríos	Cualitativa dicotómica	Presente o ausente.
Debilidad	Presencia de debilidad	Cualitativa dicotómica	Presente o ausente.
Artralgias	Presencia de artralgias	Cualitativa dicotómica	Presente o ausente.
Pérdida peso	Presencia de pérdida de peso	Cualitativa dicotómica	Presente o ausente.
Fiebre	Presencia de fiebre	Cualitativa dicotómica	Presente o ausente.
Adenomegalias	Presencia de adenomegalias	Cualitativa dicotómica	Presente o ausente.
Hepatomegalia	Presencia de hepatomegalias	Cualitativa dicotómica	Presente o ausente.
Hemoglobina	Hemoglobina al inicio del tratamiento.	Continua	g/dL
Eosinófilos	Cantidad de eosinófilos al inicio del tratamiento.	Continua	Células/ μ L
HDL	Cantidad de HDL al inicio del tratamiento.	Continua	mg/dL
Plaquetas	Cantidad de plaquetas al inicio del tratamiento.	Continua	Plaquetas/ μ L
Leucocitos	Cantidad de células blancas al	Continua	Glóbulos blancos/ μ L

	inicio del tratamiento.		
Creatinina	Creatinina en sangre al inicio del tratamiento.	Continua	mg/dL
Biopsia	Resultado de la biopsia	Cualitativa categórica	Resultado de patología
Tratamiento de eritrodermia	Tratamiento empleado	Cualitativa categórica	Tratamiento empleado, por ejemplo, Dupilumab, Adalimumab, Metrotrexato, cualquier tipo de esteroides o cualquier tipo de quimioterapia empleada.
Resultados a 6 meses	Desenlace clínico a los 6 meses posterior a egreso hospitalario	Cualitativa categórica	Desenlace clínico
Etiología	Etiología encontrada en el paciente	Cualitativa categórica	Variable

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS

Paso 1. Seleccionar los expedientes mediante una búsqueda documental en el sistema y archivo de pacientes con diagnóstico de eritrodermia tratados en nuestro centro.

Paso 2. Revisar los expedientes y aplicar los criterios de inclusión, exclusión y eliminación previamente descritos.

Paso 3. Vaciar las variables operacionales previamente descritas en una hoja de archivo en el programa Excel de Windows.

Paso 4. Procesamiento las variables y crear un diccionario de variables para su correcto análisis en el programa estadístico SPSS.

Paso 5. Realizar un análisis descriptivo mediante el uso de pruebas estadísticas en el programa SPSS v28.0. para Windows, que se describirán a continuación.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADÍSTICO

Se realizó la prueba de Shapiro-Wilk para analizar la distribución normal de las variables. Las variables continuas serán representadas mediante media y desviación estándar o como mediana y rangos dependiendo de su distribución normal, y las variables categóricas serán representadas mediante número total y porcentaje. El análisis estadístico se realizará mediante el programa SPSS v28.0 para Windows.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, título segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, capítulo 1. Disposiciones comunes, Artículo 17, que evalúa y considera el riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, el presente estudio se clasifica como “*Investigación sin riesgo*”, debido a su naturaleza retrolectiva, con la nula

implementación de intervención o modificación en el tratamiento de los sujetos investigados y de carácter documental debido al manejo de expedientes clínicos.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS.
RECURSOS HUMANOS.
Dra. Lucia Achell Nava: asesoría metodológica y análisis de información. Dra. Génesis Eglitza García Rodríguez: Involucrado en todos los procesos del estudio.
RECURSOS MATERIALES.
Expediente clínico para la obtención de las variables descritas. Computadores personales para recolección de información.

RECURSOS FINANCIEROS.
Los propios del servicio de Dermatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido de Abril 2021 a Abril del 2023 se reunieron un total de 13 pacientes adultos (mayores a 18 años) del servicio de Dermatología. Se encontró que, de estos, la mediana de edad fue de 41 años con un mínimo de 18 años y un máximo de 74 años. El factor etiológico encontrado con mayor frecuencia fue la dermatitis atópica, representando la causa del 69.2% de los casos, seguidos de psoriasis representando el 23.1% y finalmente la eritrodermia secundaria a fármacos y la micosis fungoide, ambos presentándose con un caso. Destaca en los resultados de laboratorio la presencia de eosinofilia mayor a 500 que se presentó en 39 pacientes. En la tabla 1 se muestran las características demográficas de la muestra estudiada.

El 100% de los pacientes presentó prurito, mientras que el 92.3% presento escalofríos, seguido de debilidad con un 76.9% y alteraciones ungueales y pérdida de peso ambos presentándose en un 38.5% de la población. En la figura 1 se encuentran desglosadas las manifestaciones clínicas acompañantes de la eritrodermia.

El tratamiento más empleado fue el uso de biológicos (76.9%), seguido de Metotrexato, Esteroides y Quimioterapia, representando el 30.8%, 23.1% y 7.7%, respectivamente (Figura 2). Se presentan 3 casos ilustrativos en la figura 3.

A los 6 meses del tratamiento, donde el 38.4% tuvo una recuperación clínica completa, mientras que el 30.7% tuvo una mejoría clínica parcial, seguido del 23% sin respuesta al tratamiento empleado y el 7.6% con recaída clínica (figura 4). Ningún paciente presentó sepsis o tuvo un desenlace fatal hasta la conclusión de este estudio.

Tabla 1. Características de los pacientes con eritrodermia.

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	5	38.4 %
Femenino	8	61.5%
Edad en años (mínimo - máximo)	41 (18 – 74)	
Antecedentes patológicos		
Diabetes	2	15.4%
Hipertensión arterial	1	7.7%
Otra dermatosis	2	7.7%
Cualquier tipo de cáncer	2	15.4%
Otro	2	15.4%
Manifestaciones clínicas		
Alteraciones ungueales	5 (38.5%)	38.5%
Prurito	13 (100%)	100%
Escalofríos	12 (92.3%)	92.3%
Debilidad	10 (76.9%)	76.9%
Artralgias	2 (15.4%)	15.4%
Pérdida de peso	5 (38.5%)	38.5%
Fiebre	3 (23.1%)	23.1%
Adenomegalias	2 (15.4%)	15.4%
Hepatomegalias	2 (15.4%)	15.4%
Laboratorios (Mediana y desviación estándar)		
HB	14.16 ± 1.8	
EOS	1.48 ± 1.32	
Plaquetas	343.54 ± 79.28	
Leucocitos	10.43 ± 4.08	
Cr	0.82 ± 0.33	
Uso de biopsia	6	46.2%
Etiología		
Psoriasis	3	23.1%

Secundaria a fármacos	1	7.7%
Micosis fungoide	1	7.7%
Dermatitis atópica	9	69.2%
Tratamiento empleado		
Esteroides	3	23.1%
Metrotexato	4	30.58%
Biológicos	10	76.9%
Quimioterapia	1	7.7%

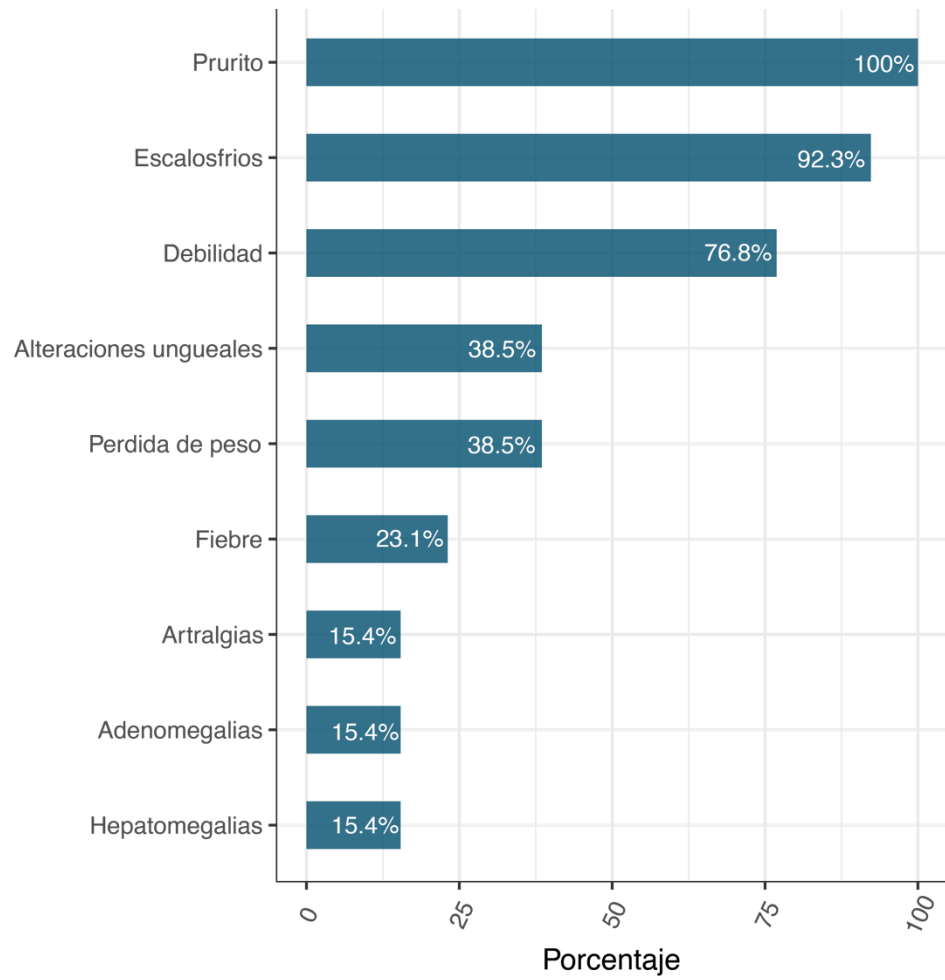


Figura 1. Síntomas acompañantes de la eritrodermia en nuestra población.

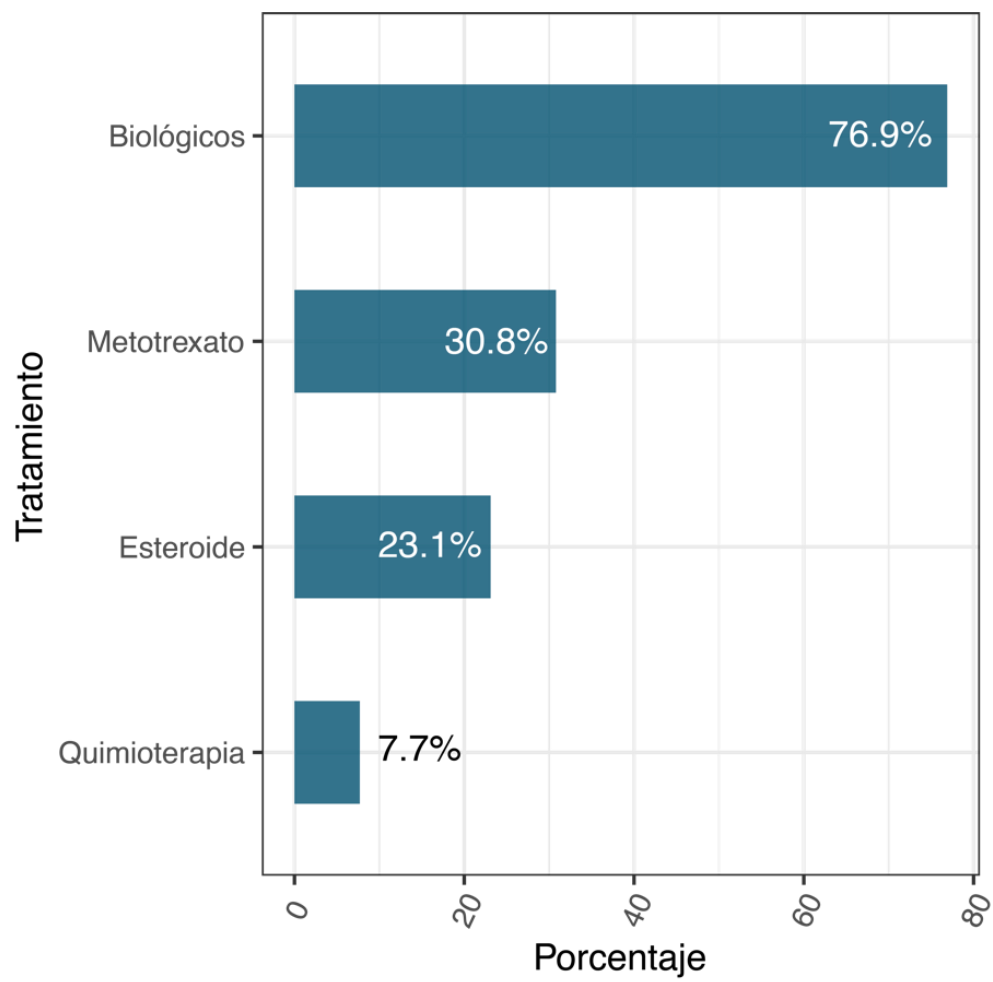


Figura 2. Tratamientos empleados.



Figura 3. Casos ilustrativos.

A) Mujer de 41 años con dermatosis generalizada, que respeta palmas y plantas, caracterizada por eritema intenso, que presenta escamas blanquecinas superficiales de pequeñas, medianas y grandes láminas, adheridas y deflecadas, de predominio en extremidades inferiores con bordes bien definidos. Se hizo diagnóstico de eritrodermia secundaria a dermatitis atópica y secundaria a fármacos, siendo tratada con biológicos presentando mejoría parcial a los 6 meses de seguimiento.

B) Hombre de 74 años con dermatosis generalizada, que respeta palmas, caracterizada por eritema intenso, presenta en su superficie escama blanquecina de pequeñas y

medianas láminas, adheridas, de predominio en extremidades inferiores, alternado con áreas de escoriación y liquenificación, con bordes bien definidos. Se hizo diagnóstico de Micosis Fungoide siendo tratado con metotrexato, biológicos y quimioterapia presentando mejoría clínica a los 6 meses de seguimiento.

C) Hombre de 33 años con dermatosis generalizada, que respeta palmas y plantas, caracterizada por placas eritematosas de diversos tamaños, las cuales confluyen formando lesiones de mayor tamaño, de forma irregular, presentan escamas blanquecinas superficiales de pequeñas laminas, bien adheridas a la superficie con bordes difusos. Se hizo diagnóstico de Eritrodermia secundaria a dermatitis atópica, siendo tratado con esteroides, metotrexato presentando mejoría clínica completa a los 6 meses de seguimiento.

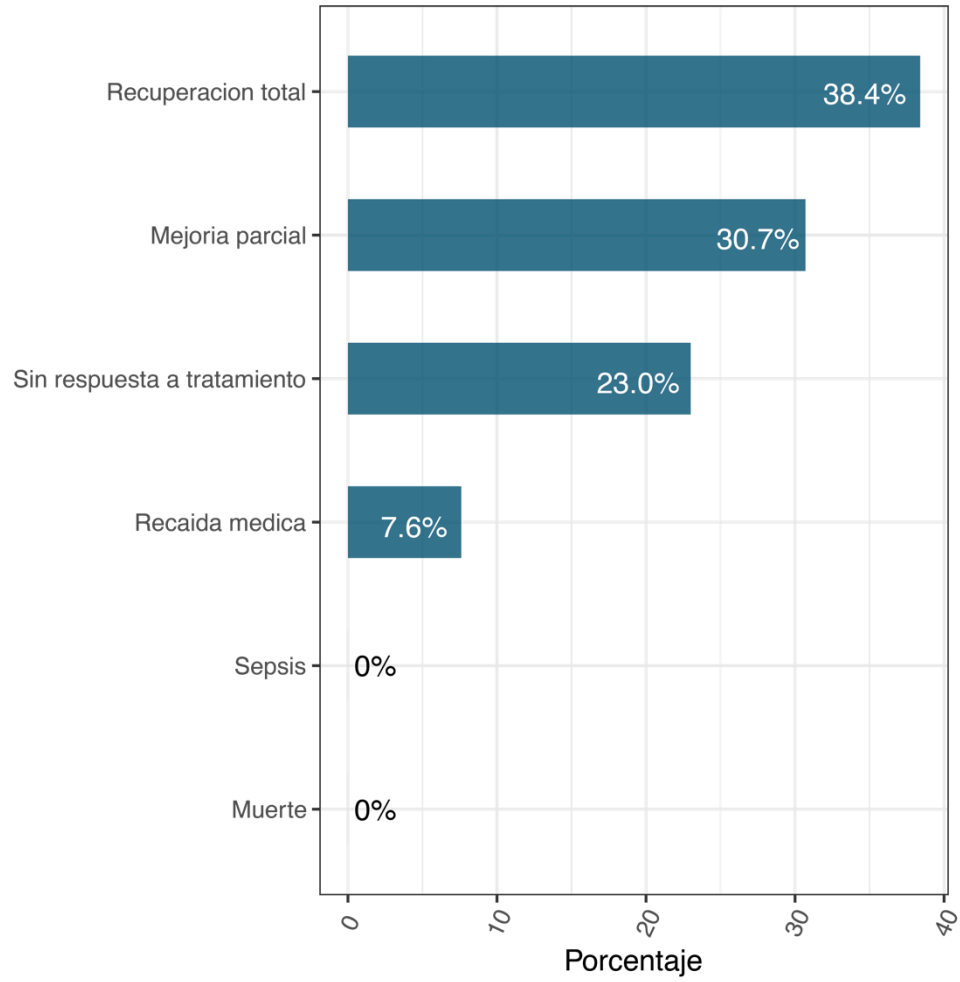


Figura 4. Resultado clínico 6 meses posteriores al tratamiento.

DISCUSIÓN

Este estudio logra identificar las características de los casos de eritrodermia atendidos en el servicio de dermatología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

Múltiples factores etiológicos se han reportado en la literatura, siendo las dermatosis pre-existentes las causas más comunes de la eritrodermia (Sehgal et al., 2004). La psoriasis ha sido catalogada como la causa más común de la eritrodermia, reportándose en las revisiones de Sehgal et al., 2004 y Cuellar-Barboza et al., 2018, mientras que en la cohorte de Miyashiro & Sanches, 2020 quienes estudiaron a 309 pacientes, fue la segunda variedad etiológica más frecuente junto con la variedad idiopática, cada una vista en el 16.8% de los casos, solo por detrás del eccema, encontrándose en el 20.7% de los casos. Por otro lado, reportaron que la eritrodermia secundaria a fármacos se encontró en el 12.3% de los casos, mientras que la dermatitis atópica y la Micosis Fungoide representaron solo el 8.7% y 5.5% de los casos respectivamente. Con respecto a la eritrodermia secundaria a fármacos, el estudio de (Sigurdsson et al., 2001) encuestó a 202 dermatólogos de Países Bajos, quienes reportaron que esta variedad etiológica fue la causante de eritrodermia entre el 9 al 10% de los casos.

Estos resultados contrastan con los encontrados en nuestra población, donde se encontró que la causa más común de eritrodermia es la dermatitis atópica, representando el 69.2% de los casos, seguida de psoriasis con 23.1%, mientras que la micosis fungoide y eritrodermia secundaria a fármacos, representaron el 7.7% de los casos.

Las presentaciones clínicas de eritrodermia varían significativamente entre los estudios encontrados en la literatura, ya que son dependientes de variables como la causa etiológica, la etnia, entre otras, por lo que es común que varíen en edad de presentación, duración de los síntomas, lesión inicial, curso clínico de la enfermedad, predisposición de la enfermedad, como lo señala el estudio de (Inamadar & Rangunatha, 2019).

En el caso de la eritrodermia psoriásica, está reportado en la literatura la presencia previa de placas psoriásicas, así como alteraciones ungueales, artralgias, entre otras

manifestaciones (Cuellar-Barboza et al., 2018). Las características clínicas reportadas de la dermatitis atópica en el contexto de eritrodermia, se caracteriza por la presencia de prurito intenso diseminado con rash eritematoso (Moon et al., 2022). La eritrodermia inducida por fármacos puede contar con la presencia de fiebre, posible eosinofilia periférica, linfadenopatía y hepatitis (Moon et al., 2022), mientras que la micosis fungoide también es común que presente prurito (Harper-Kirksey, 2018).

Debido a que la mayoría de los pacientes incluidos en el presente estudio tenían diagnóstico de dermatitis atópica, el prurito fue la manifestación clínica más comúnmente encontrada (100% de los pacientes), incluidos los pacientes con diagnóstico etiológico de psoriasis, seguido por la sensación de escalofríos en el 92.3% de los casos, debilidad en el 76.9%, y alteraciones ungueales y pérdida de peso encontrados en el 38.5% de los casos. La eritrodermia secundaria a fármacos presentó hepatomegalia, así como la secundaria a micosis fungoide.

Las limitaciones de nuestro estudio son la falta de seguimiento y su naturaleza retrospectiva.

CONCLUSIÓN

La eritrodermia o dermatitis exfoliativa es una enfermedad rara que se caracteriza por presentar eritema y descamaciones que afectan a más del 90% de la superficie corporal. Esta es una emergencia dermatológica y para lograr el adecuado manejo de este padecimiento es necesario diagnosticar y tratar la enfermedad que lo ocasiona. En nuestro centro, la dermatitis atópica fue la variedad etiológica presentada con mayor frecuencia, seguida de eritrodermia psoriásica, y finalmente la eritrodermia secundaria a fármacos y micosis fungoide. La presentación clínica encontrada con mayor frecuencia fue el prurito, escalofríos, debilidad, alteraciones ungueales y pérdida de peso, sin embargo, éstas dependerán de la variedad etiológica que desencadene este padecimiento. Por otro lado, el tratamiento más comúnmente empleado fue el uso de fármacos biológicos, que además de ayudar a tratar la enfermedad de base, los fármacos

empleados ayudaron a reducir el estado pro-inflamatorio, como lo son el caso del Dupilumab y Adalimumab. El segundo fármaco más comúnmente aplicado fue el metotrexato, seguido de esteroides y finalmente quimioterapia. El conocer y reconocer estas características permitirá al médico tratante a establecer una sospecha diagnóstica y tratamiento más oportuno y efectivo para tratar a pacientes con eritrodermia.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe.

REFERENCIAS

- Dermatol*, 28(3), 235-240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2003.01295.x>
- Cuellar-Barboza, A., Ocampo-Candiani, J., & Herz-Ruelas, M. E. (2018). A Practical Approach to the Diagnosis and Treatment of Adult Erythroderma. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*, 109(9), 777-790. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.011> (Eritrodermia en el adulto: un enfoque práctico para el diagnóstico y tratamiento.)
- Fraitag, S., & Bodemer, C. (2010). Neonatal erythroderma. *Curr Opin Pediatr*, 22(4), 438-444. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32833bc396>
- Harper-Kirksey, K. (2018). Erythroderma. *Life-Threatening Rashes: An Illustrated, Practical Guide*, 265-277. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-75623-3>
- Inamadar, A. C., & Rangunatha, S. (2019). The rash that becomes an erythroderma. *Clin Dermatol*, 37(2), 88-98. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2018.12.002>
- King, L. E., Jr. (1994). Erythroderma. Who, where, when, why, and how. *Arch Dermatol*, 130(12), 1545-1547. <https://doi.org/10.1001/archderm.130.12.1545>
- Li, J., & Zheng, H. Y. (2012). Erythroderma: a clinical and prognostic study. *Dermatology*, 225(2), 154-162. <https://doi.org/10.1159/000342365>
- Mistry, N., Gupta, A., Alavi, A., & Sibbald, R. G. (2015). A review of the diagnosis and management of erythroderma (generalized red skin). *Adv Skin Wound*

Care, 28(5), 228-236; quiz 237-228.

<https://doi.org/10.1097/01.Asw.0000463573.40637.73>

Miyashiro, D., & Sanches, J. A. (2020). Erythroderma: a prospective study of 309 patients followed for 12 years in a tertiary center. *Sci Rep*, 10(1), 9774.

<https://doi.org/10.1038/s41598-020-66040-7>

Moon, S., Israeli, A., & Daze, R. (2022). Rapidly Progressive Erythroderma. *Am Fam Physician*, 105(1), 75-76.

Ott, H. (2019). Guidance for assessment of erythroderma in neonates and infants for the pediatric immunologist. *Pediatr Allergy Immunol*, 30(3), 259-268.

<https://doi.org/10.1111/pai.13032>

Oyarzábal Guerra, L. F., Oyarzábal Rodríguez, A., & Oyarzábal Guerra, A. (2020). Eritrodermia y mieloma. Informe de caso. *Acta Médica del Centro*, 14(4), 576-584.

Rothe, M. J., Bernstein, M. L., & Grant-Kels, J. M. (2005). Life-threatening erythroderma: diagnosing and treating the "red man". *Clin Dermatol*, 23(2),

206-217. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2004.06.018>

Rothe, M. J., Bialy, T. L., & Grant-Kels, J. M. (2000). Erythroderma. *Dermatol Clin*, 18(3), 405-415. [https://doi.org/10.1016/s0733-8635\(05\)70189-3](https://doi.org/10.1016/s0733-8635(05)70189-3)

Russell-Jones, R. (2005). Diagnosing erythrodermic cutaneous T-cell lymphoma. *Br J Dermatol*, 153(1), 1-5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06706.x>

Sánchez, A. T., & Olivera, R. M. P. (2007). Eritrodermia secundaria a fármacos. *Dermatologia Revista Mexicana [revista en internet]*, 51(2), 39-42.

Sehgal, V. N., Srivastava, G., & Sardana, K. (2004). Erythroderma/exfoliative dermatitis: a synopsis. *Int J Dermatol*, 43(1), 39-47.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2004.01975.x>

Sigurdsson, V., Steegmans, P. H., & van Vloten, W. A. (2001). The incidence of erythroderma: a survey among all dermatologists in The Netherlands. *J Am Acad Dermatol*, 45(5), 675-678. <https://doi.org/10.1067/mjd.2001.116224>

Singh, R. K., Lee, K. M., Ucmak, D., Brodsky, M., Atanelov, Z., Farahnik, B., Abrouk, M., Nakamura, M., Zhu, T. H., & Liao, W. (2016). Erythrodermic psoriasis: pathophysiology and current treatment perspectives. *Psoriasis*

(*Auckl*), 6, 93-104. <https://doi.org/10.2147/ptt.S101232>

Tso, S., Satchwell, F., Moiz, H., Hari, T., Dhariwal, S., Barlow, R., Forbat, E.,
Randeve, H., Tan, Y. T., Ilchyshyn, A., Kwok, M. M., Barber, T. M., Thind,
C., & Tso, A. C. Y. (2021). Erythroderma (exfoliative dermatitis). Part 1:
underlying causes, clinical presentation and pathogenesis. *Clin Exp Dermatol*,
46(6), 1001-1010. <https://doi.org/10.1111/ced.14625>