

Medicent Electrón. 2024;28:3771

ISSN 1029-3043

Informe de Caso

## Eritrodermia en ancianos: A propósito de un paciente

### Erythroderma in the elderly: a case report

Galia Yagnalis Delgado Pagán<sup>1\*</sup> <http://orcid.org/0000-0001-8832-164x>

Marta de las Mercedes Rojas Pérez<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0002-9483-6583>

Pablo Sebastián Silveira Hernández<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0001-8672-5608>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: [galiadelgado@nauta.cu](mailto:galiadelgado@nauta.cu)

#### RESUMEN

La eritrodermia o dermatitis exfoliativa es un raro desorden cutáneo inflamatorio, en el cual, la presencia de eritema y decamación comprometen más del 90 % de la superficie corporal. La edad media de presentación se encuentra entre los 41 y 61 años, aunque generalmente, suele afectar a pacientes mayores de 45 años. Puede originarse a partir de múltiples dermatopatías congénitas o adquiridas y ha mostrado ser potencialmente fatal. Estos pacientes están expuestos a complicaciones como las sepsis nosocomiales con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, desequilibrios hidroelectrolíticos, fallo renal agudo y múltiple de órganos, entre otros. Se presenta un paciente anciano de 70 años,



blanco, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución; ingresó con lesiones cutáneas sugerentes de eritrodermia, sin una evolución favorable debido a fallo de órganos múltiple.

**DeCS:** dermatitis exfoliativa; anciano.

## ABSTRACT

Erythroderma or exfoliative dermatitis is a rare inflammatory skin disorder in which the presence of erythema and scaling compromises more than 90% of the body surface. The average age of presentation is between 41 and 61 years, although it generally affects patients over 45 years of age. It can arise from multiple congenital or acquired skin diseases and has been shown to be potentially fatal. These patients are exposed to serious complications such as nosocomial sepsis with systemic inflammatory response syndrome, electrolyte imbalances, acute kidney failure, multiple organ failure, among others. We present a 70-year-old white elderly patient with a 10-year history of type 2 diabetes mellitus who was admitted with skin lesions suggestive of erythroderma and had an unfavourable evolution due to multiple organ failure.

**MeSH:** dermatitis, exfoliative; aged.

Recibido: 2/03/2023

Aprobado: 27/09/2023

La eritrodermia, también conocida como dermatitis exfoliativa generalizada, fue descrita por primera vez en 1868 por Ferdinand von Hebra. Es potencialmente mortal, en especial cuando es fulminante; se ha asociado con una alta mortalidad en pacientes hospitalizados.<sup>(1)</sup>

Estudio retrospectivo realizado en China estableció que, 13 de cada 100 000 pacientes dermatológicos, presentan eritrodermia. Recientemente, un estudio



retrospectivo portugués comunicó una incidencia de 9,4 casos/año. La edad media de presentación se encuentra entre los 41 y 61 años, aunque generalmente, suele afectar a pacientes mayores de 45 años. Los estudios se inclinan por un predominio en los varones con una proporción hombre-mujer de 2-4:1. Se ha reportado, que la dermatitis exfoliativa relacionada con la dermatitis atópica, varía en frecuencia entre 4,76 y 23,9 %.<sup>(1)</sup> La eritrodermia se describe solo en el 1 % de los casos con síndrome hipereosinofílico.<sup>(2)</sup>

Esta enfermedad se caracteriza por presentar eritema y escama en más del 90 % de la superficie cutánea y es más común en hombres de 40 a 60 años. Se divide en primaria y secundaria: la primera es menos común, suele iniciarse en el tronco y se generaliza en un lapso de días a semanas; la secundaria, habitualmente, se presenta por diseminación de una dermatosis previa; usualmente, sus características se pierden porque la eritrodermia las enmascara.<sup>(3)</sup>

La eritrodermia es infrecuente pero en este estudio de caso, se presenta en un paciente anciano que necesitó una terapéutica enérgica individualizada, y aunque el desenlace no fue satisfactorio, se decidió hacer este reporte con el propósito de profundizar en la comprensión y el manejo de esta condición médica, que cuando aparece puede ser fatal.

### **Presentación del paciente**

Se trata de un paciente de 70 años, blanco, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución, controlada con glibenclamida (5mg), 3 tabletas diarias; hiperplasia benigna prostática de cinco años de evolución, para lo cual no llevaba tratamiento ni seguimiento en el momento de su ingreso; psoriasis de cinco años de evolución bajo tratamiento de mantenimiento con esteroides, prednisona (5mg al día) para la reducción de la inflamación en la piel e inducir el crecimiento y reparación de tejidos; antiinflamatorios, ibuprofeno (400mg cada 12 horas); vitaminoterapia (vitamina A). Al tratamiento se une la higiene de la piel (uso de cremas hidratantes, baño con agua tibia por no más de 15 minutos y la



aplicación de lociones, inmediatamente después del baño); se debe evitar siempre, el uso de sustancias como geles, champús muy agresivos o esponjas, en la higiene personal del enfermo.

Dentro de los antecedentes del paciente, también se recoge la miastenia gravis de tres años de evolución, tratada con inhibidores de la colinesterasa, piridostigmina (90mg/día) flexibilizando su dosis en función de su estado de fatigabilidad y los horarios de administración.

El día de su ingreso acude a los Servicios de Urgencias Médicas, pues 10 días antes y después de un estrés emocional, comienza con lesiones eritematoescamosas diseminadas en la piel, de color rojo intenso (síndrome del hombre rojo), muy pruriginosas, de fácil decamación, asociado a un estado de depresión mayor comprobado con la Escala de Yesavage. (Figura 1)

En el examen físico, además de las lesiones descritas, se encontró el tejido celular subcutáneo infiltrado en los cuatro miembros, de fácil Godet, calientes y con presencia de pulsos periféricos; el abdomen estaba globuloso e impresionaba distendido; aunque los ruidos hidroaéreos eran audibles, no había hallazgos de significación en el resto de los aparatos y sistemas.

Durante su hospitalización, se le realizan exámenes complementarios donde se apreció como resultados a considerar: anemia (Hb 106 g/L), leucocitosis con desviación izquierda (conteo global  $15 \times 10^9$  /L con predominio de polimorfonucleares) y cifras de creatinina en 170 mmol; el resto de los exámenes fueron normales.





**Figura 1.** Lesiones dermatológicas en paciente.

El esquema terapéutico fue sobre la base de hidratación acorde a su edad y al grado de deshidratación, con seguimiento de acuerdo al balance hidromineral y ácido básico, curas de las lesiones con cremas esteroideas, antibioticoterapia endovenosa, antihistamínicos, esteroides endovenosos. Se suspendió toda la medicación de base, para eliminar la posible ocurrencia de reacciones adversas. A pesar de los esfuerzos realizados, la hemodinamia fracasa, aparecen signos de sepsis sistémica, retención urinaria, las lesiones cutáneas empeoran y fallece al quinto día de estadía hospitalaria en fallo de órganos múltiples.

### **Comentario**

En el abordaje de la eritrodermia, una vez definida clínicamente, la importancia radica en identificar su etiología.<sup>(4)</sup> En adultos, las causas más frecuentes son: psoriasis (23 %), dermatitis atópica, de contacto y seborreica (20 %), reacción adversa a medicamentos (15 %) y linfoma cutáneo de células T (síndrome de Sézary) (5 %). Un 20 % de los casos se clasifican como idiopáticos. Entre otras causas menos comunes, se encuentran enfermedades ampollares del tejido

conectivo, infecciones y neoplasias.<sup>(5)</sup> Los mecanismos patogénicos implicados dependen de la causa subyacente.<sup>(1)</sup>

Se cree, que este síndrome procede de una interacción compleja entre las citoquinas y las moléculas de adhesión celular. La IL-1, IL-2, IL-8, la molécula de adhesión intercelular-1 (ICAM-1), el factor de necrosis tumoral y el interferón gamma; estas son moléculas que se han relacionado con la patogenia de la eritrodermia.<sup>(1)</sup>

El paciente tenía el diagnóstico de psoriasis, tres años antes del ingreso hospitalario. En el estudio retrospectivo de Cuellar-Barboza y otros,<sup>(1)</sup> llevado a cabo con 82 pacientes con eritrodermia, el 23,2 % de estos fueron diagnosticados con psoriasis; durante su estadía en sala, al paciente le fue diagnosticado un cuadro depresivo, el cual tuvo un impacto negativo en la relación salud-calidad de vida; su repercusión trascendió el ámbito dermatológico al psicosocial y experimentó frecuentemente, aislamiento social. Santana Istiago<sup>(6)</sup> en su investigación, expone casos con depresión asociada.

El paciente presentaba además, en sus antecedentes de diabetes mellitus, hiperplasia benigna de próstata y miastenia graves, con 10, cinco y tres años de evolución, respectivamente. Estudios consultados exponen casos con diferentes enfermedades crónicas no transmisibles que pueden manifestar eritrodermia.<sup>(7)</sup>

Es importante señalar, que para llegar al diagnóstico nosológico de eritrodermia, es imprescindible establecer la consiguiente diferenciación del síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis tóxica epidérmica; estas son también toxicodermias graves que forman parte de un mismo espectro de enfermedades, pero se diferencian de la eritrodermia, en que las lesiones son eritematovesiculares y ampollosas, simulan quemaduras al romperse debido a la apoptosis masiva de queratinocitos, inducida en su mayoría por medicamentos; se diferencian según el porcentaje de superficie corporal comprometida, y existen controversias en cuanto a su clasificación, fisiopatología y manejo; pese a su baja



frecuencia, produce una mortalidad significativa y se considera una de las enfermedades más catastróficas en dermatología.<sup>(8,9,10)</sup>

Aunque la eritrodermia puede ser causada por medicamentos, se considera que esta no fue la causa de origen en este paciente, al ser tratamientos para las enfermedades crónicas que padecía por muchos años; sin embargo, se presume, que su condición psoriásica con un medio social agresivo con aislamiento y rechazo familiar, fueron los factores desencadenantes en la aparición de la enfermedad que hemos discutido y que finalmente, lo llevó a la muerte debido a sus complicaciones.

La eritrodermia, aunque poco frecuente, en muchas ocasiones es un cuadro crónico, pero en otras, es una urgencia dermatológica; por tanto, ante las lesiones cutáneas descritas hay que considerarla, tratarla adecuada y precozmente; debe garantizarse, que el ingreso preferiblemente, sea en una sala con las mejores condiciones para un paciente potencialmente grave, en Unidades de Cuidados Intensivos o Intermedios, ya que las complicaciones serias a que están expuestos, como las sepsis nosocomiales con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, desequilibrios hidroelectrolíticos, fallo renal agudo y múltiple de órganos, entre otros, pueden ocasionar la muerte como ocurrió con el paciente que presentamos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuellar-Barboza A, Ocampo-Candiani J, Herz-Ruelas ME. Eritrodermia en el adulto: un enfoque práctico para el diagnóstico y tratamiento. Actas Dermo-Sifiliográficas [internet]. 2018 [citado 10 ene. 2020];109(9):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-eritrodermia-el-adulto-un-enfoque-articulo-S0001731018303302>



2. Tamayo-Quijano LM, Aguirre-Hernández LM. Eritrodermia recurrente que condujo al diagnóstico de síndrome hipereosinofílico. Rev Alerg Mex. 2018;65(Supl 1):44-5.
3. Maldonado-García CA, Orozco-Anahuati AP. Abordaje diagnóstico de la eritrodermia en el adulto. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [internet]. 2017 [citado 10 ene. 2020];55(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:  
<https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72998>
4. Chin Cheng R, Quirós Marín JD, Baquero Bárcenas I. Síndrome de Sézary asociado a Eritrodermia. Rev Clin Esc Med [internet]. 2018 [citado 10 ene. 2020];8(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en:  
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/33509/33023>
5. Sandoval Osses M. Manual. Enfermedades eritemato-descamativas [internet]. Chile: Universidad Católica de Chile; 2019 [citado 10 ene. 2020]. Disponible:  
<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/01/Manual-Dermatologia-2019.pdf>
6. Santana Intriago OL, Zambrano Vélez AK, Castro Jalca LJ, Reyes Sánchez YV, Bravo Muñoz CS, Arellano Colorado BE. Diagnóstico y tratamiento de los pacientes con eritrodermia psoriásica. Rev Cient Mundo Inv Conoc [internet]. 2019 [citado 10 ene. 2020];3(3 Esp):[aprox. 21 p.]. Disponible en:  
<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/649/853>
7. Huayhua-Guevara H, Vargas-Cruz MA, Chian-García CA. Síndrome hipereosinofílico con eritrodermia. Rev Soc Perú Med Interna [internet]. 2020 [citado 20 feb. 2021];33(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en:  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjlgqvptiCAxVwTTABHV2kCGoQFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Frevistamedicinainterna.net%2Findex.php%2Fspmi%2Farticle%2Fdownload%2F507%2F562%2F&usq=AOvVaw0lrOcC4PtmqWM1neFUMI3P&opi=89978449>
8. Pereira FA, Mudgil AV, Rosmarin DM. Toxic epidermal necrolysis. J Am Acad Dermatol [internet]. 2007;56(2):181-200.





9. Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Nadil L, Roujeau JC. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. Arch Dermatol. 1993; 129(1):92-6.
10. Stevens AM, Johnson FC. A new eruptive fever associated with stomatitis and ophthalmia. Am J Dis Child 1992;24(6):526-33.

### **Conflicto de intereses**

Lo autores declaran no tener conflicto de intereses.

