

Universidad del sureste

Nombre: Frida Citlali Hernández Pérez

Materia: Farmacología

Docente: Dr. Alfredo López

Tema: Alteraciones dermatológicas provocadas
por fármacos

Unidad 4

Medicina humana

Tercer semestre

Fecha: 07/ 01/ 2021

ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS QUE SON PROVOCADAS POR LOS FÁRMACOS.

Las reacciones adversas provocadas por medicamentos originan una variedad de síndromes, con afección localizada o multiorgánica. Las manifestaciones de piel y mucosas representan la forma más frecuente y la de mayor diversidad morfológica. Estas reacciones cutáneas se pueden producir mediante mecanismos inmunológicos y por fenómenos de otra naturaleza (idiosincrasia). La identificación de los diferentes patrones clínicos de este tipo de dermatosis, cuya severidad varía desde formas leves y autolimitadas hasta aquellas potencialmente letales, constituye la base para el diagnóstico.

Los toxixoderminas o reacciones cutáneas adversas provocadas por medicamentos son dermatosis que pueden afectar a la piel, mucosas o anexos cutáneos por la administración de un medicamento ya sea por vía tópica, oral o parenteral. Entre los factores predisponentes destacan el sexo femenino, la polimedicación, las enfermedades subyacentes (alteraciones inmunológicas, neoplasias), las infecciones virales (sobre todo por virus de Epstein-Barr), citomegalovirus y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la exposición solar y las propiedades farmacológicas y vía de administración del medicamento (en especial la vía oral).

Aunque la Patogenia es poco conocida posee tres grandes ejes: predisposición genética, alteraciones del metabolismo detoxificador farmacológico y alteraciones del sistema inmune. Desde el punto de vista patogénico las toxicodermias pueden subdividirse en: reacciones inmunológicas (mediadas por mecanismos de hipersensibilidad tipo I y IV) y no inmunológicas (sobredosificación, teratogenicidad, interacciones o acumulación).

Eritema polimorfo: Este es un patrón clínico caracterizado por la afección de piel y mucosas; considerando su grado de severidad, se han descrito dos formas de presentación. Una leve (eritema polimorfo clásico o menor), con predominio de las lesiones cutáneas que típicamente muestran una configuración en diana habitualmente localizadas en sitios acrales. Existe una forma severa (eritema polimorfo mayor o síndrome de Stevens-Johnson), en función de una afección cutánea más extensa y difusa especialmente en el tronco, pero sobre todo por la

presencia de erosiones en dos o más mucosas. En algunos pacientes con esta forma severa, puede ser difícil establecer la diferencia con otro cuadro grave que es la necrolisis epidérmica tóxica. Sobre este punto se han propuesto algunos criterios clínicos, tales como la extensión del despegamiento epidérmico. El depósito de inmunoglobulinas en la pared vascular y la participación de complejos inmunes pueden estar involucrados en su patogenia. El eritema polimorfo puede asociarse con diversos factores etiológicos: infecciones (virus del herpes simple), enfermedad general (LES), entre otros.

Complejo síndrome de stevens-johnson / necrólisis epidérmica tóxica: Su etiología es fundamentalmente farmacológica, destacando las Sulfamidas, los anticonvulsivantes, los AINES, el alopurinol, los betalactámicos y la nevirapina (antirretroviral). Aparece entre 1 y 3 semanas desde el inicio de la medicación responsable, generalmente precedido por un cuadro pseudogripal. Se caracteriza por la aparición rápida en 1-3 días, generalizada y preferentemente troncal, de máculas eritematosas, purpúricas o de morfología similar a las lesiones en "diana" del Eritema Multiforme, aunque de morfología más variable y atípica. La piel se desprende al frotar (signo de Nikolsky) y rápidamente suelen aparecer vesículas y ampollas que dan lugar a un desprendimiento epidérmico, cuya extensión total sirve para subclasificar esta enfermedad. La afectación visceral y mucosa es casi constante.

Síndrome de hipersensibilidad medicamentosa: Aparece progresivamente a las 2-6 semanas del inicio de la medicación, especialmente anticonvulsivantes (hidantoínas, barbitúricos y carbamazepina) y sulfamidas. Es un cuadro potencialmente letal que se caracteriza por la presencia de un exantema que puede evolucionar hacia una eritrodermia exfoliativa con una tonalidad cianótica, acompañándose de sintomatología sistémica como fiebre, adenopatías, hepatitis, nefritis intersticial, artralgias, carditis y eosinofilia. Pese a la retirada del fármaco la hepatitis puede persistir durante meses y algunos casos desarrollan linfomas a largo plazo.

Clínica

Los signos y síntomas de las RAM severas en piel son variados, dado los múltiples mecanismos fisiopatológicos involucrados, por lo que es necesario reconocer aquellos que alertan sobre estas reacciones.

Reacción de hipersensibilidad inmediata

- Prurito súbito palmo-plantar y de cuero cabelludo
- Enrojecimiento de cara y cuello
- Edema severo de lengua, mucosa oral o laringe
- Disnea, sibilancias
- Hipotensión

Reacción de hipersensibilidad tardía

- Edema y eritema facial y / o periocular
- Eritrodermia
- Dolor cútaneo o piel sensible a la palpación
- Lesiones en diana atípicas
- Ampollas con desprendimiento de epidermis
- Necrosis cutánea
- Erosiones y costras hemorrágicas en labios y en más de una mucosa
- Púrpura palpable
- Linfadenopatías
- Fiebre alta (> 40°C)

Urticaria, angioedema y reacciones anafilácticas

Entre el 15 al 23% de la población sufrirá un episodio de urticaria en algún momento de su vida, siendo en menos del 10% de los casos debido a una droga. La importancia de la urticaria y del angioedema radica en su posible relación con la anafilaxia, que conlleva una alta mortalidad. Casi todos los fármacos pueden producir urticaria, siendo el periodo de latencia (sensibilización inicial) de 7 a 14 días después de administrado.

La urticaria se caracteriza por pápulas o placas eritematosas, pruriginosas y evanescentes (ronchas u habones), que duran individualmente menos de 24 hrs. El angioedema se presenta como un área edematosa de gran tamaño, profunda y mal definida, que se localiza en zonas de mayor distensión como labios, párpados o mucosas.

El cuadro de mayor gravedad es la reacción anafiláctica. Esta se presenta en individuos previamente sensibilizados, a pocos segundos después de la administración endovenosa del fármaco o a los pocos minutos después de la oral. Comienza con prurito palmo-plantar y de cuero cabelludo, enrojecimiento de la cara y del tronco, luego aparece edema perioral y periocular, dificultad respiratoria, disfonía y / o disfagia. Puede estar seguido del shock anafiláctico, producto de un colapso cardiovascular, con taquicardia e hipotensión. El 60% de la mortalidad en estos casos, se debe a la asfixia provocada por el edema laríngeo y broncospasmo.