



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

UNIDAD: 4

SEMESTRE: 3°

TEMA :ALTERACIONES DERMATOLOGICAS

DR: ALFREDO LOPEZ

ALUMNO: Carlos Manuel Lázaro Vicente

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS 07/01/20

Las toxicodermias son dermatosis que pueden afectar la piel, las mucosas y/o los anejos. Están causadas por el efecto nocivo de diversas sustancias, generalmente medicamentos, que penetran en el organismo por diferentes vías (oral, inhalatoria, parenteral, tópica...)

Aunque cualquier medicamento puede causar una toxicodermia, la mayoría de episodios son producidos por unos pocos grupos farmacológicos. En pediatría, los más frecuentemente

**Factores predisponentes** Entre estos factores 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).

**Patogenia** Aunque 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.

**Manifestaciones clínicas** Las toxicodermias pueden imitar cualquier dermatosis. El reconocimiento de sus principales patrones clínicos es necesario para diagnóxicodermias V. García-Patos Briones, D. García Fernández 338 V garcía-patos briones y cols. nosticarlas, aunque no identifiquen al fármaco responsable. Un mismo medicamento puede producir diferentes patrones y un mismo patrón puede estar causado por diferentes compuestos. Los patrones por orden de frecuencia decreciente en la infancia son:

**Exantemas** Son el patrón más frecuente (60%) e imitan a los exantemas virales clásicos, por lo que se subdividen en escarlatiniformes (máculas y pápulas pequeñas y confluentes, llegando a formar grandes placas generalizadas),

morbiliformes (máculas y pápulas más grandes que aunque tienden a confluír en placas

Eritema fijo pigmentario Suele estar relacionado con analgésicos-antiinflamatorios, sulfamidas y antibióticos. A las pocas horas de la exposición aparecen placas violáceas redondeadas, ocasionalmente ampollares, sobretodo en flexuras, zonas de presión y mucosas. Es típico que curen dejando una mácula pizarrosa residual, sobre la que reaparecen las lesiones si se readministra o se aplica tópicamente el medicamento causal

Urticaria y angioedema Un 15-30% de urticarias son producidas por medicamentos, aunque no se diferencian clínicamente de las formas idiopáticas. Consisten en habones pruriginosos que regresan espontáneamente en 4-6 horas. Indican gravedad la persistencia de los habones individualizados más de 24 horas (sospecha de urticaria-vasculitis), la afectación sistémica (sospecha de anafilaxia o enfermedad del suero) y el edema facial (sospecha de angioedema). Suele estar causada por aspirina o betalactámicos

### **Diagnóstico**

Las toxicodermias se diagnostican fundamentalmente por criterios clínicos. No es tarea fácil, . Tricomegalia de las pestañas e hipertrichosis por ciclosporina A. ya que pueden imitar cualquier dermatosis y cualquier fármaco puede causarlas. Para imputar a un fármaco concreto la responsabilidad etiológica, sobre todo en casos polimedcados, nos basamos en los siguientes parámetros: ausencia de explicaciones etiológicas alternativas, reacción previamente comunicada en la literatura, intervalo adecuado (la mayoría de toxicodermias, excepto las reacciones urticariformes de tipo I, aparecen al cabo de 1-3 semanas de introducir la medicación, excepto cuando ha habido una sensibilización previa, en cuyo caso aparecen en menos de 24-48 horas), mejoría rápida con la retirada de la medicación, recidiva al reintroducir el fármaco (este método puede ser peligroso, ya que puede provocar reacciones graves, por lo que debe evitarse salvo que el

medicamento sea imprescindible para el paciente), y/o niveles tóxicos del fármaco en plasma.

Generalmente es benigno, con tendencia a la resolución espontánea en 1-3 semanas tras la suspensión del fármaco causal. Cuando la toxicodermia persiste, pese a eliminar todos los fármacos sospechosos, suele ser debido a que el fármaco ha actuado desencadenando una dermatosis subclínica, persiste prolongadamente en el organismo (por eliminación lenta o depósito), no se ha retirado el fármaco responsable, o bien estamos administrando un compuesto que tiene reactividad cruzada con el agente causal.

Su principio fundamental es la retirada de todos los fármacos sospechosos, incluyendo los productos homeopáticos y de parafarmacia, así como toda medicación no imprescindible, ya que en caso contrario la enfermedad podría progresar por mantener un medicamento responsable poco evidente. Generalmente, la sola retirada del agente responsable produce mejoría y/o curación. Cuando sea preciso sustituir los medicamentos sospechosos, se deben utilizar compuestos pertenecientes a otros grupos farmacológicos y sin reactividad cruzada con éstos. En caso de que entre los posibles responsables esté un fármaco imprescindible y no haya marcadores de gravedad, se puede mantener y observar la evolución clínica durante 24-48 horas, siempre y cuando no estén presentes fármacos de alto riesgo ni marcadores de gravedad (sulfamidas, anticomiciales, alopurinol, betalactámicos y AINEs).