

Las alteraciones de la piel son todas aquellas lesiones sobre la dermis que producen modificaciones del color y pueden ser el signo de una enfermedad. La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano, lo recubre por completo y su principal función es protegerlo de las agresiones externas.

La dermatología es la disciplina médica que estudia y trata las alteraciones de la piel. Estas enfermedades son clasificadas en dos grandes grupos: lesiones primarias y secundarias.

Las alteraciones de la piel pueden ocurrir a cualquier nivel del tejido cutáneo:

- Epidermis. Es la capa que está en contacto con el medio exterior. En su zona más profunda se crean los queratinocitos.
- Dermis. Es la capa intermedia, en la que se encuentran los vasos sanguíneos, nervios, glándulas sudoríparas, vasos linfáticos, glándulas sebáceas y folículos pilosos.
- Hipodermis. Es la capa más profunda, en ella se encuentra el tejido adiposo.
- Las alteraciones de la piel pueden aparecer como consecuencia de una enfermedad o bien de su tratamiento. Otros factores influyen en la aparición de lesiones de la piel como el estrés o la ansiedad.

Es común la aparición de alteraciones de la piel en pacientes sometidos a tratamientos de quimioterapia o radioterapia.

Algunos fármacos incluidos en los siguientes grupos pueden provocar efectos adversos sobre la piel cuando son aplicados por vía oral, tópica o sistémica:

- ANTIBIÓTICOS: fotosensibilidad solar, aumento de la sensibilidad cutánea.
- ANTIINFLAMATORIOS: fotosensibilidad solar, sequedad cutánea, irritación local.
- ANTICONCEPTIVOS: fotosensibilidad solar, alteraciones de la pigmentación (manchas), aumento de la sequedad en pieles secas, eritemas.

- TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS: fotosensibilidad solar, sequedad cutánea, aumento de la sensibilidad cutánea, picor.
- ANTIACNÉICOS: fotosensibilidad solar, sequedad y descamación.

Medicinas que afectan a la diferenciación y proliferación de la piel

- Peróxido de benzoílo
- Coaltar
- Ditranol
- Fluorouracilo
- Resina de podofilino
- Ácido salicílico
- Urea

Las toxicodermias pueden imitar cualquier dermatosis. Se manifiestan a través de un espectro de formas clínicas, que incluye desde reacciones leves y autolimitadas como la urticaria, hasta formas graves y potencialmente letales como el síndrome de Stevens-Johnson. En medio de esta diversidad clínica y a pesar de que existen algunas reacciones cutáneas que pueden considerarse como específicamente causadas por medicamentos, eritema fijo pigmentado y necrólisis epidérmica tóxica, la gran mayoría de ellas corresponden a síndromes, lo que significa que pueden tener causas diferentes a los medicamentos.

Toda toxicodermia, por inocua que inicialmente pudiera parecer, tiene el potencial de evolucionar hacia una forma grave, sobre todo en los pacientes con algún tipo de inmunosupresión. Los principales marcadores clínicos y analíticos de gravedad son: eritema confluyente de rápida aparición, signo de Nikolsky positivo, ampollas y/o áreas de piel denudada extensas, púrpura palpable, necrosis cutánea, dolor cutáneo, urticaria generalizada con edema facial, mucositis, fiebre, taquipnea, hipotensión, adenopatías, artralgias o artritis, eosinofilia, linfocitosis atípica y alteraciones de la función hepática. Las principales toxicodermias con un potencial

riesgo vital son el angioedema, la enfermedad del suero, las vasculitis, la eritrodermia, el síndrome de hipersensibilidad, el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica. Todos estos cuadros pueden evolucionar hacia una insuficiencia cutánea aguda (ICA), en la que se pierde, de forma similar a los grandes quemados la integridad estructural y/o funcional de una extensa superficie cutánea. La ICA se manifiesta con un estado catabólico muy intenso, alteraciones inmunológicas, elevado riesgo de infecciones, pérdida de la homeóstasis térmica e hidroelectrolítica y fracaso multiorgánico (cardíaco, renal, pulmonar...) con posibilidad de evolución fatal. En cuanto al tratamiento su principio fundamental es la retirada de todos los fármacos sospechosos, 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 (sulfamidas, anticonvulsivantes, alopurinol, betalactámicos y AINEs) ni marcadores de gravedad betalactámicos y AINEs). Las formas leves sólo suelen precisar tratamiento sintomático, con antihistamínicos orales y corticoides tópicos, los corticoides orales generalmente son innecesarios. Siempre debe hacerse un seguimiento cercano las primeras 24-48 horas, debido a la posibilidad de evolución a formas graves. Cuando las lesiones no remitan pese a la suspensión de los medicamentos sospechosos, conviene revisar la historia clínica reinterrogando al paciente, ya que puede haberse identificado erróneamente al agente causal. También se debe evaluar que la nueva medicación pautada no incluya ningún fármaco con reactividad cruzada con alguno de los posibles agentes causales.