

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

URGENCIAS DERMATOLÓGICAS

En las urgencias dermatológicas pocos son los procesos que pueden representar un riesgo vital inmediato del paciente. Si se presentan patologías que sin ser necesariamente graves causan gran ansiedad e incluso alarma en el paciente y familiares. En todos los casos, es necesaria una buena orientación diagnóstica para establecer las medidas terapéuticas, evitando tratamiento que modifique el cuadro dificultando posteriormente el diagnóstico certero.

En muchos casos será suficiente tranquilizar al paciente y tratar los síntomas más molestos como el prurito hasta el diagnóstico definitivo en consulta especializada. Si es importante un diagnóstico de aquellas patologías, que aunque poco frecuentes, requieren un tratamiento precoz por su riesgo vital cuando no son tratadas precoz y adecuadamente. Otro aspecto a tener en cuenta es el hecho de que muchos procesos generales tienen manifestaciones cutáneas y puede ser este síntoma el que lleve a consultar al paciente.

URTICARIA Y ANGIOEDEMA

Concepto: dermatosis reactiva muy frecuente. La diferencia entre urticaria y angioedema es que en la urticaria existe afectación de la dermis superficial y mucosas, mientras que en el angioedema se afecta la dermis profunda y el tejido subcutáneo.

Curso: agudo/crónico (más de 6 semanas)

Clínica:

- En piel, pápulas haborosas que a veces confluyen en placas de bordes edematosos. Fugaces de <24h de evolución. En caso de duración mayor a 24 horas es obligado descartar una urticaria vasculitis. Distribución variable. El angioedema se da en tejidos laxos como párpados y labios.

- General: prurito, cefalea, afectación del tracto respiratorio superior: picor, disfonía, más raramente dificultad respiratoria por edema de úvula o broncoespasmo.

Diagnóstico: por la clínica y exploración física. Descartar factor precipitante y/o etiológico medicamentoso (AINES). En su forma crónica derivar a Alergología para estudio y pruebas epicutáneas.

Tratamiento: si es posible, evitar el factor desencadenante. Tratamiento sintomático con antihistamínicos: antiH1, dexclorfeniramina 5 mg intramuscular. Al alta: pautar tratamiento oral con antiH1 (interesa su efecto sedante si hay prurito intenso), solo o asociado con antiH2. Casos refractarios y/o asociados a angioedema: metilprednisolona 0,5 mg/kg im seguido de pauta descendente por vía oral. Adrenalina 0.5 - 1mg sc.

EDEMA ANGIOEURÓTICO

Es una tumefacción edematosa de la piel, localizada y asimétrica, que afecta a la dermis profunda y tejido celular subcutáneo. Se asocia a urticaria en el 50% de los casos.

Etiología

Solo se identifica el desencadenante en un 20% de los casos. Debe indagarse sobre la exposición previa a fármacos (sobre todo AINE e IECA), alimentos, factores físicos, picaduras de insectos, exposiciones por contacto, posibles infecciones, estrés, así como los antecedentes familiares en el caso del angioedema hereditario.

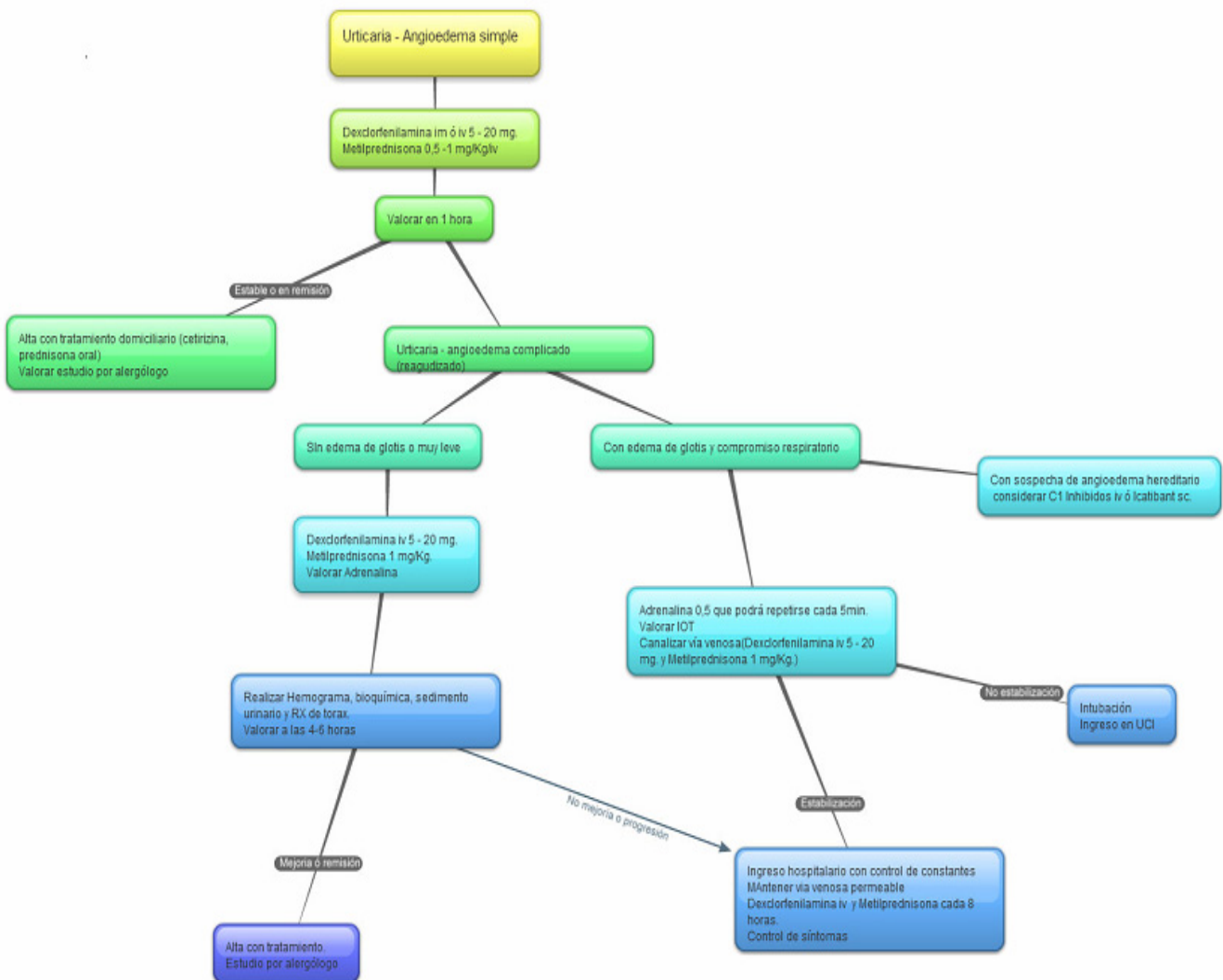
Manifestaciones clínicas

La lesión típica es una hinchazón de tamaño variable, fría y que no deja fovea. Se suele localizar en zonas de tejido laxo como los párpados, labios, genitales y extremidades y en ocasiones a úvula y laringe. No suele producir prurito sino sensación de quemazón y en algún caso dolor. Ocasionalmente, asocia otros síntomas y puede persistir varios días. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y las exploraciones complementarias suelen ser innecesarias.

Diagnóstico diferencial

Debe realizarse con el edema de origen venoso-capilar, linfedema, elefantiasis, infecciones (erisipela o celulitis), eczemas de contacto, mixedema, sarcoidosis y granulomatosis orofacial.

Manejo del paciente con edema angioneurótico.



ANAFILAXIA

Es una reacción de hipersensibilidad aguda sistémica que puede llegar a poner en peligro la vida del paciente, producida por la liberación masiva y rápida de mediadores inflamatorios por parte de los mastocitos, basófilos y otras células inflamatorias. Se relaciona con la exposición a alimentos, medicamentos, vacunas, látex, veneno de himenópteros, hemodiálisis o transfusiones. También puede ser causada por ejercicio, hidatidosis, menstruación o idiopática.

Manifestaciones clínicas

La mayoría de las reacciones comienzan en los primeros 30 minutos después de la exposición al agente causal y cuanto antes aparezca la clínica más grave será el episodio.

Atendiendo a la gravedad del cuadro clínico se clasifican en:

- *Anafilaxia leve*: aparecen prurito, malestar general, ansiedad y erupción habonosa generalizada.

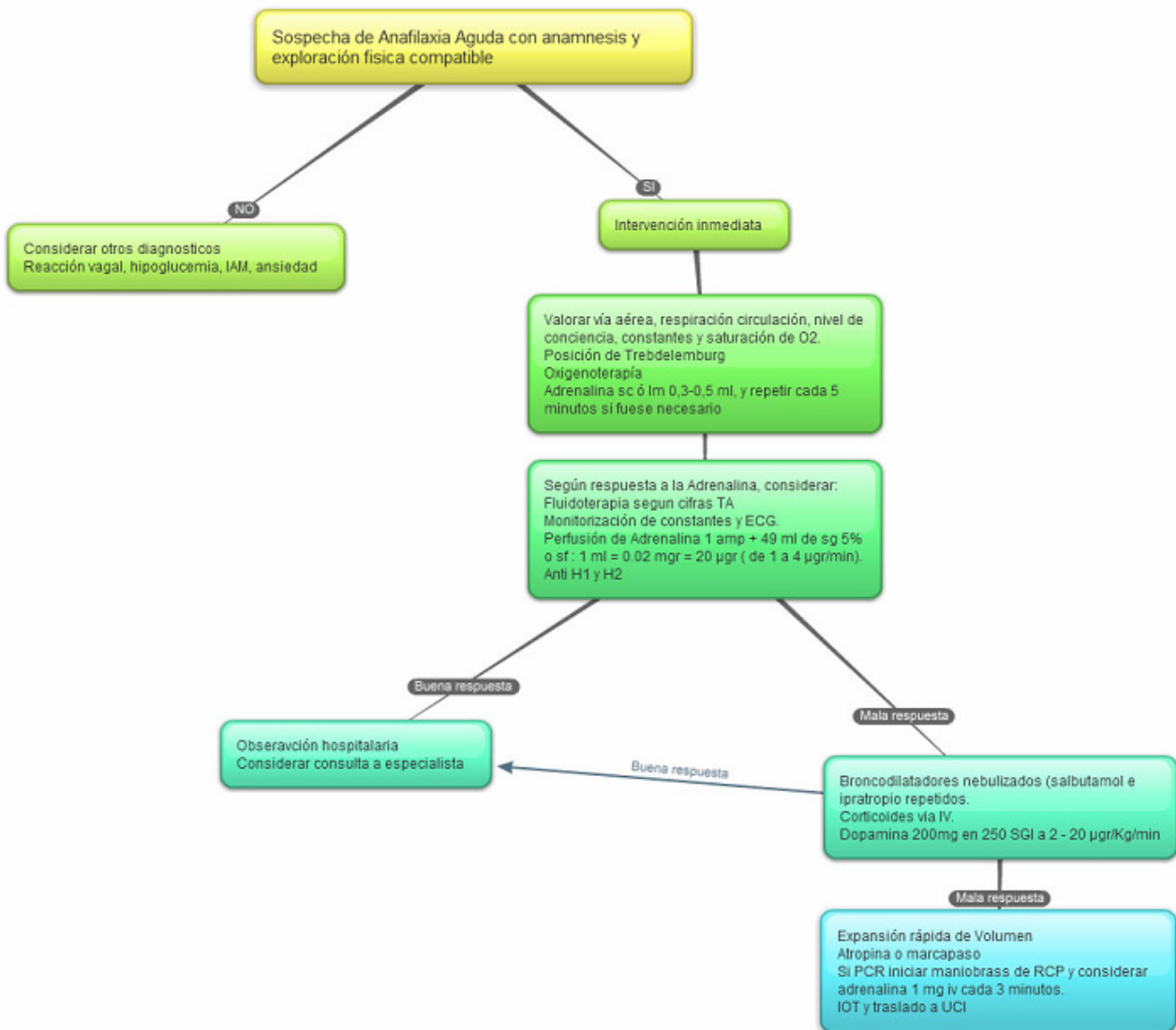
- **Anafilaxia generalizada:** cualquiera de los anteriores con dos o más síntomas de los siguientes: edema generalizado, sibilancias, opresión torácica, dolor abdominal, náuseas/vómitos, mareo.
- **Anafilaxia grave:** pueden presentarse cualquiera de los síntomas descritos anteriormente más dos o más de los siguientes: disnea, disfagia, disfonía, confusión, sensación de muerte.
- **Shock anafiláctico:** aparece cualquiera de los síntomas anteriores con dos o más de los siguientes:

cianosis, hipotensión, incontinencia de esfínteres, pérdida de conciencia.

Diagnóstico

El diagnóstico de la anafilaxia es de sospecha y se basa en la historia clínica que debe detectar la exposición a un agente productor y la presencia de datos clínicos característicos. Las pruebas complementarias son útiles para el diagnóstico diferencial y la detección de complicaciones.

Actuación ante una anafilaxia aguda



TOXICODERMIAS

a) Eritema exudativo multiforme

Concepto: Enfermedad cutánea aguda y autolimitada.

Epidemiología: adultos jóvenes. Poco frecuente en niños.

Etiología: infección previa por VHS (antecedente de herpes labial reciente), fármacos, otras infecciones.

Clínica: inicio brusco de lesiones cutáneas durante 24h para desaparecer en 72h. Duran unos 7 días. Puede haber recurrencias.

- Síntomas: sensación de quemazón o prurito.

- Piel: lesiones en diana: 3 regiones concéntricas del rojo al púrpura central donde puede desarrollarse una ampolla. Localización simétrica en extremidades superiores, palmas, extremidades inferiores. También puede afectar a labios, mucosa bucal y lengua con lesiones características.

Diagnóstico: clínico.

Diagnóstico diferencial: lupus subagudo, urticaria, granuloma anular.

Tratamiento: sintomático.

Antihistamínicos. Interrumpir la administración de corticoides si el paciente los toma. En eritema exudativo multiforme recurrente se aconseja profilaxis con aciclovir o valaciclovir.

b) Síndrome de Stevens-Johnson

Concepto: forma grave de toxicodermia.

Epidemiología: Más frecuente en niños y jóvenes. Recurrencias poco frecuentes.

Etiología: Asociado a fármacos (sulfamidas, anti-convulsivantes, ibuprofeno, penicilinas) e infecciones (*Mycoplasma pneumoniae*).

Clínica:

- Piel: inicio brusco de máculas eritematosas con formación de ampollas centrales. Necrosis epidérmica con despegamiento cutáneo.

Afectación simétrica. La mucosa labial se afecta siempre. Deben afectarse como mínimo dos mucosas.

- General: fiebre, linfadenopatías, dificultad para deglutir, estomatitis, aftas, conjuntivitis, afectación genital.

Tratamiento: es de ingreso hospitalario. Suspender el fármaco responsable.

Monitorización y soporte hidroelectrolítico. Evitar la sobreinfección bacteriana.

Los corticoides no han demostrado ser eficaces, se deben evitar. Pueden utilizarse inmunoglobulinas iv.

c) Necrolisis epidérmica tóxica (síndrome de Lyell)

Concepto: reacción mucocutánea severa con despegamiento epidérmico y pronóstico grave (similar a un gran quemado).

Etiología: fármacos, igual que el síndrome de Stevens-Johnson.

Clínica: Pródromos de 1-3 días: fiebre, dolor faríngeo, tos, ojos rojos.

Piel: Rash que comienza como máculas eritematosas pobremente definidas centradas por púrpura central oscura. Aparición posterior de ampollas flácidas con áreas extensas de desprendimiento epidérmico. Signo de Nikolsky positivo (la fricción de piel sana produce aparición de ampollas).

Siempre hay afectación de membranas mucosas.

Diagnóstico: clínico. Confirmación con biopsia cutánea.

Diagnóstico diferencial: eritema multiforme, enfermedad injerto contra huésped, déficit de zinc.

Pronóstico: la identificación precoz y suspensión del fármaco casual se asocia a un mejor pronóstico.

Tratamiento: Ingreso hospitalario. Control hidroelectrolítico y evitar sobreinfección. Hoy en día no se aconseja el uso de esteroides sistémicos.

d) Eritrodermia

Concepto: enrojecimiento cutáneo de afectación total o casi total de la superficie corporal, acompañado de descamación.

Etiología: dermatosis previas (psoriasis, dermatitis atópica, pitiriasis rubra pilaris, genodermatosis, mastocitosis). Neoplásicas (hematológicas), fármacos (alopurinol, penicilinas, carbamacepina, fenobarbital), idiopática.

Clínica: piel roja, brillante, seca, descamativa, caliente asociada a prurito.

General: linfadenopatías, hepatoesplenomegalia, insuficiencia cardíaca congestiva, hipo/hipertermia, aumento del metabolismo basal con disminución del peso.

Complicaciones: hipo/hipertermia, hipovolemia, hipernatremia, infecciones cutáneas y sistémicas. Mortalidad alta.

Diagnóstico: clínico, apoyado en pruebas complementarias. Diagnóstico etiológico por biopsia cutánea. Podemos solicitar: analítica de sangre con hemograma completo (leucocitosis, eosinofilia), título de Ig E, bioquímica (LDH y proteínas), VSG, frotis sanguíneo. Es importante descartar antecedentes dermatológicos, hematológicos y toma de fármacos.

Tratamiento: ingreso hospitalario. En la fase aguda: medidas generales consistentes en baños diarios con agua tibia, hidratación y dieta hiperproteica. Evitar corticoides tópicos de alta potencia (absorción transcutánea).

Monitorización de la función cardiaca. Antibioterapia de amplio espectro.

Corticoterapia oral. Evitar medicación prescindible. Antihistamínicos orales sedantes si gran prurito.

e) Eritema nodoso

Concepto: paniculitis.

Etiología: infecciosa (infecciones estreptocócicas, tuberculosis); farmacológicas (antibióticos, salicilatos, anticonceptivos orales, barbitúricos); sistémica (asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, Behçet); neoplásica (linfoma); embarazo, déficits vitamínicos (B12).

Clínica: fiebre, escalofríos, malestar general, artralgias. Piel: nódulos contusiformes eritematovioláceos, calientes y dolorosos a la palpación, que se localizan fundamentalmente en cara anterior de extremidades inferiores.

Evolución: suele tener resolución espontánea, aunque depende de la causa subyacente.

Diagnóstico: clínico, de sospecha. Confirmación por biopsia incisional.

Descartar TVP y asociación a Síndrome de Behçet. Pruebas complementarias: serología (título de ASLO), radiografía de tórax (sarcoidosis, TBC), Mantoux.

Tratamiento: Medidas generales: reposo en cama y elevar el miembro afecto.

Sintomático: AINES, corticoides y/o yoduro potásico vía oral.

BIBLIOGRAFÍA:

- Urgencias Médicas. Cabrera Franquelo, F.; Domínguez Picón, F.; Editorial Marbán 2012. 2ª Edición ISBN 978-84-7101-842-7
- Manual de Medicina de Urgencias y Emergencias Autores: Jiménez Murillo, L.; Montero Pérez, J. 4ª Edición ISBN 978-84-8086-469-5 Depósito Legal: M 26134 -2010.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias Urgencias Complejo Hospitalario Toledo Coordinador: Agustín Julián Jiménez 3ª edición 2010 ISBN: 978-84-87450-50-1 Deposito Legal: M 49576-2009.
- Urgencias en Dermatología, JM y cols. En Manual de Urgencias y Emergencias. Vergara Olivares, JM; Buforn Galiana, A; Morell Ocaña, ISBN 84-699-8399-7. Dep. legal MA-348-2002.
- <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/derma.htm>

Direcciones internet:

<http://www.msd.es>

<http://www.cirugest.com>

<http://www.uninet.edu>

AUTORES:

Dra. D^a Carolina Pérez Ramírez
Dr. D. José Manuel Vergara Olivares

COLABORADOR:

D^a. Concepción Gómez Gómezi

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-12-006-3
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>