

PRESENTACIÓN DE CASO

No toda erupción cutánea reticulada es livedo reticular. Eritema Ab igne

José B. Martínez V.¹, Yimy F. Medina¹, José Félix Restrepo², Federico Rondón³, Antonio Iglesias G.⁴

Resumen

Mujer de 43 años, quien consulta por dolor asociado a eritema reticulado en miembros inferiores, posterior a exposición crónica de calor local para manejo del dolor (eritema Ab igne), descartándose livedo reticular secundario a enfermedad de tejido conectivo o vascular. Se discute enfoque diagnóstico, mecanismos patogénicos, hallazgos histopatológicos y tratamiento de esta patología, cuya presentación, hoy en día, es inusual o poco sospechada.

Palabras clave: eritema Ab igne, livedo reticular, dermatitis por calentadores.

Summary

A 43 year old woman consulted of pain associated to reticulated erythema in lower limb after chronic exposition to local heat as a result to relieve the pain (eritema Ab igne). A livedo reticularis secondary to vascular or connective tissue disease was ruled out. It is discussed the diagnostic approach, the pathogenetic mecha-

nisms, the histopathology findings and treatment of this entity, whose presentation is unusual and unsuspected.

Key words: Ab Igne eritema, livedo reticular, heater dermatitis.

Introducción

El eritema Ab igne se conoce también como dermatitis por radiadores, dermatitis por calentadores o síndrome de la piel tostada. Es una erupción cutánea reticular, eritematosa e hiperpigmentada producto de la exposición crónica y a niveles moderados de calor, la cual puede presentarse en cualquier parte del cuerpo^{1,2}. Esta patología fue común en el pasado, generalmente se presentaba en las piernas o muslos de las mujeres de tercera edad que habitualmente se exponían al calor de fogatas, calentadores o radiadores^{1,2}; hoy en día esta condición es infrecuente debido al uso de calentadores centrales.

El objetivo de informar este caso es el de orientar al personal médico general en el conocimiento de esta condición clínica y tenerla presente como diagnóstico diferencial al enfrentarse ante un paciente

1 Médicos Internistas, Residentes de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia.

2 Profesor Asociado de Medicina Interna y Reumatología, Coordinador de la Unidad de Reumatología, Universidad Nacional de Colombia.

3 Profesor Asistente de Medicina Interna y Reumatología, Universidad Nacional de Colombia.

4 Profesor Titular de Medicina Interna y Reumatología, Universidad Nacional de Colombia.

Recibido para publicación: enero 7/2005
Aceptado en forma revisada: febrero 25/2005

que exprese clínicamente un livedo reticular, y no considerar a esta manifestación clínica como secundaria a enfermedades de tejido conectivo como lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido primario o secundario, síndrome de Snedon, vasculitis primarias sistémicas o cutáneas, y evitar de esta manera la solicitud de exámenes de laboratorio innecesarios o tratamientos inadecuados.

Presentación de caso clínico

P. V. C., paciente femenina de 43 años, médica de profesión, quien consulta por cuadro de 6 meses de debilidad muscular, especialmente en miembros inferiores a nivel de muslos, asociada a sensación de tumefacción, artralgias en interfalángicas proximales (IFP), rodillas, astenia y adinamia. Como antecedentes de importancia tiene sólo depresión tratada. Al examen físico solamente se encontraron hallazgos positivos en el sistema osteomuscular, dados por dolor a la digito presión a nivel de articulaciones IFP, y rodillas sin artritis, disminución subjetiva de la fuerza en miembros inferiores, y en piel la presencia de lesiones marcadas de aspecto eritematoso, reticular, no dolorosas, de distribución en cara anterior y medial de los muslos, que no desaparecen a la digito presión.

Al reinterrogatorio, la paciente informa que desde el inicio de los síntomas se aplicaba en las áreas afectadas bolsas con agua caliente mejorando así síntomas, con posterior aparición de lesiones reticuladas cutáneas que se exacerbaban con el calor. La paciente consultó al neurólogo clínico quien practicó estudios de electromiografía, biopsia muscular, que fueron informados como normales, biopsia de piel que informó infiltrado perivascular escaso, mononuclear y linfocitario.

A la paciente se le inicia tratamiento médico con esteroides sistémicos a dosis moderadas (prednisona 30 mg/día) por sospecha de miopatía inflamatoria, colagenosis o vasculitis, sin ninguna mejoría de la lesión reticulada (eritema ab igne) Figuras 1y 2.

Se le solicitaron paraclínicos: anticuerpos antinucleares (ANAS), anti DNA, anti RNP, anti Sm, anti Ro, complemento C3, C4, anticuerpos anticardiolipinas IgG, IgM, TSH, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), enzimas

musculares (CPK), serología (VDRL), HIV, marcadores para hepatitis A, B y C, crio globulinas, factor reumatoide, que fueron normales, o negativos.

A la paciente se le suspende tratamiento con esteroides y se le suspende la exposición al calor a través de las bolsas de agua que se aplicaba en área afectada. Evoluciona de forma favorable con mejoría de síntomas musculares y resolución gradual de lesión reticular, a la cual se le aplicó como terapia coadyuvante 5-fluoracilo tópico.

Discusión

El eritema ab igne es bien conocido como un efecto adverso a la exposición repetitiva al calor. En el pasado usualmente era observado y localizado a nivel de los miembros inferiores de mujeres quienes se sentaban en fogatas o calentadores durante su tiempo de descanso³. En tiempos modernos es poco frecuente y conocida, lo que hace que su diagnóstico sea confundido con patologías sistémicas asociadas a livedo reticular como lupus eritematoso, síndrome antifosfolipídico primario o secundario, algunas vasculitis primarias y síndrome de Snedon. Su incidencia y prevalencia ha disminuido debido a la poca utilización de fogatas, calentadores o radiadores por sistema de calefacción central; sin embargo, aún en nuestro tiempo se continúan usando tradicionalmente para el manejo del dolor, la exposición local del calor administrado por bolsas, botellas, toallas y baños calientes que pueden desencadenar esta patología.

El eritema ab igne se puede localizar en cualquier parte del cuerpo según la exposición al calor, sin embargo, la distribución de las lesiones depende de la dirección de la radiación, el contacto con la piel y la interposición o no del vestido³.

Ha sido informado en pacientes quienes tratan sus dolores crónicos como la lumbalgia, dorsalgia y artritis con la administración de calor local por medios físicos⁴, utilización de sillas térmicas⁵, operadores de calderas, lavadores de platos, joyeros, panaderos, cocineros, los que laboran en fundición y elaboración de vidrios^{3,6}. Se han informado casos de eritema ab igne en el abdomen como marcador útil en enfermedades orgánicas como la pancreatitis crónica^{7,8}, úlcera péptica⁹; al igual que otras observaciones, relacionan este signo con hernia discal o



Figura 1 y 2. Eritema reticular e hiperpigmentado en región antero-medial de muslos (eritema ab igne).

artritis cuando está localizado en la espalda o alrededor de las articulaciones. Se ha asociado con linfedema, postulándose por algunos autores el término de linfedema ab igne¹⁰.

También se ha relacionado la aparición del eritema ab igne con malignidad¹¹, especialmente cuando el calor local es asociado con hidrocarburos¹², sin embargo, hasta la fecha no se ha informado la asociación entre malignidad con eritema ab igne causado por aplicación local de almohadas o botellas con agua caliente.

Pocas publicaciones han establecido la asociación de eritema ab igne con carcinoma de células escamosas, considerándose que la exposición al calor puede contribuir a la aparición prematura y aumentar los efectos carcinogénicos de la radiación ultravioleta^{5,6,12,13}.

El eritema ab igne también fue considerado como una alteración del comportamiento, ya que su pre-

valencia e incidencia era mayor en pacientes con retardo mental que en la población normal¹⁴.

La fisiopatología del eritema ab igne es desconocida. Se considera una lesión cutánea eritematosa reticulada e hiperpigmentada como consecuencia de la exposición prolongada al calor por radiación o contacto de objetos calientes. Es reversible o transitoria si el tiempo de exposición es menor a 3 semanas con temperaturas mayores a 45°C, mientras que una exposición prolongada y repetitiva ocasiona un marcado eritema con hiperpigmentación y en ocasiones atrofia epidérmica superficial^{2,3}. El efecto exposicional acumulativo eventualmente conlleva a eritema con poiquiloderma, hipo e hiperpigmentación y telangiectasias reticuladas; estos cambios se conocen como hiperqueratosis difusa^{2,3}. Bullas subepidérmicas pueden ocurrir en fases tardías de la enfermedad¹⁵. En individuos severamente afectados el patrón reticular se pierde y es remplazado por cambios atróficos. Las lesiones del eritema ab igne ge-

neralmente son asintomáticas², sin embargo, puede presentarse sensación de leve dolor, inflamación y disestesias.

El diagnóstico es clínico, por lo que se hace importante realizar una buena historia clínica donde se indague la exposición al calor en forma repetitiva y prolongada.

Los cambios microscópicos dependen del área corporal comprometida, tipo de calor y tiempo de exposición¹⁶. Histológicamente, el eritema ab igne es similar a la queratosis actínica^{2,6,12}, con cambios epidérmicos de atipia escamosa y acumulación de elastina en la dermis (elastosis actínica), el cual es un signo temprano de daño dérmico por radiación de calor o luz ultravioleta^{12,17,18}. Además, se observa atrofia epidérmica, incontinencia pigmentaria, displasia de queratinocitos, depósitos de melanina y/o hemosiderina en la dermis, e infiltrado celular inflamatorio perivascular¹⁷.

El tratamiento de esta alteración es la eliminación inmediata del agente causal; sin embargo, según la intensidad y tiempo de exposición pueden permanecer por largo tiempo las lesiones reticuladas e hiperpigmentadas, por lo que se hace necesario la utilización de medicación tópica con tretinoína o hidroquinona y, según hallazgos histológicos especialmente cuando se informa de atipia epitelial, el uso de 5-fluoracilo tópico está indicado¹⁹.

El pronóstico del eritema ab igne es bueno, siempre y cuando se remueva el agente causal en forma temprana. Si la exposición no es descontinuada las lesiones cutáneas evolucionan a atrofia de la dermis y se pueden presentar cambios de premalignidad.

A la paciente presentada se le suspendió la aplicación de calor local en bolsas y se le adicionó tratamiento tópico con 5-fluoracilo, consiguiendo así resolución de síntomas y lesiones cutáneas.

Nuestro interés por informar este caso, considerando que el eritema ab igne no debe ser infrecuente en nuestro país, es el de tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial ante un paciente con livedo

reticular, que no cumpla con criterios o no tenga manifestaciones sistémicas de importancia que hagan sospechar en enfermedades del tejido conectivo, y de esta forma evitar la solicitud de laboratorios innecesarios y tratamiento inadecuados.

Referencias

1. Rosenstock L, Cullen MR. Clinical occupational medicine. Philadelphia, WB Saunders: 1982; 28-29.
2. Shahrad P, Marks R. The wages of warmth: changes in erythema ab igne. *Br J Dermatol* 1977; 97: 179-186.
3. Kennedy CTC. Reactions to mechanical and thermal injury. In: Champion RII, Burton JL, Ebling FJG, editors. *Textbook of dermatology*. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992; 777-832.
4. Page EH, Shear NH. Temperature-dependent skin disorders. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18: 1003-1019.
5. Meffert JJ, Davis BM. Furniture-induced erythema ab igne. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 516-517.
6. Kligman LH, Kligman AM. Reflections on heat. *Br J Dermatol* 1984; 110: 369-375.
7. Mok DW, Blumgart LH. Erythema ab igne in chronic pancreatic pain: a diagnostic sign. *J R Soc Med* 1984; 77: 299-301.
8. Butler ML. Erythema ab igne a sign of pancreatic disease. *Am J Gastroenterol* 1977; 67: 77-79.
9. Ialliday CE, Goka AK et al. Erythema ab igne: a sign of organic disease (letter). *J R Soc Med* 1986; 79: 249-250.
10. Cox NH, Paterson WD, et al. A reticulate vascular abnormality in patients with lymphoedema: observations in eight patients. *British J Dermatol* 1996; 135(1): 92-97.
11. Ashby M. Erythema ab igne in cancer patients. *J R Soc Med* 1985; 78: 925-927.
12. Arrington JH 3rd, Lockman DS. Thermal keratoses and squamous cell carcinoma in situ associated with erythema ab igne. *Arch Dermatol* 1979; 115: 1226-1228.
13. Cross F. On a turf (peat) FIRE cancer: malignant change superimposed on erythema ab igne. *Proc R Soc Med* 1967; 60(12): 1307-1308.
14. Schepis C, Romano C. Cutaneous findings in the mentally retarded. *Int J Dermatol* 1996; 35: 317-322.
15. Flanagan N, Watson R et al. Bullous erythema ab igne (letter). *Br J Dermatol* 1996; 134: 1159-1160.
16. Jonson WC, Butterworth T. Erythema ab igne elastosis. *Arch Dermatol* 1971; 104: 128-131.
17. Finlayson GR, Sams WM, Smith JG. Erythema ab igne: a histopathological study. *J Invest Dermatol* 1966; 46: 104-108.
18. Kligman LH. Intensification of ultraviolet-induced thermal damage by infrared radiation. *Arch Dermatol Res* 1982; 272: 229-238.
19. Sahl WJ, Taira JW. Erythema ab igne: treatment with 5-fluorouracil cream. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 109-110.