

Eritema fixo

Fixed drug eruption

Rev Port Imunoalergologia 2008; 16 (5): 493-494

Sandra Medeiros, Raquel Santos

Serviço de Dermatologia, Hospital Curry Cabral – Lisboa



Ver comentário na página seguinte / See comment in the next page

COMENTÁRIO

O eritema fixo é uma reacção que se desenvolve, caracteristicamente, uma a duas semanas após exposição a um fármaco específico. Com exposições subsequentes a dermatose surge geralmente nas primeiras 24 horas. As lesões predominam nos lábios, face, mãos e pés, bem como na área genital, podendo ocorrer em qualquer área. Clinicamente apresentam-se como uma única ou várias placas eritematosas, circulares ou ovaladas, de limites muito bem definidos (Figura 1). Na sua zona central pode-se observar uma bolha ou uma erosão. As lesões cicatrizam ao longo de alguns dias com uma área de hiperpigmentação acastanhada ou purpúrica residual. Tipicamente, após readministração do fármaco as lesões reaparecem em igual número e exactamente nos mesmos locais, podendo também ocorrer envolvimento acrescido de outros locais. Mais raramente ocorrem inúmeras lesões (Figura 2) características do eritema fixo generalizado.

Os fármacos mais frequentemente associados são as sulfonamidas, AINE (em particular os derivados das fenazonas – como as duas doentes apresentadas), barbitúricos, tetraciclina e carbamazepina. Menos frequentemente esta dermatose decorre secundariamente à toma de fármacos com fenolftaleína, naproxeno, metamizol, dimenidrinato e paracetamol. A realização de provas epicutâneas pode ter interesse, devendo ser efectuada em área de pele afectada.

COMMENT

Fixed drug eruption is a drug reaction, which develops characteristically 1 to 2 weeks after exposure. With subsequent exposures, the dermatosis appears within the first 24 hours. Lesions are more common on the lips, face, hands, feet and genitalia, although they may occur anywhere. The lesions are well defined, round or oval patches of redness and swelling of the skin (Figure 1). Sometimes, a central blister or erosion is seen. The lesions progressively fade over several days, often leaving a residual purplish or brown color. Characteristically, upon re-exposure to the causative drug the lesions recur at exactly the same sites. With each exposure however, the number of involved sites may increase. Less frequently, the presence of several lesions is referred to as generalized fixed drug eruption (Figure 2). The drugs usually implicated in fixed eruptions are: sulfonamides, NSAIDs (in particular phenazone derivatives – as in the 2 presented cases), barbiturates, tetracyclines and carbamazepine. Less frequently associated drugs are: phenolphthalein, naproxen, metamizole, dimenhydrinate and paracetamol. Patch testing in a previously involved site may be useful for the diagnosis.