

Eritema pigmentado fixo por prulifloxacina

Fixed drug eruption by prulifloxacin

Data de receção / Received in: 03/09/2014

Data de aceitação / Accepted for publication in: 11/02/2015

Rev Port Imunoalergologia 2015; 23 (1): 29-30

Ana Moreira¹, Joana Santos²

^{1,2} Internas de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar na IUCSP Oliveira do Douro e na ²USF Arco do Prado
– ^{1,2}ACeS Grande Porto VII – Gaia



COMENTÁRIO

Mulher, 59 anos, com história de psoríase ungueal e cistites recorrentes, sem história medicamentosa habitual, descreve aparecimento de manchas avermelhadas recorrentes na hemiface direita, junto à comissura labial, mento e pálpebra superior e o aparecimento de uma nova lesão na mucosa oral do palato duro, acompanhadas de prurido e sensação de queimadura local. Refere a mesma localização e a resolução espontânea das lesões nos 2 episódios prévios. Objetivamente evidenciam-se 4 placas eritematosas-violáceas, ovais, bem demarcadas localizadas na mucosa do palato duro (com erosão) e na pele da hemiface direita junto à comissura labial (figura), mento (com bolha central) e pálpebra superior esquerda, medindo entre 0,6 e 4,8 cm de diâmetro. A história clínica revelou que cada episódio era antecedido pela automedicação exclusiva com prulifloxacin por queixas urinárias, com o aparecimento destas lesões cerca de 48 horas após a administração de prulifloxacin, fazendo-se o diagnóstico de eritema pigmentado fixo (EPF). Após 15 dias de evicção de prulifloxacin (atitude principal), corticosteroide tópico e anti-histamínico oral (tratamento sintomático), houve a resolução das lesões deixando uma hiperpigmentação residual.

O EPF é uma reação cutânea que caracteristicamente reaparece nos mesmos locais mediante a reexposição ao(s) fármaco(s) ofensivo(s) – mais frequentemente antibióticos (especialmente sulfamidas, tetraciclina, penicilinas), AINEs, paracetamol, barbitúricos e antimaláricos.¹ No entanto, outros fármacos podem estar envolvidos na sua etiologia, como é o caso das quinolonas, existindo já relatos de alguns casos clínicos de reatividade cruzada.²⁻⁴ O seu diagnóstico é frequentemente clínico, mas perante uma história incerta, a presença de sintomas sistémicos, a suspeita de múltiplos agentes causais, e/ou para estudo de reatividade cruzada poderão ser realizados testes de provocação (tópicos, testes epicutâneos em pele lesionada, biópsia ou eventualmente provas de provocação por via sistémica)¹, para uma correta orientação terapêutica em termos futuros.

COMMENT

A 59-year old woman with history of nail psoriasis and recurrent cystitis describes appearance of recurrent reddish spots on the right face near the comissure, chin and upper eyelid skin, with one new lesion on the hard palate oral mucosa, accompanied with pruritus and local burning sensation. She reports that these spots appeared in the same sites and resolved two times consecutively during 8 months. Physical examination revealed three oval, sharply demarcated, erythematous-violaceous patches, on the hard palate oral mucosa (with erosion) and on the right-sided cheek (figure), chin (blistered at the center) and left upper eyelid skin, between 0.6 and 4.8 cm in diameter. Medical history revealed that each episode was elicited by sole automedication with prulifloxacin for urinary complaints. Subsequently, she was diagnosed with fixed drug eruption (FDE). After 15 days of prulifloxacin avoidance (main attitude) and topical corticosteroid and oral antihistamine therapy (symptomatic treatment), lesions resolved spontaneously leaving a residual hyperpigmentation.

FDE is a cutaneous reaction that characteristically recurs in the same locations upon reexposure to the offending drug – more frequently antibiotics (especially sulfamides, tetracyclines, penicilines), NSAIDs, acetaminophen, barbiturates and antimalarials.¹ However, other drugs may be involved in their etiology, such as quinolones, and there are even some reported cases of cross-reactivity.²⁻⁴ FDE diagnosis is mainly clinical. When history is unclear, systemic symptoms are present, multiple medications are suspected and/or to study cross-reactivity, topical provocations tests, epicutaneous tests on damaged skin, biopsy or eventually systemic challenge tests can be performed¹, for future proper therapeutic guidance.