

PRESENTACIÓN DE CASO OPEN ACCESS ***Eritema Fijo Medicamentoso en un paciente adulto mayor. Presentación de caso***
Fixed Drug Erythema in an older adult patient. Case presentationBizmar Alejandro Frómeta Correa ¹ , Marisol Cosera Arias ¹ , Virgen Mercedes Ferrales Isalgué ¹ ¹ Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Guantánamo, Cuba.**Recibido:** 13/02/2025
Aceptado: 03/05/2026
Publicado: 25/08/2026**Palabras clave:** adulto mayor;
amlodipino; aspirina;
dermatología.**Keywords:** older adult;
amlodipine; aspirin;
dermatology.**Citar como:** Frómeta Correa BA, Cosera Arias M, Ferrales Isalgué VM. Eritema Fijo Medicamentoso en un paciente adulto mayor. Presentación de caso. UNIMED [Internet]. 2026. [citado fecha de acceso]; 8(1). Disponible en: <https://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/413>**RESUMEN**

El eritema fijo medicamentoso es una reacción cutánea secundaria a algunos fármacos, por lo que no se conoce aún su mecanismo patógeno. Se asocia a la administración de varios fármacos, no se recoge el antecedente de antihipertensivos. Se caracteriza de forma clínica por presentar lesiones eritematosas redondeadas que al involucionar dejan unas manchas hipopigmentadas residuales azules-grisáceas. Se presenta el caso de un paciente de 73 años que acudió a consulta de dermatología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán, por presentar máculas eritematovioláceas diseminadas, al cual se le realizó el diagnóstico de eritema fijo medicamentoso, resaltando el diagnóstico y tratamiento oportunos que contribuyen a una evolución favorable, lo que disminuye altos costos, estancia hospitalaria prolongada y potencial mortalidad. Se le indicó tratamiento con corticoesteroides, antihistamínicos, y dieta de exclusión e interconsulta con medicina interna, para cambio de tratamiento. Llegándose a la conclusión que los médicos en la APS deben tener en cuenta el tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos mayores y el riesgo de padecer esta enfermedad dermatológica.

ABSTRACT

Fixed drug erythema is a secondary skin reaction to some drugs, so its pathogenic mechanism is not yet known. It is associated with the administration of several drugs; a history of antihypertensive medications is not recorded. It is clinically characterized by rounded erythematous lesions that, when involuted, leave residual blue-gray hypopigmented spots. The case of a 73-year-old patient who attended a dermatology consultation at the Joaquín Albarrán Surgical Clinical Teaching Hospital with disseminated erythematous-violaceous macules is presented, for whom the diagnosis of

fixed drug erythema was made, highlighting the importance of timely diagnosis and treatment, which contribute to a favorable outcome, thereby reducing high costs, prolonged hospital stays, and potential mortality. He was prescribed treatment with corticosteroids, antihistamines, and an exclusion diet and consultation with internal medicine to change treatment. Reaching the conclusion that doctor in the PHC must take into account antihypertensive treatment in older adult patients and the risk of suffering from this dermatological disease.

INTRODUCCIÓN

El eritema fijo medicamentoso (EFM) es una reacción cutánea secundaria a algunos fármacos, por lo que no se conoce aún su mecanismo patógeno. Se asocia de manera principal a la administración de antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos y psicofármacos como los barbitúricos.^(1, 2) Es descrito por primera vez, en 1889, por Bourns, al observar una erupción, en los labios y la lengua, en un paciente que había ingerido 20 gramos de antipirina y que al curar, dejó una hiperpigmentación residual bien delimitada. En 1894, Brocq, acuña el término de «exantema fijo medicamentoso» para describir una erupción eritematopigmentada fija.⁽³⁾

Las lesiones afectan a extremidades, genitales y cara, son frecuentes en el glande, aunque pueden aparecer en cualquier zona. Se inician días después de la ingesta del fármaco, sin embargo pueden presentarse a escasas horas en el individuo que de forma previa fue sensibilizado.^(1, 2)

Se caracteriza de forma clínica por presentar lesiones eritematosas redondeadas u ovaladas, las cuales pueden producir eritemas y ampollas que dejan pigmentación; al involucionar son evidentes unas manchas hipopigmentadas residuales azules-grisáceas en número de 1 a 4 o más. Es importante conocer esta reacción medicamentosa, puesto que la persistencia en la ingestión del fármaco desencadenante puede aumentar el número y tamaño de las lesiones, ocasionar pigmentación residual o denudación mucosa. Una anamnesis con hincapié en adultos mayores que consumen de manera habitual estos fármacos es clave en el diagnóstico oportuno.⁽¹⁾

Son asintomáticas, aunque en ocasiones los pacientes refieren sensación de ardor, otros pueden desarrollar fiebre, malestar general o síntomas abdominales. ⁽⁴⁾ Tras la suspensión del fármaco causal las lesiones desaparecen en los siguientes días, proceso que puede acelerarse con la aplicación de un corticoide tópico potente. La pigmentación marronácea residual puede tardar semanas en desaparecer. ^(5, 6)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de ingreso: manchas en piel

Historia de la enfermedad actual: Paciente de 73 años de edad de procedencia urbana, con antecedentes de hipertensión arterial hace más o menos 10 años, que se trata con amlodipino 1 tableta diaria, hidroclorotiazida 1 tableta al día y ASA (aspirina) de 500 mg 1 tableta al día, que acudió a consulta de dermatología del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán de La Habana, refiere que hace más o menos un mes presenta lesiones en piel, las cuales por las características de las lesiones impresiona un EFM, se indicó estudio y tratamiento.

Antecedentes patológicos personales.

Hipertensión arterial hace más o menos 10 años. No presenta historial clínico de operaciones, traumatismos, transfusiones ni hábitos tóxicos. Su esquema de vacunación se encuentra actualizado.

Antecedentes familiares.

No se describen familiares con lesiones cutáneas similares ni cuadros dermatológicos de interés. No genodermatosis en la familia.

Al examen físico se observan. (Aspectos positivos)

Piel: lesiones en placa, eritematovioláceas, hiperpigmentadas, diseminadas en número de 8, con regiones satélites alrededor, numulares, algunas con presencia de escamas, con bordes bien delimitados, que se localizan las de mayor tamaño en la región de la cara, axilas y región inguinal;

las de menor tamaño se encuentran en miembros superior, cara anterior del tórax y testículos. (Fig. 1).



Figura 1. Se pueden observar, señaladas con flechas, las lesiones en placa eritematovioláceas, hiperpigmentadas, con regiones satélites alrededor, numulares, algunas con presencia de escamas en miembros superiores (vista dorsal y frontal); región inguinal y axilar.

Se realizó un estudio de Prueba de doble inmunodifusión con medicamentos, lo cual informó como resultado positivo al Amlodipino y ASA ambas con 4 cruces (++++), que son los medicamentos de consumo diario por el paciente en estudio, debido a sus enfermedades de base.

Evaluación diagnóstica:

La evaluación diagnóstica de este caso se realiza a través del método clínico y el interrogatorio, con el antecedente de ingerir de forma repetida, durante varios meses amlodipino (10 mg) después de la comida y ASA (500 mg) 2 veces al día, además la recurrencia y las características morfológicas y topográficas de las lesiones cutáneas; así como el empeoramiento de estas, cada vez que entra en contacto con estos fármacos. No es necesaria la realización de la biopsia cutánea, ni otros exámenes complementarios.

Tratamiento:

Se le indicó tratamiento con betametasona de 4mg el ampolla por 5 dosis en días alternos, antihistamínicos H1, benadrilina (difenhidramina) de 25 mg, 1 tableta cada 8 horas por 10 días y

dieta de exclusión para este tipo de patologías dermatológicas; de manera excepcional pueden estar implicados alimentos como las fresas, las legumbres, los espárragos o los anacardos, la cual se sugiere seguirla durante 2-4 semanas hasta la desaparición de los síntomas.

Declaración ética-moral: se cumple con los principios fundamentales de la declaración de Helsinki ⁽⁷⁾ de 1964 y se obtiene el consentimiento informado del paciente, se garantiza datos personales e imágenes con fines científicos.

DISCUSIÓN

Existe en la literatura varios casos de hiperpigmentación por amlodipino, determinando que su frecuencia puede ser elevada con el consumo crónico de este. ^(7, 8, 9) Cuadro muy común en el grupo etáreo que desde la atención primaria se debe tener especial consideración a la hora de diagnosticar lesiones dermatológicas en consumidores de los fármacos descritos en este caso, pero sin llegar a constituir un EFM como diagnóstico. En este caso, se constata uno de los pocos casos que con el amlodipino, realiza una reacción de hipersensibilidad de este tipo.

Pérez *et al* ⁽⁹⁾ plantean en su investigación que la hipertensión arterial es la comorbilidad más frecuente (60,3 %) de todas las enfermedades identificadas en el adulto mayor, por lo que los medicamentos antihipertensivos diuréticos representan un porcentaje elevado dentro del arsenal terapéutico de este grupo etáreo (63,6 %), se describe las dermatosis medicamentosas como enfermedad que se debe tener en cuenta para el logro de una calidad de vida óptima en los adultos mayores.

Kidon *et al* ⁽¹⁰⁾ reportan que aunque la enfermedad no tiene un tratamiento específico, varios son los medicamentos usados para su control, de elección los corticoesteroides tópicos e intralesionales. Señalan, además, que las reacciones medicamentosas son leves y que la menor proporción de estas ponen la vida en riesgo; pero en algunos casos suelen requerir de atención en Unidades de Cuidados Intensivos.

El diagnóstico diferencial depende de factores como: cantidad de lesiones, la localización y el sexo, todo eso se debe diferenciar de las celulitis pospicaduras en los casos de lesión única, en aquellos cuyas lesiones son generalizadas se denomina eritema fijo medicamentoso generalizado. Se debe diferenciar del eritema multiforme, cuando compromete las mucosas de forma marcada con el síndrome de Stevens-Johnson. Cuando la afectación es genital pensar en el herpes simple genital, balanitis candidiásica y el eritema polimorfo genital. ⁽¹¹⁾ Se puede considerar las dermatitis de contacto, dermatitis numular, lesiones en forma de monedas y la urticaria, estas son ronchas evanescentes, eritematosas, fugaces y pruriginosas.

Se tomó como conducta interconsulta con Medicina Interna para cambio de tratamiento, lo cual constituye la única forma de desaparición de las lesiones de forma definitiva, eliminar la causa que provocó dicha enfermedad. Se le explicó al paciente que no debe consumir estos medicamentos u otros que lo contengan.

Pasados 21 días de la supresión paulatina del tratamiento farmacológico actual y el cambio de medicamentos por parte de Medicina Interna, además del uso de corticoesteroides señalados, el paciente evoluciona de manera satisfactoria. Solo presentó las clásicas lesiones marrónáceas recidivantes en esta enfermedad y el prurito ocasional. El paciente se dio de alta del Servicio de Dermatología del Hospital y se programan dos consultas externas en la institución para su seguimiento oportuno. También para su estudio y control se sugirió acudir a consulta externa de su área de salud.

Declaración ética-moral: se cumple con los principios fundamentales de la declaración de Helsinki 12 de 1964 y se obtiene el consentimiento informado del paciente, se garantiza datos personales e imágenes con fines únicamente científicos según principios éticos de investigación biomédica. De igual forma, se aprueba la socialización del caso clínico por el comité de ética del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán de La Habana. (Anexo 1)

CONCLUSIONES

El EFM es una reacción cutánea secundaria al uso de medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos, hipotensores, antibióticos y anticonvulsivantes. Estos grupos farmacológicos se consumen con mayor frecuencia por la población adulta mayor. Ante lesiones de piel de larga data hay que pensar en esta farmacodermia. Los médicos en la Atención Primaria de Salud deben tener en cuenta el tratamiento antihipertensivo en los pacientes adultos mayores y el riesgo de padecer esta enfermedad dermatológica.

Agradecimientos:

El colectivo de autores agradece la contribución de la Dra. Ayana Justiz Correa, Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, quien es además Especialista de 1er. Grado de Dermatología del propio Servicio del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán Domínguez" de La Habana, Cuba; por la asesoría en cuanto al contenido abordado, la toma de las imágenes identificativas de las lesiones, así como el reporte de la evolución médica diaria del paciente.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los autores declaran que el siguiente trabajo es original e inédito, y es producto de su contribución intelectual, bajo la tutela de uno o varios profesores del hospital. Las figuras que acompañan el trabajo representan fielmente los hechos informados y no han sido generadas o alteradas digitalmente. Todos los datos y referencias a textos y materiales ya publicados, están debidamente identificados y citados en el cuerpo del trabajo y las referencias bibliográficas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE FINANCIAMIENTO

Los autores declaran la no existencia de fuentes de financiación.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA:

Conceptualización e ideas: Marisol Cosera Arias

Metodología: Bizmar Alejandro Frómeta Correa

Curación de datos: Marisol Cosera Arias

Análisis formal: Virgen Mercedes Ferrales Isalgué

Visualización: Virgen Mercedes Ferrales Isalgué

Redacción del Borrador Original: Bizmar Alejandro Frómeta Correa

Redacción: Bizmar Alejandro Frómeta Correa

Revisión: Bizmar Alejandro Frómeta Correa

Edición: Bizmar Alejandro Frómeta Correa

ANEXO 1. Consentimiento informado

Universidad de Ciencias Médicas

Facultad de Medicina N°1 Santiago de Cuba



Consentimiento informado

Por este medio se hace constar la aprobación de la paciente con HC: 53101517691 para la utilización de sus datos en la confección de una presentación de caso y su posterior presentación en escenarios docentes y científicos manteniendo siempre la ética médica y la privacidad de la paciente. Esto se hace constar a través de la siguiente firma.

Firma Paciente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar-Urbina EW, Plasencia-Meza C, Chávez-Rimarachín M, Aquino-Salverredy R, Velásquez Ojeda A, Bazán Gallo C et al. Eritema pigmentado fijo ampoloso medicamentoso relacionado con el uso de ivermectina en paciente con Neumonía por SARS-Cov-2: Reporte de caso. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2021 Jul [citado 2024 Dic 10]; 14(3): 394-397. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.143.1280>.
2. Núñez-Naranjo MM, Rodas-Espinoza AF. Exantema fijo medicamentoso generalizado. Medigraphic [internet] 2014 Abr [citado 2024 Dic 10]; 42 (1-3): 54-56. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2014/mc141_3j.pdf
3. Esqueff-Díaz N, Sierra-Díaz D, Pérez-Báez N. Eritema fijo medicamentoso múltiple. Reporte de caso. Medimay [Internet]. 2024 [citado 10 Dic 2024]; 31(2): 6-9. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2439>
4. Rojas-Caraballo N, Marchado-Mora Y, Lagos-Ordoñez KJ, Bordelois-Abdo JA, Mozo-Bigñotte A. Reacciones cutáneas adversas medicamentosas en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, Guantánamo 2018-2019. Rev Inf Cient [Internet]. 2020 [citado 10 Dic 2024]; 99(2): 10-14. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2811>
5. Choi H, Ku J, Kim M, Kang H, Cho S, Kim H, et al. Possible role of Fas/Fas ligand-mediated apoptosis in the pathogenesis of fixed drug eruption. Br J Dermatol [Internet], (2006). [citado 10 Dic 2024]; 15(4): 419-425. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.07057>
6. Academia Española de Dermatología y Venereología. Eritema fijo medicamentoso [internet]. sept 2017 España. [citado 10 Dic 2024]. Disponible en: <https://aedv.fundacionpielsana.es/wiki/derma/eritema-fijo-medicamentoso/>
7. Pérez-Pérez L; García-Gavilán J; Allegue-Zulaica A. Exantema fijo medicamentoso múltiple probablemente inducido por Ácido mefenámico. [internet]. 2013. Actas Dermo-Sifiliográficas. [consultado 10 de diciembre 2024]; 104 (1): 85-87. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-exantema-fijo-medicamentoso-multiple-probablemente-articulo-S0001731012002694>
8. Salcido-de Pablo PA, Urrutia-Guerrero JS, Valdés-Castañeda SL, et al. Farmacodermia por amlodipino. Reporte de un caso. Med Int Mex. [internet] 2013 [citado 10 Dic 2024]; 29(3):327-330. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi->

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41864](http://revcalixto.sld.cu/bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41864)

9. Pérez López A, Gómez Vélez VC, Cardozo Lunar NA. Dermatosis más frecuentes en pacientes geriátricos atendidos en dos centros de asistencia médica Most frequent dermatoses in geriatric patients treated at two health care centers. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García" [Internet]. 2019 [citado 8 Dic 2024]; 7(3): 9-18. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahc/article/view/404>
10. Kidon M, Blanca-Lopez N, Gomes E, Terreehorst I, Tanno L, Ponvert C, et al. EAACI/ENDA Position Paper: Diagnosis and management of hypersensitivity reactions to non-steroidal anti-inflammatory drugs (AINEs) in children and adolescents. Pediatr Allergy Immunol [Internet]. 2018 [citado 19 Dic 2024]; 29(5):469–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pai.12915>
11. Fustá-Novell X, Bosch-Amate X, Morgado-Carrasco D. Eritema fijo medicamentoso. Atención Primaria Práctica [Internet]. 2019 [citado 19 Dic 2024]; 1(3):55–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appr.2019.02.002>
12. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Helsinki: World Medical Association; 1964.