

Resolución del caso presentado en el número anterior

Eritema *ab igne*

Erythema ab igne

Dra. Macarena Atún^a, Dra. María F. Martínez^b y Dr. Pablo N. Affranchino^c

Se trató de un paciente masculino de 15 años de edad, previamente sano, que consultó por una lesión en la cara externa del miembro inferior derecho que había notado una semana atrás. Se trataba de una mácula amarronada de aspecto reticular que no desaparecía ante la digitopresión. Al momento del interrogatorio, surgió como dato de relevancia que el paciente jugaba durante horas a la *Playstation* y colocaba una estufa eléctrica cercana al miembro afectado, por lo que se realizó el diagnóstico clínico de eritema *ab igne*.

El eritema *ab igne* (del latín, *eritema del fuego*) es una patología eritematosa persistente adquirida, reticulada y pigmentada de la piel, producida por una exposición prolongada y repetida frente a una fuente de calor moderadamente intensa, que no llega a ser quemadura.^{1,2} Se suele observar por el uso de almohadillas calentadoras, estufas/calentadores eléctricos, estufas de carbón, baños de agua caliente prolongados, mantas eléctricas, ordenadores portátiles, asientos de auto calentados, etc.³

Se desconoce la fisiopatología exacta, pero el patrón clínico coincide con el plexo venoso dérmico. Una exposición repetida al calor por debajo de 45 °C produce eritema reticulado, seguido de hiperpigmentación con ese mismo patrón.¹ En el caso presentado, al reinterrogar de manera dirigida, el paciente refirió que jugaba durante horas a la *Playstation* y colocaba una estufa eléctrica cercana al miembro afectado.

La presentación inicial consiste en un eritema macular pasajero con un patrón reticulado muy amplio que palidece fácilmente. El tamaño y la forma general suelen coincidir, más o menos, con los de la fuente de calor.¹ En caso de exposición repetida al calor, el eritema evoluciona a una hiperpigmentación oscura; las lesiones se hacen fijas y ya no palidecen. Puede producirse atrofia epidérmica por encima de la pigmentación reticulada. En las fases más avanzadas, las lesiones pueden volverse ligeramente queratósicas y pueden formarse ampollas. Por lo general, son asintomáticas, aunque, a veces, se percibe una ligera sensación de quemazón, leve prurito o disestesias.¹

El principal riesgo a largo plazo, al igual que con las cicatrices de las quemaduras, es el desarrollo de carcinoma de células escamosas (CEC), y, cuando esto sucede, tienden a ser más agresivos y presentan metástasis en más del 30 % de los casos.³ El diagnóstico es eminentemente clínico, ya que su presentación es muy característica. En los casos que generen duda, se puede realizar una biopsia de piel. Los cambios histopatológicos iniciales consisten en atrofia epidérmica, vasodilatación y depósito de melanina y hemosiderina en la dermis. Conforme avanzan las lesiones, la atrofia epidérmica se hace más pronunciada y se observa un aplanamiento de las crestas interpapilares.¹

Con respecto a los diagnósticos diferenciales mencionados en el número anterior, *livedo reticularis* es una vasculopatía transitoria sensible a la temperatura que muestra predilección por las extremidades, pero no suele acompañarse de hiperpigmentación.¹ Otra entidad para pensar ante una lesión de aspecto reticular es la *cutis*

a. Clínica Pediátrica.

b. Servicio de Dermatología.

c. Sector ambulatorio.

Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Argentina.

Correspondencia:

Dr. Pablo N. Affranchino: affranchino@gmail.com

Financiamiento:

Ninguno.

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 1-10-2019

Aceptado: 26-12-2019

Cómo citar: Atún M, Martínez MF, Affranchino PN. Eritema *ab igne*. Arch Argent Pediatr 2020;118(5):366-367.

marmorata telangiectásica, pero esta se presenta desde el nacimiento (el 90 % de los casos) o poco tiempo después, por lo que no podría tratarse del caso descrito. Es una patología de curso benigno, caracterizada por la presencia de lesiones de aspecto mármoleo reticulado de coloración azul violácea y distribución asimétrica.⁴

El eritema fijo por drogas se presenta como máculas o placas eritematoedematosas, bien delimitadas, que aparecen entre 1 y 2 semanas luego de la ingesta del fármaco (sulfamidas, antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol, entre otros). Esta lesión se resuelve y deja una mácula hiperpigmentada residual que suele reaparecer ante ingestas subsiguientes (entre 30 minutos y 8 horas) en la misma localización.³

En el caso de la poliarteritis nodosa (PAN) cutánea o sistémica, ambas suelen presentar síntomas sistémicos, como fiebre, malestar general, mialgias y artralgias. Desde el aspecto cutáneo, se manifiestan como nódulos dolorosos, lesiones purpúricas, *livedo reticularis* y úlceras que se resuelven y dejan una cicatriz atrófica estrellada. La forma sistémica se acompaña también de compromiso cardíaco, renal, gastrointestinal y, en ocasiones, pulmonar.³

El tratamiento del eritema *ab igne* consiste en evitar nuevas exposiciones a la fuente de calor responsable. Una vez que se ha detenido, el eritema irá aclarándose, pero los cambios hiperpigmentarios pueden ser permanentes. Algunos casos crónicos pueden requerir terapias tópicas, útiles para minimizar la displasia celular, como retinoides, imiquimod o 5-fluorouracilo. En las lesiones muy extensas o con secuelas estéticas relevantes, se podrían evaluar otros tratamientos, como la hidroquinona y/o la tretinoína por su función despigmentante.⁵

REFERENCIAS

1. Smith ML. Dermopatías ambientales y deportivas. En: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatología*. 4.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018. Págs.1572-3.
2. Brzezinski P, Ismail S, Chiriac A. Radiator-induced erythema ab igne in 8-year-old girl. *Rev Chil Pediatr*. 2014; 85(2):239-40.
3. Paller AS, Mancini AJ. The Hypersensitivity Syndromes. En: Paller AS, Mancini AJ (eds.). *Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology*. 5th ed. Toronto: Elsevier; 2016. Págs.467-93.
4. Navalón Ramon E, Lombardi A, Martínez Ruiz E. Cutis marmorata telangiectásico congénito. *FMC*. 2013; 20(3):173-4.
5. Tan S, Bertucci V. Erythema ab igne: an old condition new again. *CMAJ*. 2000; 16(1):77-8.