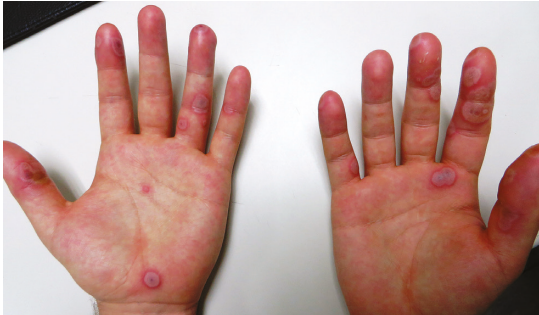




Eritema multiforme



▲ 8.1. Varón de 21 años con eritema exudativo multiforme que afecta a palmas y plantas con lesiones típicas en diana, algunas ampollosas, y afectación en cavidad oral. El brote coincidió con una parotiditis aguda con serología virus parotiditis IgM (+).



▲ 8.2. Varón de 23 años con eritema exudativo multiforme afectando sobre todo a palmas, con lesión sugestiva de herpes en labio inferior. No presenta fiebre ni signos de afectación sistémica.



◀ 8.3. Las lesiones en diana (o iris), de distribución acral característica, son redondeadas, menores de 3 cm de diámetro, y constan de un área central de eritema, una zona medial de edema más pálida y un anillo externo de eritema con bordes bien definidos.



▲ 8.4. Varón de 58 años con erupción recurrente que aparece cada 3-5 semanas y se acompaña de lesiones labiales en probable relación con herpes simple.

Erupción cutánea de naturaleza inmunológica y de presentación aguda o crónica recurrente, caracterizada por lesiones maculares, papulares o urticariales, así como por las clásicas lesiones iris o en diana, distribuidas preferentemente en el tronco y las extremidades distales, incluidas palmas y plantas^{1,2}. También puede afectar a las mucosas oral y genital, con lesiones vesiculoampollosas erosivas.

El eritema multiforme puede ser secundario a:

- Infecciones (40%): las más frecuentes son las ocasionadas por el virus del herpes simple y por *Mycoplasma pneumoniae* (primera causa en la edad pediátrica)³.
- Fármacos (10%): sobre todo por antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos².
- Causas desconocidas (50%), que podrían asimismo estar relacionadas con reactivaciones asintomáticas del virus del herpes simple².

Características específicas de la lesión^{1,2}

- Maculopápulas rojas, planas o ligeramente elevadas, que pueden alcanzar un diámetro de 1-3 cm.
- Lesiones en diana (o iris). Miden <3 cm de diámetro, son redondeadas y tienen tres zonas: un área central de eritema, una zona medial de edema más pálida, y un anillo externo de eritema con bordes bien definidos.
- También puede haber lesiones erosivas vesiculoampollosas que afecten a las mucosas oral y genital.

Síntomas de alarma

- Signos de afectación sistémica: fiebre, malestar, artromialgias, etc.
- Lesiones mucosas hemorrágicas.
- Exfoliación epidérmica extensa y signo de Nikolsky (véase la ficha 8.1, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica).

Claves para el diagnóstico diferencial¹

- Presencia de lesiones iris o en diana.
- Distribución acral típica.
- Lesiones erosivas que afectan a las mucosas oral y genital.
- Exclusión de otras toxicodermias (por ejemplo, enfermedad lineal IgA inducida por vancomicina), lupus eritematoso y dermatosis ampollosas autoinmunes (como la penfigoide); en las formas atípicas de eritema multiforme, hay que hacer el diagnóstico diferencial con la urticaria vasculitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Breathnach SM. Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. En: Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, eds. Rook's Textbook of Dermatology, 9.^a ed. Wiley-Blackwell, 2016.
2. Sokumbi O, Wetter DA. Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema multiforme: a review for the practicing dermatologist. Int J Dermatol. 2012; 51(8): 889-902.
3. Grosber M, Alexandre M, Poszepczynska-Guigné E, Revuz J, Roujeau JC. Recurrent erythema multiforme in association with recurrent *Mycoplasma pneumoniae* infections. J Am Acad Dermatol. 2007; 56(5 Supl): S118-S119.