

NOTA CLÍNICA



Gaceta Médica de Bilbao. 2015;112(3):160-162

Eritema *ab igne*

Mar López-Miralles^a, Ana Sauto-Gutiérrez^b, Silvia del Amo-Cachán^b, Ana de-Azola-Arias^a, Sandra Llano-Pajares^a, Joshua Polo-Periáñez^c

(a) Centro de salud Zabalzana (Vitoria-Gasteiz)

(b) Servicio de urgencia HUA Txagorritxu (Vitoria-Gasteiz)

(c) Centro de salud Gazalbide (Vitoria-Gasteiz)

Recibido el 28 de julio de 2015; aceptado el 8 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Eritema *ab igne*.
Eritema reticulado.
Hiperpigmentación.

Resumen:

El eritema *ab igne* es una dermatosis consistente en un eritema de patrón reticulado con hiperpigmentación que se adquiere tras una exposición crónica o repetida a una radiación infrarroja insuficiente para causar quemaduras. Se adquiere típicamente con el contacto repetido al calor de hornos, fogones, braseros o mantas térmicas en abdomen, espalda o miembros inferiores; y, recientemente, en el contexto del uso de ordenadores portátiles apoyados sobre los muslos. En la mayoría de los casos cursa de forma asintomática y desaparece al retirar la exposición a la fuente de calor.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Eritema *ab igne*.
Reticulate erythema.
Hyperpigmentation.

Eritema *ab igne*

Abstract:

Erythema *ab igne* is a dermatose consisted in a reticulate erythema with hyperpigmentation acquired by prolonged or repeated sub-threshold infrared radiation inadequate to cause burns. It is usually acquired with the repeated contact to ovens, furnaces, stoves or electric blankets in abdomen, back or legs; and, recently, there were reports of erythema *ab igne* following prolonged usage of laptop over the thighs. In most cases it is asymptomatic and progression of the disease can only be halted by the avoidance of further heat exposure.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Eritema *ab igne*

Laburpena:

Eritema *ab igne*, erredurak sortzeko nahikoa ez den erradiazio infragorriekiko esposizio jarraitu edo errepikatua sortutako eritema erretikulatu motako dermatosi hiperpigmentatua da. Labe, sukalde edo manta elektrikoaren beroarekiko kontaktu errepikatua rekin sortzen da normalean, sabelalde, lepo eta gorputz-adarretan, gaur egun, ordenagailu eroangarrien agerrerarekin, izter gainetan ere agertu ohi delarik. Kasu gehienetan ez du sintomarik sortzen eta bero iturria kenduta berez desagertzen da.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Eritema *ab igne*.
Eritema erretikulatua.
Hiperpigmentazioa.

Introducción

El eritema *ab igne* es una dermatosis cutánea consistente en un eritema de patrón reticulado con hiperpigmentación que se adquiere tras una exposición crónica o repetida a una radiación infrarroja insuficiente para causar quemaduras¹. La radiación infrarroja puede transmitir energía en forma de calor, aumentando de esta forma la temperatura de la piel. Una exposición cutánea a esta radiación podría aumentar la temperatura de la piel entre los 43 °C y 47 °C produciendo cambios en la piel como el eritema *ab igne*. También es conocido como “*ephelignalis*”, “*erythema a calore*”, “*ephelis ab igne*” o “*erythema a computatro*”.

Caso clínico

Mujer de 21 años natural de Senegal, que acude a consulta de atención primaria por presentar lesiones cutáneas pruriginosas y dolorosas en cara interna de ambas



Figura 1. Lesiones hiperpigmentadas de patrón reticular en extremidades inferiores.



Figura 2. Lesiones hiperpigmentadas de patrón reticular en extremidades inferiores.

extremidades inferiores de una semana de evolución. A la exploración se caracterizan por su simetría, aspecto reticular, negras sobre piel oscura, sin asociar inflamación ni induración; además se aprecia calor en la zona en contraste con la frialdad del resto de la piel. Como antecedentes personales presenta anemia ferropénica severa de origen ginecológico que precisó puntualmente la transfusión de dos concentrados de hematíes por hemoglobina de 5,3 g/dL.

Ante la presencia de estas lesiones de comienzo esporádico no asociadas a ninguna causa aparente se decide consultar al servicio de dermatología adjuntando las fotografías de la paciente (figuras 1, 2 y 3).

Ante lo cual orientan hacia la búsqueda de más antecedentes personales y posibles desencadenantes de



Figura 3. Lesiones hiperpigmentadas de patrón reticular en extremidades inferiores.

las lesiones que permitan hacer un diagnóstico diferencial. En este caso, incluiría el eritema *ab igne*, por exposición de la zona a una fuente de calor, y el livedo reticular adquirido, en cuyo caso habría que completar el estudio con analítica completa con estudio de coagulación, serologías incluyendo sífilis y anticuerpos anti-fosfolípido, proteína C y factor V de Leiden.

Rehistoriando a la paciente refiere en la última semana el uso diario de una estufa eléctrica durante más de una hora al día, debido a la bajada de las temperaturas por debajo de los -6°C . Tras lo cual se establece el diagnóstico de eritema *ab igne*, insistiendo en la necesidad de retirar la fuente de calor como medida para tratar las lesiones.

Discusión

Históricamente el eritema *ab igne* ha sido descrito en clima fríos donde la gente ha usado distintos dispositivos para generar calor, como estufas, braseros, fuegos o el Kangri en el norte de India². También aparece en relación con el trabajo de panaderos o sopladores de cristal que han estado expuestos de forma crónica a estas fuentes de calor. Del mismo modo se ha descrito en la aplicación de calor con mantas eléctricas en abdomen o en espalda para el tratamiento de pancreatitis crónica³ o carcinoma renal, coincidiendo con el área de mayor dolor. En los últimos años ha comenzado a describirse en personas jóvenes en el contexto del uso prolongado de portátiles sobre las piernas. Otras causas relacionadas con esta entidad son la cirrosis, la malnutrición, el hipotiroidismo, la enfermedad de Hansen y la anemia⁴.

El diagnóstico es clínico, tras la observación de la dermatosis, que se manifiesta como una lesión asintomática que en algunos casos se puede acompañar de quemazón, disestesias o prurito, junto con la exposición prolongada a una fuente de calor. Por lo que las áreas de localización más frecuentes resultan aquellas que han estado en contacto directo con dicha fuente de calor, como la región pretibial, la cara anterior de los muslos y el abdomen.

La patogenia no es del todo conocida, pero parece deberse al depósito extravascular de hemosiderina, que conlleva un daño del plexo venoso superficial y que explicaría su característico patrón reticulado. Además pueden aparecer telangiectasias y una descamación fina, y evolucionar hacia una atrofia epidérmica; y en los casos más raros, en un carcinoma espinocelular o de células de Merkel⁵. Los cambios microscópicos son similares a los observados en las queratosis actínicas con epidermis que muestra atipia, atrofia, incontinencia de melanina y melanófagos presentes en la dermis superior. Se observa degeneración del colágeno y aumento relativo del tejido elástico. Con las telangiectasias mencionadas en la dermis papilar y en algunos pacientes se demuestra hiperqueratosis, disqueratosis y queratinocitos atípicos⁶.

El diagnóstico diferencial debe abarcar las malformaciones vasculares, enfermedades sistémicas (como el

Lupus Eritematoso Sistémico, la psoriasis y la sífilis) y la livedo reticularis.

También las vasculopatías trombóticas por su elevado riesgo por posible desarrollo de trombosis arteriales y/o venosas. Por la similitud de su patrón cutáneo también hay que descartar que se trate de cutis marmorata en los niños, en especial la telangiectásica congénita y la livedo inducida por amantadina⁷ y otras erupciones medicamentosas. En estos casos se recomienda la realización de una biopsia para la confirmación diagnóstica.

El tratamiento consiste en eliminar la exposición a la fuente al calor y, en algunos casos, se puede realizar tratamiento tópico con hidroquinona para la pigmentación y 5-fluorouracilo si se demuestra atipia celular en la histopatología¹.

Conclusiones

El eritema *ab igne* es una entidad clínica de fácil diagnóstico en atención primaria si se establece la causa desencadenante. Es importante investigar el motivo por el cual se aplica el calor, ya que podría dejar entrever una patología subyacente de mayor riesgo⁸. Aunque la consulta sobre esta dermatosis no es muy habitual, ha supuesto tradicionalmente una patología muy común por la cercanía a fuentes de calor, y que hoy en día se vuelve a ver reflejada en el contexto del uso de ordenadores portátiles y estufas.

Bibliografía

- 1 Manoharan D. Erythema ab igne: Usual site, unusual cause. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015; 7(Suppl 1):S74-S75.
- 2 Hassan I, Sajad P, Reshi R. Histopathological Analysis of the Cutaneous Changes Due to Kangri Use in Kashmiri Population: A Hospital Based Study. *Indian J Dermatol.* 2013;58:188-90.
- 3 Raffle EJ. Erythema ab igne in chronic pancreatic pain. *J R Soc Med.* 1984; 77:706.
- 4 Nayak SUK, Sheno SD, Prabhu S. Laptop Induced Erythema Ab Igne. *Indian J Dermatol.* 2012; 57:131-2.
- 5 Iacocca MV, Abernethy JL, Stefanato CM, Allan AE, Bhawan J. Mixed Merkel cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the skin. *J Am Acad Dermatol.* 1998; 39(5 Pt 2):882-7.
- 6 Delpero MG, De la Torre MM, Amante R, Salazar de Talamazzi S, Ortiz Mayor M. Hiperpigmentación reticular en muslos. *Dermatol Argent [Internet].* 2009 May 13 [cited 2015 Jun 18];15(2). Available from: <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/209>.
- 7 Rebollo Álvarez-Amandi M. Livedoreticularis y vasculopatía trombótica. *Med Clínica.* 2008;130:177-8.
- 8 Gregory JF, Beute TC. Erythema ab igne. *J Spec Oper Med Peer Rev J SOF Med Prof.* 2013;13:115-9.