

CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Eritema *ab igne*: correlación clínico-patológica en una serie de 5 pacientes y revisión de la literatura



Clinicopathologic Correlations in Erythema *ab igne*: A Series of 5 Patients and Review of the Literature

Sr. Director:

El eritema *ab igne* es una entidad caracterizada por lesiones reticulares, eritematosas o hiperpigmentadas en zonas típicas de exposición a una fuente de calor. Inicialmente son transitorias, blanqueables y maculares confinadas a un área que refleja el tamaño del objeto causante. Posteriormente se hacen fijas, hiperpigmentadas y pueden volverse atróficas, hiperqueratósicas y con telangiectasias. Aunque la fisiopatología es desconocida, la morfología de las lesiones hace pensar un efecto de la radiación infrarroja sobre el plexo venoso dérmico [fig. 1](#).

En el caso de que la aplicación de calor causante de las lesiones se deba a dolor en una determinada localización, es importante descartar la presencia de otra patología subyacente de la que podría ser el primer signo de importancia^{1,2} (metástasis lumbosacras, patología osteomuscular, dolor visceral, etc.).

En los últimos años se han reducido las lesiones provocadas por estufas, chimeneas y otros elementos que generan calor por combustión; pero en cambio han aparecido lesiones provocadas por el uso de distintos aparatos eléctricos emisores de calor de manera directa o indirecta³ (ordenadores portátiles⁴, mantas eléctricas, estufas, asientos calefactables⁵, etc.). También ha variado el perfil de paciente que presenta esta dermatosis. Aunque habitualmente se observaba más frecuentemente en personas de edad avanzada, actualmente no es raro encontrar estas lesiones en pacientes jóvenes o adultos de mediana edad. También es posible su aparición en trabajos que se realizan a temperaturas elevadas. La aparición de ampollas sobreañadidas en estos pacientes se ha relacionado con la diabetes *mellitus*⁶.

El diagnóstico de esta entidad es eminentemente clínico, realizando una anamnesis exhaustiva en busca de la fuente de calor causante junto a la presencia de las manifestaciones cutáneas habituales de esta entidad en la exploración física. Si ambas condiciones se cumplen, la entidad es muy fácilmente reconocible. Sin embargo, en ocasiones los pacientes no reconocen la causa desencadenante del cuadro o la localización de las lesiones no es típica. En estos casos la presencia de determinados hallazgos histológicos si se realiza una biopsia cutánea puede orientar hacia esta entidad⁷.

Dentro del diagnóstico diferencial se encuentra la *livedo reticularis* o *racemosa* con todos sus posibles causantes,



Figura 1 Placas rojo-violáceas reticulares con ampollas tensas de contenido serohemático. Pocos días de evolución.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.02.034>

0001-7310/© 2022 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1 Serie de casos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	67 años	30 años	49 años	62 años	39 años
Sexo	Varón	Mujer	Mujer	Varón	Mujer
Antecedentes	Sin interés	Sin interés. Anticonceptivo oral desde los 23 años	Fumadora. Hipotiroidismo. Esteatosis hepática con PFH alteradas desde 2018 por enolismo	DM tipo 1 de 20 años de evolución	Sin interés. Infección por SARS COVID-19 previa 2 meses antes
Evolución	2 meses	Varios meses	Años	4 días	5 días
Desencadenante reconocido	No	Sí (estufa)	Desconocido, imposible anamnesis	No	No
Localización	Cara anterolateral interna tercio distal de piernas y tobillos	Parte inferior de muslo derecho y pierna derecha, cara externa de muslo izquierdo y pierna izquierda	Ambas regiones pretibiales y tobillos	Tercio superior de piernas (fig. 1)	Parte posterior de ambas extremidades inferiores
Pruebas complementarias	No requirió	Sin alteraciones en analítica general ni coagulación. ANA y ENA negativos	Serologías, pruebas de imagen, ecocardiograma y analíticas sin alteraciones que justificaran la clínica cutánea	No requirió	Serologías y analíticas con autoinmunidad y marcadores de trombofilia sin alteraciones

DM: diabetes mellitus; PFH: pruebas de función hepática.

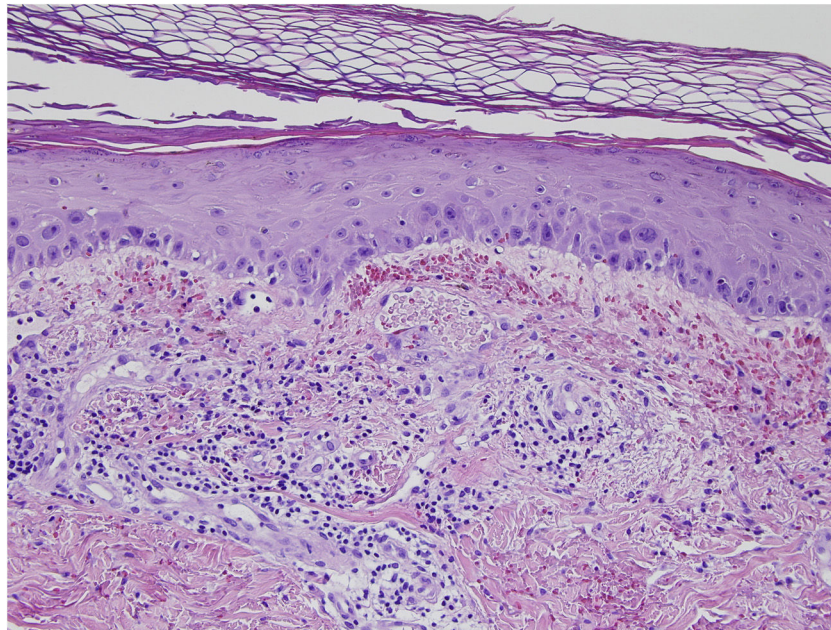


Figura 2 Capa córnea ortoqueratósica, con atipia de queratinocitos en epidermis y extravasación hemática marcada. Leve infiltrado linfomonocitario perivascular superficial.

dermatomiositis, poikiloderma, vasculitis livedoide o muy raramente el linfoma cutáneo de linfocitos T⁸.

En la literatura previa se recogen casos aislados relacionados con el motivo o la fuente energética que ha provocado las lesiones, pero no se recogen series largas con varios casos al mismo tiempo y aún menos se describen las características histológicas de estas lesiones. En este artículo

presentamos una serie de 5 pacientes analizando sus datos comunes.

Casos clínicos

Recogemos cinco casos de pacientes con diagnóstico clínico e histológico compatible con eritema *ab igne* (tabla 1).

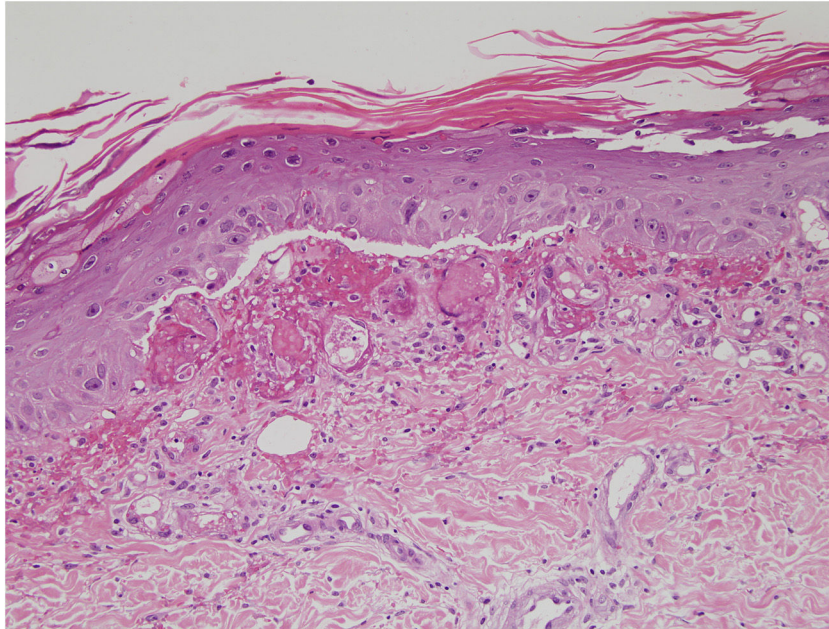


Figura 3 Capa córnea hiperqueratósica con atipia en la epidermis, extravasación hemática y edema en dermis papilar.

Histopatología

Se encontró ligera atipia de manera focal en la epidermis con núcleos aumentados de tamaño y discreta anisocariosis, con edema y abundantes eritrocitos extravasados (figs. 2 y 3). Además, se puede encontrar hemosiderina en la dermis papilar o en ocasiones en depósitos intracórneos. Ocasionalmente, también puede encontrarse hiperqueratosis, atrofia epidérmica, cuerpos apoptóticos y en caso de que el paciente sea de edad avanzada elastosis solar. En ninguno de los casos se observó vasculitis, aunque en alguna ocasión se encontró tumefacción endotelial.

Conclusiones

Sin una anamnesis correcta o el paciente no reconoce la exposición al calor, el diagnóstico del eritema *ab igne* presenta una gran dificultad, cobrando más importancia las pruebas complementarias que se realicen para descartar otras enfermedades y la biopsia cutánea con hallazgos como los descritos con anterioridad. En nuestra serie, la mayor parte de los pacientes no reconocieron el desencadenante en la primera consulta.

El tratamiento en todos los casos pasa por eliminar la causa desencadenante, evitando la exposición al calor de manera directa sobre la piel a la intensidad con la que se venía haciendo. La hiperpigmentación postinflamatoria que deja como secuela en la mayor parte de los casos es de difícil tratamiento, pero puede mejorar con el paso del tiempo. La atipia provocada se puede asemejar a la presente en queratosis actínicas y se puede tratar con retinoides tópicos, 5-fluouracilo o distintos tipos de láser. A largo plazo, en

algún caso se ha descrito la aparición de carcinoma epidermoide, linfoma B marginal o de carcinoma de células de Merkel sobre la zona^{4,6}. En nuestra serie, ninguno de los pacientes presentó ninguna complicación durante el seguimiento realizado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Marie I. Erythema Ab Igne. *Arthritis Rheumatol.* 2018;70:1896, <http://dx.doi.org/10.1002/art.40561>.
2. Harsch IA. Abdominal erythema ab igne—An “old” finding revisited. *Clinical Case Reports.* 2020;8:1315–6, <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.2834>.
3. Salgado F, Handler MZ, Schwartz RA. Erythema ab igne: new technology rebounding upon its users? *Int J Dermatol.* 2018;57:393–6, <http://dx.doi.org/10.1111/ijd.13609>.
4. Arnold AW, Itin PH. Laptop computer-induced erythema ab igne in a child and review of the literature. *Pediatrics.* 2010;126, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-1390>.
5. Baltazar D, Brockman R, Simpson E. Kotatsu-induced erythema ab igne. *An Bras Dermatol.* 2019;94:2018–9, <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20198792>.
6. Ozturk M, An I. Clinical features and etiology of patients with erythema ab igne: A retrospective multicenter study. *J Cosmet Dermatol.* 2020;19:1774–9, <http://dx.doi.org/10.1111/jocd.13210>.
7. Weedon D. *Weedon's Skin Pathology.* Third Edition London; 2009, <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-7020-3485-5.X0001-0>.
8. Beleznavy K, Humphrey S, Au S. Erythema ab igne. *CMAJ.* 2010;182:81216, <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.081216>.

N. Segurado Tostón^{a,*}, L. Puebla Tornero^a,
D. Revilla Nebreda^a y A. Santos-Briz Terrón^b

^a *Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial
Universitario de Salamanca, Salamanca, España*
^b *Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Asistencial
Universitario de Salamanca, Salamanca, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: nestorst.zamora@hotmail.com
(N. Segurado Tostón).