

Comentario al caso clínico “Reacción alérgica a corticoides”

Algaba Mármol MA
Médico de Familia. Córdoba

Ante todo quiero agradecer la publicación de un caso clínico de alergia a medicamentos, ya que, dentro del campo de la Alergología, la alergia a medicamentos es una patología muy prevalente en la sociedad: tercer motivo de consulta en los Servicios de Alergología, tras la rinoconjuntivitis y el asma, 14,7 % del total de consultas en los Servicios de Alergología¹. Por ello, a mi entender, se necesita un estudio detallado de cara a no etiquetar como alérgicas a personas que no lo sean, ya que el incremento de coste que puede llevar un mal diagnóstico es bastante considerable en muchos casos, aparte de las resistencias antibióticas que se puedan generar.

En relación con el caso clínico publicado en el número 4 de la revista, correspondiente al mes de junio de 2012 y titulado “Reacción alérgica a corticoides: interpretación y alternativas”, quiero hacer notar que estamos ante un caso complejo, ya que se nos presenta una alergia a antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y a corticoides; en ambos casos las reacciones no son inmediatas, de acuerdo con lo establecido por los expertos².

Conforme al protocolo explicado, me surgen varias dudas, ya que se establece un diagnóstico de alergia a corticoides mediante la realización de una prueba epicutánea, la cual puede producir resultados falsos positivos y falsos negativos según el excipiente que se emplee³. En este caso no se expresa en ningún lugar la concentración empleada, que podría ser irritante o insuficiente para dar lugar a un resultado positivo por, entre otros motivos, el efecto antiinflamatorio que tienen los corticoides tópicos³. La falta de controles sanos (tolerantes del fármaco en cuestión) sirve para comprobar estos resultados falsos positivos y falsos negativos.

Por otro lado, se realizó un test cutáneo con diversos corticoides representativos de cada grupo, según lo establecido por Coopman⁴, pero no se informó de la concentración empleada; por ejemplo, para hidrocortisona se ha demostrado que un resultado positivo a una concentración igual a 1 mg/ml resulta irritante (resultado falso positivo)⁵, al igual

que ha sido descrito para otros medicamentos inusuales, como es el caso del besilato de cisatracurio⁶, un anestésico general.

Otra percepción que he asimilado de los informes que se me envían de sospecha de alergia a medicamentos es que se suele comprobar la tolerancia al medicamento recomendado mediante un test de exposición controlada en el ámbito hospitalario, no basándose en la negatividad de unos tests cutáneos o de unas pruebas epicutáneas para realizar recomendaciones. Por ello creo que, en este caso, haría falta la realización de una provocación con algún corticoide de otro grupo para comprobar la tolerancia así como para que el paciente y el médico derivador (o lector del informe) supiera que tolera el medicamento en cuestión, sabiendo que un test de exposición controlada garantiza la tolerancia en ese momento, lo que significa presentar el mismo riesgo que cualquier persona de sufrir efectos adversos.

Por otro lado, en ningún lugar de la publicación se expone que el paciente fuera sometido a las mismas condiciones que provocó dicho cuadro de cara a conocer la tolerancia al medicamento; es decir, si el cuadro sucedió a los 3 días de estar ingiriendo un determinado AINE, la provocación debería haberse realizado durante esos 3 días, conforme a lo publicado para los betalactámicos².

Para concluir, debo decir que, en mi opinión y a partir de mi experiencia y formación, la exposición de dicho caso me ha resultado incompleta. No creo conveniente que a un paciente se le recomienden medidas terapéuticas sin haberla demostrado anteriormente, junto con la falta de experiencia científica que las sustenta.

BIBLIOGRAFIA

1. Gamboa PM. The epidemiology of drug allergy-related consultations in Spanish Allergology services: Alergológica-2005. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2009;19(suppl 2):45-50.
2. Blanca M, Romano A, Torres MJ, Fernández J, Mayorga C, Rodríguez J, Demoly P, Bousquet PJ, Merk HF, Sanz ML, Ott H, Atanasković-Marković M. Update on the evaluation of hypersensitivity reactions to betalactams. *Allergy* 2009;64:183-93.
3. Alcántara Villar M, Martínez Escribano J, López Sánchez JD, Frías Iniesta J, Pagán Alemán J. Dermatitis de contacto por corticoides: manejo clínico. *Alergol Inmunol Clin* 1999;14:152-5.
4. Coopman S, DeGreef H, Doms-Goossens A. Identification of cross-reaction patterns in allergy contact dermatitis from topical corticosteroids. *Br J Dermatol* 1989;121:27-34.
5. Wilkinson SM, English JSC. Patch tests are poor detectors of corticosteroid allergy. *Contact Dermatitis* 1992;26:67-8.
6. Monnin M, Lonjaret L, Fourcade O, Geeraerts T. Immediate hypersensitivity to cisatracurium. Value of skin tests. *Ann Fr Anesth Reanim* 2012;31:824-5.

RÉPLICA DE LOS AUTORES

En relación con la Carta al Director dirigida a la revista *Medicina General y de Familia* (edición digital) sobre nuestro artículo -Bordalba Layo MA, Marqués Amat L, Sobrevía Elfau MT, Gort Oromí A. *Med Gen y Fam* (digital) 2012;1(4):199-, nos satisface comprobar el interés que suscita el tema entre la comunidad de profesionales de Atención Primaria.

Los comentarios enumerados por la Dra. Algaba sobre el caso expuesto nos permiten ampliar la información que, por razones de espacio, no fue posible especificar en el artículo original: se omitió la información que consideramos menos relevante teniendo en cuenta que los objetivos del caso eran, en primer lugar, recordar la posibilidad de presentar hipersensibilidad a corticoides, hecho a menudo desconocido por ser poco habitual, así como exponer la opción terapéutica de poder administrar corticoides de otros grupos a pacientes con hipersensibilidad a alguno de estos.

El diagnóstico de alergia a corticoides del grupo A en el caso presentado se estableció no solo a partir de una prueba epicutánea, como afirma la Dra. Algaba, sino a partir de pruebas epicutáneas (batería estándar y corticoides de grupos A, B, C, D1 y D2), pruebas intradérmicas con corticoides de estos grupos y pruebas de provocación con ibuprofeno y diclofenaco (en dosis única). Debería haberse realizado una prueba de reexposición durante 3 días, pero la paciente relató haber seguido

tomando estos fármacos con buena tolerancia, por lo que descartamos hipersensibilidad a los mismos. Podría haberse realizado una prueba de provocación a corticoides, pero, tal y como relatamos en el artículo, la paciente explica ausencia de clínica de hipersensibilidad tras la administración de deflazacort por vía oral, por lo que en este caso concreto el rendimiento de una prueba de provocación es menor y no se encontró justificado su uso.

La concentración de las pruebas epicutáneas realizadas a la paciente fueron las presentaciones de los *kits* comerciales TrueTest y Bial-Aristegui. Las concentraciones de dichos *kits* se ajustan a las propuestas en el Tratado de Alergología de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica¹ sobre las concentraciones recomendadas para pruebas epicutáneas. En el mismo se muestran las concentraciones propuestas por De Groot (autor de referencia internacional en este campo), las presentes en los *kits* comerciales, y para algunas sustancias se proponen concentraciones a partir de revisiones realizadas por el Comité de Alergia Cutánea de la Sociedad Española de Alergología, entre otras revistas especializadas; todas ellas se consideran explícitamente concentraciones orientativas: no hay un consenso internacional sobre qué concentración es la mejor en el caso de no coincidencia, pero tanto unas como otras son ampliamente utilizadas en la actualidad. Las concentraciones utilizadas por los *kits* de los laboratorios mencionados disponen de los correspondientes estudios de validación².

En el mencionado tratado¹ se describe que en

el caso de ser negativa la prueba epicutánea y existir una alta sospecha de implicación de un medicamento (a partir de una exhaustiva anamnesis) podría deberse a una insuficiente penetración de la sustancia en la piel¹ y requerir, a criterio del especialista, repetir la prueba a mayores concentraciones, teniendo en cuenta que estaríamos aumentando la sensibilidad y disminuyendo la especificidad, con los problemas derivados que ello conlleva. Por tanto, en cada paciente podemos tomar una actitud distinta sin que ello pueda entenderse como una mala aplicación de los protocolos que seguimos.

Cuando el resultado de la prueba epicutánea es positivo y no existe un amplio consenso científico sobre la concentración utilizada, se puede realizar un estudio con sujetos control con el objetivo

de descartar una irritación¹; sin embargo, consideramos excesiva esta comprobación en la práctica asistencial de forma generalizada y debe quedar reservada para estudios experimentales. Queremos hacer notar que esta no es una situación distinta a la de la mayoría de pruebas diagnósticas: debemos ser prudentes en la decisión de solicitar pruebas complementarias con el fin de no caer en excesos diagnósticos y evitar efectos secundarios en el paciente.

En resumen, resaltamos la necesidad de apoyarnos en una buena anamnesis para llegar a un diagnóstico fiable con el número de pruebas complementarias ajustadas según el caso clínico ante el que nos encontremos en pro de la seguridad del paciente y atendiendo a la limitación de recursos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.Lobera-Labairu T, Audicana-Berasategui MT, García-Abujeta JL, Velasco-Azagra M. Concentraciones para pruebas cutáneas y epicutáneas. En: Peláez H, Dávila G (eds). Tratado de Alergología. Madrid: Ergon 2007; pág 1585-629.
- 2.Camacho-Halili M, Axelrod S, Michelis MA, Lighvani S, Khan F, Leon S, Aquino MR, Davis-Lorton M, Fonacier LS. A multi-center, retrospective review of patch testing for contact dermatitis in allergy practices. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2011;107:487-92.
- 3.De Grott AC. Patch testing. Test concentrations and vehicles for 3700 chemicals. 2nd ed. Elsevier Science 1994.