

Exantema fijo medicamentoso por metamizol

¹Valdez Feliz L, ¹García de Francisco S, ¹Rincón Vásquez A, ²García de Francisco A, ¹Duce Tello S, ¹Pazos Paz B, ¹Rollán Arribas B, ¹García Mateos MA

¹Centro de Salud Orcasitas

²Centro de Salud Isla de Oza
Madrid

Varón de 91 años con antecedentes de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, dislipemia, insuficiencia renal crónica, claudicación intermitente, cardiopatía isquémica y artrosis severa. Acude a la consulta de Atención Primaria por un dolor lumbar intenso. Se le realiza una radiografía lumbo-sacra, en la que se aprecian aplastamientos vertebrales múltiples, más acusados en D12, L1 y L2. Se le pauta metamizol 575mg cada 8 horas. Acude tres días después por presentar varias lesiones pruriginosas por el tronco y extremidades.

El paciente recuerda haber presentado unas lesiones similares hace cinco años, coincidiendo con otro episodio de lumbalgia pero no recuerda el tratamiento que se le pautó. Dicho cuadro remitió espontáneamente.

A la exploración física se aprecian múltiples lesiones ovaladas, maculares, eritemato-marronáceas, de aproximadamente 3 cm, con bordes bien definidos, sin cambios en la epidermis supraadyacentey distribuídas de forma bilateral en los glúteos y extremidades (Fig 1).

Se realiza una biopsia de una de las lesiones, la cual es informada por Anatomía Patológica como:

piel que muestra una extensa necrosis epidérmica, la cual afecta al tercio superior de la misma, con despegamiento y con presencia de cambios regenerativos de la capa basal. En la dermis se observa edema e infiltrado inflamatorio linfocitario perivasculare que borra la interfase.

El juicio clínico es de exantema fijo medicamentoso. Se retira el metamizol y se pauta un corticoide tópicoy un antihistamínico oral para el prurito. Al cabo de dos semanas las lesiones han remitido casi por completo.

COMENTARIO

El eritema fijo medicamentoso (EFM) es una variante especial de toxicodermia caracterizada por la aparición de lesiones cutáneas y/o mucosas, las cuales presentan recurrencias siempre en la misma localización y tras la administración oral del agente causal, normalmente un fármaco. Junto con la urticaria y el eritema multiforme, es una forma clínica frecuente de erupción cutánea por medicamentos¹.

CLÍNICA

Las lesiones se caracterizan por por la aparición de una mácula eritematosa redondeada, bien delimitada y edematosa, que, en algunos casos, presenta un centro ampollosos². Pueden ser únicas o múltiples, suelen persistir hasta 2-3 semanas tras la retirada del fármaco y dejan una pigmentación residual.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en una anamnesis farmacológica exhaustiva y en el reconocimiento de las manifestaciones clínicas características de esta entidad³.

Figura 1



Existen algunas pruebas diagnósticas que contribuyen a confirmar el diagnóstico, como la prueba del parche, que consiste en aplicar sobre la piel el fármaco sospechoso, la prueba de provocación oral con la toma del fármaco por vía oral y la biopsia cutánea.

Entre los hallazgos analíticos podemos encontrar una leve leucocitosis con ocasional eosinofilia e hipergammaglobulinemia.

Las formas típicas son fáciles diagnosticar si se piensa en ellas y con una anamnesis adecuada. Las formas atípicas pueden plantear diagnóstico diferencial con numerosos cuadros dermatológicos, entre ellos:

- EFM oral: aftas, herpes y eritema mutiforme.
- EFM genital solitario: herpes recurrente.
- EFM múltiple: síndrome de Stevens-Johnson y necrosis epidérmica tóxica⁴.

TRATAMIENTO

La actitud ante una sospecha de exantema fijo medicamentoso es retirar el fármaco, pautar corticoides tópicos para las lesiones no erosionadas y antihistamínicos orales para aliviar el prurito⁵.

BIBLIOGRAFIA

1. Fitzpatrick TB. Atlas y sinopsis de dermatología clínica. 5ª de Barcelona: Mcgraw-Hill 2001;560-62.
2. Avilés Izquierdo JA, Huerta Brogeras M, Suárez Fernández R, Lázaro Ochaíta P. Exantema fijo medicamentoso. Med Integral 2002;40:251-5.
3. Agusti-Mejías A, Mejías -Boils A, Messeguer F, Alegre de Miguel V. Eritema fijo medicamentoso: claves diagnósticas. Semergen 2011;37:215-8.
4. Lázaro Ochaíta P, Avilés Izquierdo JA. Exantema fijo medicamentoso. Jano 2004;69-70.
5. Agüero Orgaz D D, Cubero zsobrados MC, Martin Gordo O. FMC 2011;18(7):447-8.