Erupción Eritematodescamativa por Carbamacepina

Cad Aten Primaria
Ano 2014
Volume 20
Páx. 103-104

Mónica Diosdado Figueiredo.

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. PAC de Valga. Pontevedra.

Mujer de 41 años que acude a la consulta por reacción eritematosa muy pruriginosa que va en aumento hasta convertirse en una erupción muy extensa y algo purpúrica con dolor cutáneo asociado (figuras 1 y 2). A los 10 días aparece una descamación intensa que aumenta en los días siguientes con presencia de máculas hiperpigmentadas en su resolución. La paciente está a tratamiento con condroitin sulfato y carbamacepina.

En la exploracion física: TA:100/60,tª axilar:36,5ºC, auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal dentro de la normalidad.

Fig 1: erupción eritematosa

Fig 2: erupción purpúrica descamativa

En la analítica destacaban, 4.700 leucocitos (51% neutrófilos, 8% eosinófilos,GOT 50 UI, GPT 132 UI, GGT 95 UI. Niveles de carbamacepina 3 mgr/ml.

PREGUNTAS

1. ¿Cuál es el diagnostico más probable?

a) Reacción alérgica leve.

b) Sarampión.

c) Eritema multiforme.

d) Hipersensibilidad a la carbamacepina.

e) Pénfigo vulgar.

2. ¿Cuál es la actitud terapéutica inicial más correcta?

a) Administración de antihistamínicos.

b) Administración de corticoides.

c) Supresión de carbamacepina.

d) Administracion de analgésicos.

e) Supresión de condroitin sulfato.

3. ¿Con qué fármacos deberíamos extremar precauciones?

a) Fenilhidantoina.

b) Barbitúricos.

c) Minociclina.

d) Todos.

e) Ninguno.

RESPUESTA AL CASO CLINICO

El síndrome de hipersensibilidad a la carbamacepina se caracteriza por una reacción cutánea exantemática intensa que puede tornarse purpúrica, con una dermatitis exfoliativa posterior. Es poco frecuente que se acompañe con lesiones en mucosas. Puede aparecer fiebre en un 30-50% de los casos, linfadenopatías hiperestésicas generalizadas,

leucocitosis con eosinofília y linfocitos atípicos, y en algunos casos hepatitis, nefritis, carditis o neumonitis.

Son frecuentes las reacciones cruzadas entre anticonvulsivos aromáticos, incluídos fenilhidantoína, carbamacepina y los barbitúricos. Aunque otros fármacos como la lamotrigina, minociclina, dapsona, alopurinol, sulfonamidas, abacavir y zalcitabina, también pueden ser causantes del mismo.

Es una reacción grave, en la que se han señalado cifras de mortalidad de hasta un 10%.

En caso de sospecha de un síndrome de hipersensibilidad a un fármaco, lo primero y más importante es la supresión del mismo. La reacción cutánea suele aparecer de 2 a 8 semanas del mismo pero los síntomas pueden persistir varias semanas, particularmente la hepatitis.

En este caso se suspendió el fármaco y se efectuó tratamiento con glucocorticoides tópicos y sistémicos, con una buena respuesta a los mismos y resolución del proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1 Dennis L. Kasper,Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jamenson. Principios de Medicina Interna, Harrison 16ªed; Volumen 1:357-363.

2 McCormack M et al. HLA-A*101 and carbamazepine-induced hypersensitivity reactions in Europeans. N Engl J Med 2011; 364:1134.

3 Elizabeth J. Phillips MD, Wen-Hung Chung MD, PhD, Maja Mockenhaupt MD, PhD, Jean-Claude Roujeau MD and Simon A. Mallal MBBS. Drug hypersensitivity:Pharma cogenetics and clinical síndromes. Journal of Allergy and Clinical Immunology 2011; Volumen127:60-66.