



212/3488 - REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO: CASO DE ANGIOEDEMA POR ENALAPRIL

P. Jordana Ferrando^a, A.R. Parra Rojas^b, L. Pons Pons^a, E. Parra Molina^b, M.C. Ruiz Martín^a, A. Vicens Català^c, L. Torres Parada^a, B. Romero González^b, A.A. Martínez Arias^b y J.G. Gutiérrez Bernal^c

^aMédico de Familia.CAP Les Indianes. Montcada i Reixac. ^bMédico Resident; ^cMédico de Familia. CAP Montcada i Reixac Centre. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años, con antecedentes de HTA en tratamiento con enalapril desde hace 7 meses. Medicación habitual: citalopram, lorazepan, carbonato de calcio, hidroferol y omeprazol. Antecedente de múltiples extracciones dentarias por patología odontológica. Consultó por aparición de tumefacción a nivel mandibular derecho con edema de labios. Inicialmente se orientó como proceso odontogénico y se pautó antibióticoterapia mejorando parcialmente con recidiva posterior. Al tratamiento antibiótico se añadió prednisona con respuesta parcial. Fue derivada a cirugía maxilofacial. Se realizó incisión de la lesión que fue no productiva y tampoco se objetivó patología odontológica. Se solicitó RMN de cabeza y cuello que descartó afectación de glándulas salivales o proceso odontogénico. Fue derivada a Reumatología por sospecha de etiología inflamatoria o autoinmunitaria de la lesión, donde finalmente se orientó como angioedema secundario a tratamiento con IECAs y se descartó interacción medicamentosa pues los medicamentos que tomaba la paciente no potencian el efecto del enalapril. Se retiró el fármaco y se inició corticoterapia con mejoría posterior.

Exploración y pruebas complementarias: Primera analítica: leucocitos 7.650 (N 72%, L 18%), PCR 1,1 mg/dL. Analítica de Reumatología: leucocitos 5.340 (N 62%, L 26%), VSG 30 mm/h, PCR 0,21 mg/dL, proteinograma sin alteraciones, TSH 0,58 mU/L, C4 22 mg/dL, C1 inhibidor (actividad) 1,55, ANA negativo, ANCA negativo. RMN cara y cuello: tejido subcutáneo de la cara con señal normal en todas las secuencias, glándulas salivales sin alteraciones, no se observan adenopatías. Resto dentro de la normalidad.

Juicio clínico: En el angioedema inducido por IECAs el diagnóstico es clínico, se basa en el antecedente de exposición y la aparición de angioedema no pruriginoso en las localizaciones típicas (cara, labios, lengua y laringe). La actividad de C1 y los niveles de C4 pueden estar disminuidos como en el angioedema familiar, aunque esto es poco frecuente y no característico de esta entidad.

Diagnóstico diferencial: Se incluyen los procesos infecciosos odontogénicos, patología de glándula salival, celulitis, adenopatías. Estas entidades se descartaron razonablemente por medio de la clínica y la normalidad en la RMN.

Comentario final: El angioedema relacionado a IECAs es raro (0,1-0,7% de los tratados con IECA),

sin embargo representa la primera causa de angioedema farmacológico.

Bibliografía

1. Vasekar M, Craig TJ. ACE inhibitor-induced angioedema. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2012;12:72.

Palabras clave: *Angioedema. IECA. Reacción adversa a medicamento. Atención Primaria.*