



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/3654 - DOCTORA, ME PICA...

Lumbreras Manjón<sup>a</sup>, A. Viña Almunia<sup>b</sup>, A. Tamarit Latre<sup>a</sup>, A.B. González Navalón<sup>a</sup>, I.A. Subirats Edo<sup>a</sup>, M. Macías Jiménez<sup>a</sup>, M. Lara Moyano<sup>a</sup>, Á. Campo Crespo<sup>c</sup>, A.I. Seoane Novás<sup>a</sup> y M. Bernuz Rubert<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Hospital Peset. Valencia. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Castellar. Valencia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 84 años, sin alergias conocidas diagnosticada de hipertensión arterial, hiperuricemia, enfermedad renal crónica en estadio 3 e hipotiroidismo, en tratamiento con eprosartán + hidroclotiazida 600/12.5 mg/día, torasemida 5 mg/día, amlodipino 5 mg/día, omeprazol 20 mg/día, tramadol 75 mg/día, zolpidem 10 mg/día, lorazepam 1 mg/día, levotiroxina 100 mg/día, alopurinol 100 mg/día. Acude a urgencias por presentar exantema pruriginoso generalizado de 3 días de evolución sin mejoría pese a toma de antihistamínicos y corticoides orales. Asocia astenia, disminución del volumen de diuresis y edemas en MMII. Niega consumo de tóxicos ni cambios en su tratamiento farmacológico habitual

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 158/66 mmHg, FC 82 lpm, SatO<sub>2</sub> basal 98%, apirética. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC con crepitantes finos bibasales. Abdomen y neurológico anodino. MMII con edemas maleolares que dejan fovea a la presión. Exantema maculopapular generalizado en tronco, brazos y piernas. Rx Tórax. Analíticamente destaca: sangre: Cr 2,16 mg/dl, urea 180 mg/dl, FG (ckd-epi): 20, Na<sup>+</sup> 122 mEq/l. Osm plasmática calculada 278,6. Orina: Cr 19,2 mg/dl, Na<sup>+</sup> 42 mEq/l, Osm 230 mOsm/kg. Urinocultivo negativo. Se realiza interconsulta a nefrología por hiponatremia hiposmolar y probable necrosis tubular aguda (NTA)

**Juicio clínico:** Toxicodermia por alopurinol

**Diagnóstico diferencial:** Infecciones: sífilis, sarampión, fiebre botonosa, enfermedad por mordedura de rata. Vasculitis (infecciones, enfermedades del tejido conectivo, discrasias sanguíneas, tumores malignos, fármacos...). Enfermedad injerto contra huesped. Toxicodermia (fármacos). NTA.

**Comentario final:** Finalmente se realizó interconsulta a dermatología, que confirmó el cuadro de toxicidad por alopurinol. Se trató de forma sintomática, se retiró el fármaco y se inició fluidoterapia. El alopurinol es un fármaco con frecuentes reacciones adversas que cursan con cuadros dermatológicos, alguno de los cuales puede ser muy grave.

**Palabras clave:** Toxicodermia. Alopurinol.