



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/629 - Urticaria ¿Será la medicación?

M. Ricote Belinchón^a, M. Villarejo Botija^b, L. Martín Fuertes^b, R. Rodríguez Rodríguez^c, M.C. Campos López-Carrión^d, M. Sales Herreros^b, G. Silvestre Egea^e, C. Novella Rubio^e y M. Valenciano López^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Zona Este. Madrid. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Zona Este. Madrid. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Zona Este. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con olmesartán + hidroclorotiazida. Además toma bromacepam 1,5 mg al acostarse, omeprazol 20 mg/día, metamizol y paracetamol si precisa. No otros antecedentes de interés. No alergias medicamentosas conocidas. Acude a consulta de atención primaria por presentar lesiones cutáneas pruriginosas, no evanescentes de 1 mes de evolución. Además cuenta discreto edema de párpados y región facial además de astenia desde el inicio del cuadro. No fiebre. No artralgias. No ha realizado cambios de medicación desde hace 3 meses. Niega otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Máculas eritematosas confluentes en extremidades superiores e inferiores (puntiformes, de color eritemato-violáceo, desaparecen a la vitopresión y no son palpables). Más numerosas en espalda y escote. En dedos de las manos adquieren un color más violáceo (en nudillos), pero no presenta lesiones papulares. Eritema en región facial, de predominio en párpados. No impresionaba de edema en dicha zona. Solicitamos analítica completa que resultó sin alteraciones significativas. Se inicia tratamiento con bilastina 20 mg y prednisona 30 mg en pauta descendente ante la sospecha clínica de urticaria, no presentando mejoría, por lo que decidimos derivar a Dermatología para valoración. Se le realizó biopsia cutánea con hallazgos morfológicos que combinan signos de dermatomiositis y toxicodermia. Sugieren descartar síndrome dermatomiositis-like por medicación o virus y hacer correlación con la clínica descrita. Posteriormente desde la consulta de atención primaria decidimos iniciar la retirada paulatina de los fármacos que toma la paciente, para valorar si con la suspensión de alguno de ellos presenta mejoría. Se decide retirar antihipertensivo (olmesartán), manteniendo hidroclorotiazida. La paciente acude 4 días después con mejoría de la sintomatología consistente en menor picor y disminución de las lesiones cutáneas.

Juicio clínico: Toxicodermia por fármacos.

Diagnóstico diferencial: Se debe pensar además en exantema vírico. Puede ser indistinguible del exantema farmacológico aunque la sintomatología acompañante y los antecedentes pueden orientar el diagnóstico diferencial. En las erupciones urticariformes el criterio más importante para el

diagnóstico diferencial es el antecedente medicamentoso.

Comentario final: La forma más frecuente de toxicodermia es exantema morbiliforme, se manifiesta como una erupción brusca generalizada, bilateral y simétrica, de coloración rojo-violácea, pruriginosa. Aparece días después de haber recibido el fármaco implicado, aunque el periodo de latencia es variable. En nuestra paciente aparece tiempo después de haberse iniciado el fármaco. Está descrito en el caso de olmesaltán la aparición de reacciones cutáneas adversas aunque son poco frecuentes. Es en Atención Primaria donde revisamos y conciliamos la medicación de nuestros pacientes, siendo aconsejable que en cada revisión preguntemos por signos o síntomas de nueva aparición, que nos puedan hacer sospechar una reacción adversa a los medicamentos que toma el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Advances in the diagnosis of drug eruptions. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(9):782-8.
2. Olmesartan: induced maculopapular rash. *Indian J Pharmacol.* 2013;45(2):199-200.