



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/309 - ¿QUÉ ME PASA? NO PUEDO DEJAR DE RASCARME

R. Aguado Rivas^a, M.J. Rico Azuaga^b y R.M. Ruiz Fernández^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Almuñecar. AGS Sur Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Castell de Ferro. Granada. ^cMédico de Familia. Consultorios de Gualchos. Lújar y los Carlos. AGS Sur Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 86 años, NORAMC, HTA, HBP, tratado con enalapril/hidroclorotiazida, alfuzosina, acenocumarol por TVP. Consulta tras llevar dos semanas con prurito generalizado y enrojecimiento de la piel en tórax, abdomen, miembros superiores e inferiores que le impedía la vida habitual incluso dormir, no fiebre, no ictericia, no pérdida de peso, coloración de heces y orina normal, no otra sintomatología. Se le había cambiado ramipril por enalapril +hidroclorotiazida por mal control TA, se relacionó la eritrodermia con este cambio, por lo que se suspendió y reinició ramipril 10mg junto a torasemida 5 mg con buen control tensional y ausencia de prurito-dermatitis además se añadió dexclorfeniramina, que suspendió al desaparecer prurito-dermatitis.

Exploración y pruebas complementarias: Beg, bhyp, CyO, afebril, eupneico, no disnea, TA125/70, no petequias, no signos meningeos, afebril, presenta eritema generalizado que aclara parcialmente con la presión en pecho, abdomen, miembros inferiores-superiores, en algunas zonas descamación, no en cabeza, no en palmas de manos-intedigitales, ni dorso de espalda, no vesículas, no costras; ORL: faringe no hiperémica, no edema úvula; ACP rítmica, no soplos, mvc; abdomen blando, no doloroso, no masas ni megalias, RHA+, no signos de peritonismo; ECG RS con alguna ESSV; hemograma normal, en bioquímica glucosa 101, urea 78, creatinina 1,5, proteínas totales 6,8, bilirrubina total 0,63, GPT 23, CPK 155, iones normales, INR 3,39; Utilizando el algoritmo de Naranjo para relacionar la causalidad de la eritrodermia con la reacción alérgica medicamentosa en este caso tras las 10 preguntas se alcanza la puntuación de 9 (RAM segura).

Juicio clínico: Eritrodermia farmacológica.

Diagnóstico diferencial: Psoriasis, dermatitis, fármacos, linfoma, idiopáticas, tumores sólidos avanzados.

Comentario final: Es importante examinar cuidadosamente la dermatitis, en superficie, forma, color además de su localización, distribución, antecedentes personales y su evolución para llegar a un diagnóstico adecuado.

Bibliografía

1. Gornowicz-Porowska J, Dmochowski M, Pietkiewicz P, Bowszyc-Dmochowska M. Mucosal-

- dominant pemphigus vulgaris in a captopril-taking woman with angioedema. *An Bras Dermatol.* 2015;90:748-51.
2. Toescu SM, Kennon S, Stevens H. Diltiazem-induced palmar desquamation and oral erosions. *BMJ Case Rep.* 2013; doi: 10.1136/bcr-2013-201536.
 3. Bhushan A, Ved Bhushan ST. Olmesartan: induced maculopapular rash. *Indian J Pharmacol.* 2013;45:199-200.

Palabras clave: *Dermatitis. Hypersensitivity. Pruritus. Exanthema.*