

Club de Atención Farmacéutica

Sección coordinada por el Dr. Manuel Machuca, farmacéutico comunitario.

Os recordamos que el Club está abierto a vuestra participación. Podéis remitir todas vuestras consultas o respuestas:

- **Vía Internet:** http://www.ugr.es/~atencfar/club_af.htm
- **E-mail:** atencfar@platon.ugr.es
- **Fax:** 958 24 62 41 (A/A: Francisco A. González).
- **Correo:** A/A Francisco A. González. Facultad de Farmacia. Campus Cartuja, s/n. 18071 Granada.

FARMACIA PROFESIONAL se reserva el derecho de recortar o extractar las comunicaciones que excedan el límite de extensión aceptable.

El Club de Atención Farmacéutica, una iniciativa del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada-Junta de Andalucía, cuenta con el patrocinio de Laboratorios Lilly

COMUNICACIÓN N.º 1 DE: GUSTAVO DI MARZIO Farmacéutico Buenos Aires (Argentina)

Un odontólogo me consultó sobre el caso de un paciente varón de 45 años al que atendió con periodontitis severa. Cree que está asociada a algún medicamento que está tomando hace un año aproximadamente. La medicación del paciente es la siguiente:

Lopitor 20 mg (atorvastatina)
Ecotrin 81 mg (ácido salicílico)
Terloc duo (amlodipina y benazepril)

Entre las reacciones adversas del *Terloc duo* aparece angiodema de boca, labio, lengua etc. ¿Podrían indicarme antecedentes y opciones para hablar con el cardiólogo?

RESPUESTA N.º 1 DE: PALOMA FAJARDO

Estimado Mario:

Conozco el caso de una paciente que manifestó un problema de inseguridad cualitativa por hiperplasia gingival con un antagonista del Ca, en concreto nimodipino. Te adjunto la respuesta que nos dio el CADIME, Centro Andaluz de Información de Medicamentos, a nuestra consulta sobre la asociación de hiperplasia gingival y nimodipino:

En la bibliografía consultada no se ha localizado ninguna referencia que asocie nimodipino con la aparición de hiperplasia gingival. Sin embargo, este efecto adverso sí está descrito para nifedipino (1, 2) y amlodipino (3), agentes antagonistas del calcio relacionados estructural y farmacológicamente.

En un estudio caso-control, se observó una incidencia de hiperplasia gingival del 38% para los pacientes tratados con nifedipino, del 21% con diltiazem y del 19% con verapamilo, frente al 2% del grupo control (2).

Bibliografía

1. McEvoy GK, editor. AHFS Drug Information 2001. Bethesda: American Society of Health-System Pharmacists, 2001; p. 1641.

2. Aronson JK et al, editores. Side Effects of Drugs Annual 19. Amsterdam: Elsevier, 1996; p. 204.
3. Aronson JK et al, editores. Side Effects of Drugs Annual 18. Amsterdam: Elsevier, 1995; p. 215.

Espero que te sirva de ayuda.

RESPUESTA N.º 2 DE: TERESA EYARALAR Farmacéutica

Ante un caso similar revisé bibliografía sobre amlodipino. Tras una revisión bibliográfica en Pub Med (amlodipine AND hiperplasia gingival) encontré una serie de artículos en los cuales se asocia la hiperplasia gingival con el uso de amlodipino y otros antagonistas del calcio (nifedipino, diltiazem). Según la bibliografía revisada, este efecto adverso suele aparecer a los pocos meses de iniciado el tratamiento y desaparece con la supresión del mismo. En el artículo de Infante Cossio en Ann Med Interna 1997;14(2):83-5 se discuten los posibles mecanismos de dicho efecto adverso.

El sangrado de encías también puede ir asociado al uso de antagonistas del calcio. Lo que no sé es si existe relación entre la periodontitis, la hiperplasia gingival y el sangrado de encías. En mi caso tras la supresión de amlodipino las encías dejaron de sangrar.

RESPUESTA N.º 3 DE: PEDRO DEL RÍO PÉREZ Farmacéutico León

En diciembre del año pasado notifiqué a mi Centro Regional de Farmacovigilancia (<http://www.ife.med.uva.es/>) una posible RAM de *Tarka* 180/2 mg 28 cp. (DCI: verapamilo + trandolapril). Al paciente le causó una hiperplasia gingival supuestamente atribuida a verapamilo. Hice la correspondiente IF y su médica decidió cambiar de tratamiento antihipertensivo suprimiendo *Tarka* 180/2 mg cp. y poniendo en su lugar *Nacor* 20 mg cp. (DCI: enalapril). La hiperplasia cedió a las pocas semanas.

En tu caso, para benazepril y atorvastatina, la literatura sí describe casos de estomatitis, aunque no son frecuentes.

COMUNICACIÓN N.º 2 DE:**Dra. ILIANA CHAVARRÍA QUIRÓS****Farmacéutica jefe. Centro de Información sobre Medicamentos
Servicio de Farmacia. Hospital de San Juan de Dios**

Estimados colegas:

Tengo una paciente de 27 años de edad, 2 meses de embarazo y glaucoma de ángulo abierto. Estaba antes del embarazo en tratamiento para su problema, pero ahora con el embarazo no sé qué ofrecerle a su médico, debido a que todas las drogas pertenecen a la categoría C en el embarazo e incluso a la categoría D (timolol) en el segundo y tercer trimestre.

RESPUESTA N.º 1 DE:**ANTONIO DÍA VARELA**

Estimada Iliana:

Como bien dices, todos los tratamientos del glaucoma de ángulo cerrado están catalogados como de riesgo en el embarazo. Por lo que he podido averiguar, el médico evalúa la necesidad o no de seguir con el tratamiento durante el mismo, en función del estado del nervio óptico, la tensión ocular y el campo visual del paciente durante el embarazo. Si éstos no están muy alterados, se quita el tratamiento, se observa su evolución durante la gestación y si no hay grandes cambios suele pasarse sin él. En caso contrario, suele seguirse con el tratamiento. Por este motivo existen pocas opciones que puedas darle, ya que tanto la observación de dichas variables como la decisión de suprimir o continuar con el tratamiento son responsabilidad del médico.

RESPUESTA N.º 2 DE:**PEDRO DEL RÍO PÉREZ****Farmacéutico****León**

Clasificados como pertenecientes a la categoría B en el embarazo tienes bromonidina y dipivefrina. El resto, como sabes, están clasificados como categoría C.

COMUNICACIÓN N.º 3 DE:**CAROLINA ESCOBAR****Farmacéutica. Brasil**

Me gustaría saber si han encontrado algún caso en el que el paciente sometido a tratamiento con *Roacutan* haya perdido peso. Aquí en Curitiba (Brasil) tengo dos casos. No sé si es un efecto psicológico, pero por lo que he investigado no hay ninguna relación.

RESPUESTA N.º 1 DE:**JUAN FERNÁNDEZ DE SANMAMED SAMPEDRO****Riveira. La Coruña.**

La isotretinoína (*Roacutan*, Roche, 1987) produce como efecto adverso depresión (Hazen PG, et al. *J Am Acad Dermatol* 1983;9:278; Scheinman PL, et al. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:1112). Recientemente en el Reino Unido se ha solicitado su retirada por parte de un grupo civil alegando un incremento en la tasa de suicidios, aunque este extremo no ha podido demostrarse.

Aunque la pérdida de peso sea un hecho menor —si no es extrema—, e incluso positivo en determinados pacientes, podría estar relacionada con los efectos psíquicos de la isotretinoína —depresión—. Sería interesante que inquirieses a tus pacientes acerca de su estado de ánimo.