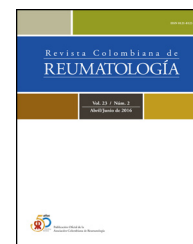




Revista Colombiana de
REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Informe de caso

Eosinofilia y síntomas sistémicos por sulfasalazina

Juan Pablo Restrepo^{a,*} y María del Pilar Molina^b

^a Facultad de Ciencias de Salud, Universidad del Quindío, Armenia, Colombia

^b Departamento Medicina Laboral, Valsalud, Armenia, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de febrero de 2017

Aceptado el 26 de abril de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Síndrome hipersensibilidad droga

Eosinofilia

Sulfasalazina

Keywords:

Drug hypersensitivity syndrome

Eosinophilia

Sulphasalazine

R E S U M E N

La reacción a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos es una condición debida a una lista extensa de medicaciones, entre las que se encuentra la sulfasalazina. El compromiso es muy variado, desde rash cutáneo hasta afectación visceral acompañado de eosinofilia, que en ocasiones puede llevar a la muerte. El pilar del tratamiento es la suspensión del medicamento agresor y el uso de corticosteroides orales e intravenosos dependiendo de la severidad del cuadro.

© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

Sulphasalazine-induced eosinophilia and systemic symptoms: a case report

A B S T R A C T

Drugs reactions with eosinophilia and systemic symptoms can be caused by an extensive list of medications, including sulphasalazine. The compromise is very varied, from skin rash to visceral involvement, accompanied by an eosinophilia that can sometimes lead to death. The cornerstone of the treatment is the suspension of the aggressive medication and the use of oral and intravenous corticosteroids, depending on the severity of the condition.

© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El acrónimo DRESS se refiere a «Drug Reaction Eosinophilia and Systemic Symptoms» (reacción a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos), es una condición rara, potencialmente

fatal con manifestaciones en piel y compromiso visceral¹. El número de casos en los diversos reportes es variable oscilando entre 1 en 1.000 y 10.000 exposiciones^{2,3}. Los adultos son más afectados que los niños. La importancia de este síndrome radica en el reconocimiento y el tratamiento oportuno, ya que la mortalidad estimada es de 10-20%⁴.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jprestrepo@lycos.com (J.P. Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.04.003>

0121-8123/© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Caso clínico

Mujer de 65 años que consulta por cuadro clínico que se inició en el 2014 con dolor en rodilla derecha con tumefacción, fiebre subjetiva y ojo rojo izquierdo sin dolor o supuración. Como antecedentes personales tiene un hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, 50 mcg, una vez al día, por vía oral. La hermana tiene una espondiloartritis HLA B27 positivo en tratamiento con bloqueador del factor de necrosis tumoral. Al examen físico se encontró gran congestión escleral izquierda, además presentaba derrame articular en rodilla derecha. Oftalmología descartó uveítis y consideró el diagnóstico de escleritis, para la cual inició terapia con esteroides tópicos con mejoría de su cuadro ocular. Con la información anterior se sospechó una espondiloartritis periférica y se ordenaron paraclínicos. A los 20 días se encuentra una proteína C reactiva de 159 mg/l, velocidad de sedimentación globular: 46 mm/h, HLA B27, factor reumatoide negativo con leucocitosis y neutrofilia con radiografía de rodillas normales. En esta oportunidad se documentó calor y derrame articular de ambas rodillas con dolor en entesis de ambos codos. Se inició tratamiento con sulfasalazina 1 g, 2 veces al día, prednisona 5 mg, una vez al día, calcio + vitamina D una vez al día; todos los medicamentos por vía oral. Tres semanas después consulta por fiebre alta no cuantificada y brote cutáneo. Se encontró al examen articular dolor a la flexoextensión de rodilla derecha con derrame, además lesiones maculopapulares principalmente en tronco y extremidades, sin fiebre al momento de la consulta. En los laboratorios había eosinofilia de $1.080/\text{mm}^3$, VSG: 93 mm/h, PCR: 48 mg/l, AST: 86, ALT: 118, no había alteración de la función renal, tampoco anemia o eosinófilos en orina. En la radiografía de tórax no había derrame pleural. Se diagnosticó un DRESS, se ordenó suspender inmediatamente la sulfasalazina, prednisona y se inició administración de deflazacort, 30 mg, una vez al día (la paciente tenía existencia) durante 7 días y luego 15 mg, una vez al día. En el control del mes siguiente, no había fiebre, brote, ojo rojo o dolor articular. Los laboratorios no evidenciaban eosinofilia y la función hepática se había normalizado y se disminuyó deflazacort a 6 mg, una vez al día. A los 6 meses asiste nuevamente a consulta por dolor en un dedo de mano derecha y en ambas rodillas. Se evidenció edema, eritema de la 1 interfalángica proximal derecha con derrame articular de la rodilla ipsilateral. Había elevación de reactantes de fase aguda: velocidad de sedimentación globular 54 mm/h, proteína C reactiva 96 mg/l. Se ordenó radiografía de tórax y tuberculina con el objetivo de iniciar terapia anti-TNF. La tuberculina fue reportada en 10 mm y no se encontraron alteraciones en la radiografía de tórax, iniciándose tratamiento con isoniazida 300 mg, una vez al día, durante 9 meses vía oral. Al mes después la paciente inicia tratamiento con golimumab, 50 mg mensual subcutáneo. Tras 7 meses de seguimiento la paciente continúa asintomática con laboratorios en rangos normales.

Revisión

El término DRESS fue acuñado por Boquet basado en la descripción de 24 pacientes de Callot, a lo cual este último

Tabla 1 – Fármacos comúnmente asociados a DRESS

Carbamacepina	Lamotrigina
Fenobarbital	Fenitoína
Ácido valproico	Ampicilina
Etambutol	Isoniazida
Metronidazol	Minociclina
Vancomicina	Abacavir
Bupropión	Fluoxetina
Amlodipino	Captopril
Celexocib	Ibuprofen
Alopurinol	Sulfasalazina

llamó síndrome de hipersensibilidad y pseudolinfoma inducido por drogas^{5,6}. La fisiopatología del DRESS sigue sin entenderse completamente. Dentro de las hipótesis sugeridas se encuentra un trastorno en la biotransformación de metabolitos activos de un medicamento que finalmente activarían la respuesta inmune con las subsecuentes características clínicas de la enfermedad. Se ha reportado la asociación entre el virus del herpes 6 y el desarrollo de la enfermedad⁷, basados en el comienzo tardío de los signos y síntomas después de la exposición al fármaco, hallazgos clínicos y de laboratorios sugestivos de infección viral y episodios de exacerbación después de la suspensión del agente agresor⁸. Otros agentes virales como el virus del herpes 7, citomegalovirus y el Epstein Barr han sido involucrados^{9,10}. La detección de la reactivación por el virus del herpes 6 se ha empleado en Japón y algunos países europeos como una ayuda en el diagnóstico de la enfermedad¹¹. Sin embargo, el papel claro de este virus en la etiopatogenia ha sido cuestionado¹². No existe un patrón histopatológico característico que defina el DRESS. Se ha descrito un infiltrado linfocitario perivascular o difuso, eosinófilos en la dermis con o sin edema de la misma o un infiltrado en banda de linfocitos atípicos imitando una micosis fungoide.

Los fármacos más frecuentes asociados a DRESS son los anticonvulsivantes, sin embargo, una lista extensa ha sido descrita (tabla 1).

La sulfasalazina es un compuesto de sulfapiridina y ácido 5 aminosalicílico (5-ASA) unidos por una unión azo. La mayoría del medicamento llega al colon en donde la unión azo es reducida por la acción de las bacterias colónicas liberando los 2 componentes antes mencionados. Se ha empleado en el tratamiento de artritis reumatoide en monoterapia o combinado y en espondiloartritis periférica, principalmente. El principal componente terapéutico para enfermedades reumáticas es la sulfapiridina¹³. Los efectos adversos de la sulfasalazina son generalmente leves y reversibles después de la suspensión, y ocurren en los primeros meses de tratamiento con posterior disminución en el tiempo¹⁴. Los más frecuentes son náuseas, exantema, neutropenia, anemia megaloblástica, cefalea, y alteración en la función hepática. Las reacciones adversas serias son eventos raros¹⁵. Tanto la sulfapiridina como el 5-ASA han sido involucrados en el DRESS¹⁶.

Las manifestaciones clínicas ocurren entre 3 semanas y 3 meses después del consumo del medicamento, pero este tiempo se acorta con la reintroducción del mismo¹⁷. La fiebre alta es el síntoma más común (90-100%) seguido de rash (87%) especialmente con los anticonvulsivantes¹⁸⁻²⁰. El compromiso cutáneo es variado, puede ser una erupción morbiliforme,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8742730>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8742730>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)