

TABLA 1. Datos más relevantes de las 3 pacientes

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad (años)	69	49	66
IMC	22,2 kg/m ²	23,4 kg/m ²	30,8 kg/m ²
Tratamiento	Simvastatina 20/ Gemfibrocilo 1.200	Atorvastatina 20	Atorvastatina 20
Colesterol	426 mg	384 mg	357 mg
Triglicéridos	1.012 mg	136 mg	278 mg
ECG	Normal a 58 lpm	Bajos voltajes 57 lpm	Bajos voltajes 52 lpm
Clínica	Intolerancia a estatinas y fibratos, con debilidad y mialgias	Disfonía, hinchazón facial, astenia, mialgias	Disfonía, hinchazón facial, astenia, mialgias, aumento de peso y depresión
CK	*	486 U/l	902 U/l
TSH	184 (µU/ml)	290 (µU/ml)	153 (µU/ml)

*Presentó intolerancia a estatinas y fibratos, administrados sucesivamente, con mialgias y debilidad. Abandonó tratamiento con lo que desaparecieron los síntomas antes de acudir a consulta.
CK: creatinincasa.

tante las CK también pueden encontrarse elevadas por una disminución de su aclaramiento. Además, el hipotiroidismo puede facilitar la toxicidad muscular por hipolipemiantes²⁻⁵, como parece ocurrir al menos en dos de nuestras pacientes. La presentación de mialgias y debilidad motivó que la paciente 1 abandonase el tratamiento, y que la 3 acudiese a urgencias. Sin embargo, ambas toleraron estos fármacos una vez normalizado su hipotiroidismo, como también sucedió en el paciente de Ahmad³.

Aunque en una serie de 74 casos de miopatías tóxicas⁶ sólo se describieron 2 relacionadas con hipolipemiantes, probablemente su número esté aumentando debido al mayor uso de estos fármacos. Pensamos que el hipotiroidismo puede potenciar la toxicidad muscular por estatinas, por lo que para excluirlo debe determinarse la TSH antes de iniciar tratamiento con estos fármacos, sobre todo cuando la dislipemia sea de reciente diagnóstico.

G. Gascón Ramón^a, F. Bertomeu Blanch^a, V. Meneu Montoliu^b
y M.D. Fenollosa Tamarit^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital La Plana de Vila-real (Castellón). ^bCentro de Salud de Onda (Castellón).

1. Cruz MW, Tendrich M, Vaisman M, Novis SA. Electroneuromyography and neuromuscular findings in 16 primary hypothyroidism patients. *Arq Neuropsiquiatr* 1996; 54: 12-18.
2. Al-Jubouri MA, Briston PG, Sinclair D, Chinn RM, Young RM. Myxoedema revealed by simvastatin induced myopathy. *BMJ* 1994; 308: 588.
3. Ahmad S. Lovastatin-induced myopathy in an hypothyroid patient. *J Fam Pract* 1995; 41: 227-228.
4. Galiana J, Marchán E, Montés I, Pato S. Miopatías tóxicas en relación con la administración de hipolipemiantes: ¿son los fármacos los únicos responsables? *Rev Clin Esp* 1995; 195: 620-622.
5. Fuentes I, Aguilera C. Miopatía secundaria al tratamiento con fármacos inhibidores de la HMG-CoA reductasa. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 700.
6. Fernández-Solá J, Pedrol E, Masanés F, Casademont J, Grau JM, Urbano-Márquez A. Miopatías tóxicas: estudio clínico, etiológico e histológico de 74 casos. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 721-724.

Aneurisma de aorta abdominal en una consulta de atención primaria

Sr. Director: Los aneurismas de la aorta abdominal (AAA) constituyen un importante problema de

salud. Su prevalencia oscila en el 1-5,4% según diversos estudios, llegan a ser del 9% en población de alto riesgo (varones de 60-75 años con hipertensión arterial y/o enfermedad coronaria) y representan el 2% de todas las muertes en varones mayores de 60 años. Se ha descrito una fuerte asociación de los AAA con el tabaquismo. Otros factores con los que se relacionan son: edad, sexo masculino, historia familiar de aneurisma, cardiopatía isquémica, dislipemia e hipertensión arterial. Como factores que disminuyen su presentación se han citado el sexo femenino, la raza negra y la diabetes¹.

Los AAA se caracterizan por cursar de manera asintomática, con un desenlace fatal en caso de rotura (mortalidad del 50-70%, a pesar del tratamiento quirúrgico). Esto plantea la necesidad de detectarlos precozmente, ya que la mortalidad con cirugía electiva antes de la rotura es inferior al 5%.

En la tabla 1 se exponen las características principales de 4 casos pertenecientes a una misma consulta de nuestro centro de salud. Es de destacar que todos los pacientes son varones, fumadores y de edad superior a 60 años.

La prevención primaria de los AAA pasaría por la intervención sobre el tabaquismo y el resto de los factores de riesgo asociados. La prevención secundaria pasaría por su detección temprana, desempeñando un papel fundamental en ambos casos el médico de familia.

La sensibilidad de la exploración física se ha estimado que es del 39% y mejora según aumenta el tamaño del aneurisma (76% en mayores o iguales a 5 cm, que son los subsidiarios de tratamiento quirúrgico)².

La palpación abdominal en pacientes de alto riesgo (varones mayores de 60 años con hipertensión arterial o enfermedad vascular) es útil para detectar AAA ma-

TABLA 1. Características de los 4 casos de AAA

	Sexo	Edad	Tabaco (cigarrillos)	Otros	Lugar de detección	Diámetro aneurisma	Situación del paciente
Caso 1	Varón	68	20/día	CI, HTA, HC	Urgencias centro de salud	6,5 cm	Intervenido de urgencia
Caso 2	Varón	74	40/día	CI, HTA, HC, EPOC	Consulta centro de salud	5,5 cm	Pendiente de intervención
Caso 3	Varón	62	60/día	HTA, HC, DM, etilismo	Urgencias del hospital	8 cm	Intervenido de urgencia
Caso 4	Varón	78	20/día	CI, HTA, EPOC	Consulta centro de salud	6 cm	Fallecido por CI

CI: cardiopatía isquémica; HTA: hipertensión arterial; HC: hipercolesterolemia, y DM: diabetes mellitus.

yores de 5 cm, especialmente en pacientes delgados. La palpación abdominal es una prueba segura, ya que no existen datos de rotura del AAA secundarios a ella.

La ecografía abdominal se ha estimado que tiene una sensibilidad del 87,4% y una especificidad del 99,9% para la detección del AAA³. Como parte del examen periódico de salud del adulto se ha recomendado la palpación abdominal cuidadosa cada 2-3 años y, en varones obesos de alto riesgo, realizar al menos una ecografía abdominal de cribado. Sin embargo, otros autores ponen en entredicho la utilidad de la detección oportunista, sugiriendo la realización de un programa de cribado en población mayor de 60 años⁴. Se ha estimado que el cribado reduce un 49% la incidencia de rotura de AAA asintomáticos⁵. Son necesarios estudios que determinen su coste-efectividad⁶.

Queremos resaltar los AAA como una patología frecuente en las consultas de atención primaria y el protagonismo que debe tomar el médico de familia en su prevención y detección precoces.

**C. Jiménez Mena
y A. Varela González**

Centro de Salud de San Gregorio-Telde.
Las Palmas de Gran Canaria.

1. Wilmink AB, Quick CR. Epidemiology and potential for prevention of abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg* 1998; 85: 155-162.

2. Lederle FA, Simel DL. Does this patient have abdominal aortic aneurysm? *JAMA* 1999; 281: 77-82.
3. Lindholt JS, Vammen S, Juul S, Henneberg EW, Fasting H. The validity of ultrasonographic scanning as screening method for abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999; 17: 472-475.
4. Tisi PV, McLain AD, Jeddy TA, Ashton HA, Scott RA. Screening for abdominal aortic aneurysm: is opportunistic detection a realistic alternative? *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1998; 15: 532-534.
5. Wilmink TB, Quick CR, Hubbard CS, Day NE. The influence of screening of the incidence of rupture abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 1999; 30: 203-208.
6. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Littooy FN, Bandyk D et al. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. *Ann Intern Med* 1997; 126: 441-449.

Reacción adversa cutánea tras administración de codeína

Sr. Director: Cualquier reacción nociva e indeseable que se presente con las dosis normalmente utilizadas para tratamiento, profilaxis o diagnóstico de una enfermedad, debe ser considerada una reacción adversa al medicamento (RAM). Con una prevalencia de 30,9 por 1.000 pacientes atendidos o 6,2 por 1.000 recetas prescritas¹, representan el 1-4% de las consultas urgentes ambulatorias,

precisando ingreso el 2-5% de éstas, con una mortalidad que oscila en el 2-12%. Las RAM se clasifican en previsibles (80%) e imprevisibles (20%). Las primeras incluyen sobredosis, efectos colaterales, secundarios e interacciones. Son dosis-dependientes y guardan relación con las acciones farmacológicas de los medicamentos. Las imprevisibles incluyen, a su vez, las inmunoalérgicas (6-10%) e idiosincrásicas. No son dependientes de la dosis, y están mediadas por mecanismos inmunológicos o alérgicos. A menudo son graves. Un 70% de las reacciones alérgicas son causadas por fármacos ampliamente utilizados en atención primaria, como antibióticos (53%) y AINE-analgésicos (17%). Destaca la afección digestiva (20-30%) y sobre todo cutánea (35-40%). Presentamos un caso de interés por el elevado manejo, en nuestra práctica diaria, del principio activo causante, así como por la infrecuente reacción indeseada que produjo.

Varón de 58 años, minero de interior, con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento dietético, criterios clínicos de bronquitis crónica, sílicosis de segundo grado y tuberculosis tratada. Fumador de 62 paquetes/año e ingesta enólica moderada hasta hace 4 años. En tratamiento con broncodilatadores inhalados. Sin alergias medicamentosas conocidas. Presentó episodio infeccioso con hemoptisis no franca asociada. Se instauró tratamiento con codeína y macrólido (3 días), continuando con la codeína hasta ceder la hemoptisis. Tras 6 días de tratamiento acude de nuevo a nuestra consulta de atención primaria por erupción maculopapular pruriginosa de 24 horas de evolución (fig. 1), de distribución en dorso de manos, antebrazos, cuello y nuca. El paciente se mantiene afebril y como única medicación concomitante a la codeína refiere