

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 AAA<sup>3</sup>. 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 años<sup>4</sup>. Se ha estimado que el cribado reduce un 49% la incidencia de rotura de AAA asintomáticos<sup>5</sup>. Son necesarios estudios que determinen su coste-efectividad<sup>6</sup>.

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 prescritas<sup>1</sup>, 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



Figura 1. Erupción maculopapular en dorso de manos.

su tratamiento inhalador habitual. Ante la sospecha de reacción adversa a codeína, se suspende su pauta vía oral, desapareciendo las lesiones cutáneas progresivamente en 48 horas.

La codeína o metilmorfina pertenece al grupo de los analgésicos opiáceos. Es menos potente y eficaz que la morfina, por lo que se emplea como analgésico menor, solo o asociado ocasionalmente a fármacos AINE coadyuvantes. Asimismo puede utilizarse como antidiarreico, aunque su actividad antitussígena es su indicación principal. Su presencia como principio activo en preparados prescritos desde atención primaria es amplia. Los opiáceos, aunque existen diferencias, presentan efectos secundarios conocidos como estreñimiento, depresión respiratoria, retención urinaria, náuseas y vómitos, tolerancia e incluso dependencia, entre otros. Así, en el caso de la codeína, se han descrito fundamentalmente síntomas gastrointestinales, mareos, somnolencia o disforia. Sin embargo, raramente pueden manifestarse erupciones cutáneas a dosis terapéuticas. De forma general las erupciones cutáneas son las reac-

ciones más frecuentes en pediatría (43,9%), debidas fundamentalmente a fármacos antibióticos (49,5%). En adultos representan un 19,5% de las reacciones adversas (tras la manifestaciones digestivas), estando implicados los AINE-analgésicos (28,2%)<sup>2</sup>. Pueden tener cualquier expresión, aunque destacan por su frecuencia las reacciones exantemáticas (32%), la urticaria angiedema (20%), el prurito y la dermatitis de contacto en vía tópica. Menos frecuentes son las reacciones de fotosensibilidad (3%), el eritema nudoso o la púrpura<sup>3</sup>. En la bibliografía revisada se han observado casos de prurito, urticaria o exantema fijo medicamentoso<sup>4,5</sup> tras la administración de codeína, especialmente a dosis elevadas. En nuestro caso la presencia de maculopápulas en forma de anillos concéntricos, que ocasionalmente remedaban las típicas lesiones en diana, así como la distribución de la erupción cutánea, nos indujeron a pensar que pudiera tratarse de un eritema exudativo multiforme o eritema polimorfo. Descrito por Hebra en 1866, en su forma exantemática clásica, pueden observarse máculas y pápulas con lesiones en iris o en diana. La forma ampliada,

descrita en 1879 por Kaposi, incluye lesiones mucosas. Ambas constituyen la «forma menor». Esta descripción no fue más que el comienzo de una serie, en virtud de la gravedad clínica, hasta las formas de curso grave o «formas mayor» como el síndrome de Stevens-Johnson o el de Lyell. La «forma menor» es una dermatosis aguda, transitoria, desencadenada más frecuentemente por infecciones (herpes simple, micoplasma) o fármacos (sulfamidas, penicilina, difenilhidantoína, fenilbutazona, anticonceptivos). Las máculas eritematopapulosas con lesiones algo más exudativas en los bordes se distribuyen en dorso de manos y pies, antebrazos, cara, cuello y nuca. Puede haber fiebre moderada e incluso dolor faríngeo y malestar. La afección mucosa es variable. Remite espontáneamente en 15-20 días tras la supresión del factor desencadenante; únicamente en algunos casos precisa tratamiento sintomático con antihistamínicos o corticoides locales. Si la causa es viral pueden recidivar<sup>6</sup>. Como conclusión, las reacciones adversas a fármacos son relativamente frecuentes, estando implicados, habitualmente, principios activos de amplio uso. Si se tiene en cuenta que los pacientes polimedicados y de edad avanzada son los más afectados, puede entenderse la dificultad diagnóstica, siendo necesaria la realización de una detallada anamnesis farmacológica<sup>7</sup>.

**L.A. Rodríguez Arroyo<sup>a</sup>, J. Ortiz de Saracho<sup>b</sup>, L. Pantoja Zarza<sup>b</sup> y O. González Valle<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. <sup>b</sup>Unidad de Neumología. Servicio de Medicina Interna. Hospital del Bierzo (Ponferrada). <sup>c</sup>Unidad de Dermatología. Hospital del Bierzo (Ponferrada).

1. Sáenz A, Ansejo M, Bordas I, Uña R, González A et al. Algo más sobre reacciones adversas a medicamentos. Aten Primaria 1995; 15: 516-518.

2. Muñoz MJ, Ayani I, Rodríguez-Sasiain JM, Gutiérrez G, Aguirre C. Monitorización en un servicio de urgencias de reacciones adversas causadas por medicamentos en niños y adultos. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 92-98.
3. Sitjar S, Sacanella E. Reacciones adversas a fármacos como motivo de consulta a urgencias. *JANO* 1999; 1320: 1786-1791.
4. De Groot AC, Conemans J. Allergic urticarial rash from oral codeine. *Contact Dermatitis* 1986; 14: 209-214.
5. Gonzalo-Garijo MA, Revenga-Arranz F. Fixed drug eruption due to codeine. *Br J Dermatol* 1996; 135: 498-499.
6. Calap J. Dermatitis ampollosas. *Medicine* 1995; 94: 4174-4176.
7. Gozalo F, García-Norro J, Estrada JL. Reacciones adversas a medicamentos: un protocolo práctico. *Rev Clin Esp* 1997; 197: 108-111.