



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

387/224 - AGRANULOCITOSIS POR METAMIZOL, ¡Y NO ERA SUECO!

L. Campo Alegria¹, E. Vejo Puente², V. González Novoa³, J. Martín Delgado⁴, A. Villaverde Llana⁵, N. Ovalle González¹

¹Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ²Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria. ³Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Potes. Cantabria. ⁵Médico de Familia. Centro de Salud de Colindres. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 42 años que acude a la consulta de su MAP por fiebre 38 °C. Refiere haber estado en tratamiento por infección dental 4 semanas antes, con amoxicilina-clavulánico, (2 ciclos de 10 días cada uno), y analgésicos como metamizol, paracetamol y dexketoprofeno, y finalmente hace 48h le han realizado endodoncia por lo que ya no tiene dolor. Comenta además molestias en encías y orofaringe. Hiporexia y malestar general. AP. Alergia a sulfamidas. IQ: adenoidectomía.

Exploración y pruebas complementarias: T°: 38,5 °C, TAS: 107 mmHg, TAD: 66 mmHg, FC: 85 lpm. AC: rítmica sin soplos. AP: normal. ORL: orofaringe hiperémica, exudado blanquecino gingival. Flemón dental a nivel de 1^{er} molar inferior izquierdo. Otoscopio: cerumen en CAE izquierda. Abdomen y extremidades sin alteraciones.

Se deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias por fiebre sin foco y malestar general tras ciclo de antibióticos y candidiasis oral. En urgencias se realiza analítica en la que destaca leucopenia (1.700 leucos) con 0,0 segmentados, Hb: 15,2 Htco: 43,4%. Plaquetas: 179.000, PCR 6, resto de bioquímica y coagulación normal. Frotis: neutropenia confirmada, sin blastos. Rx tórax: normal. Ingresa en Hematología para tratamiento con factor estimulante de granulocitos (G-CSF), cobertura antibiótica de amplio espectro con piperacilina, tazobactam y antifúngica con fluconazol, y completar estudio con biopsia de médula ósea, serologías. Tras 4 días ingresado, asintomático, con 33.800 leucocitos y 30.000 neutrófilos, es dado de alta. En analítica de control con su MAP 12 días después 6.300 leucocitos con 3.700 neutrófilos, Hb 13,9 y plaquetas 157.000.

Juicio clínico: Fiebre. Agranulocitosis. Infección dental bacteriana con sobreinfección fúngica.

Diagnóstico diferencial: Agranulocitosis primaria (leucemia linfocítica granular grande). Agranulocitosis secundaria a fármacos (antimicrobianos, AINES, pirazolonas, antidepresivos, diuréticos, antiepilepticos), drogas de consumo, y enfermedades autoinmunes).

Comentario final: El uso de metamizol en España, se ha duplicado en los últimos 10 años (en 2017 se dispensaron 22,8 millones de envases de cápsulas), con un mayor uso en ancianos. La aparición de agranulocitosis o de neutropenia es conocida y, aunque de frecuencia muy baja, es una reacción grave que puede llegar a producir la muerte del paciente. De etiopatogenia desconocida, se considera una reacción de tipo inmunológico. La AEMPs recomienda: usar metamizol en tratamientos cortos (7 días), a las mínimas

dosis eficaces, realizar controles hematológicos si se prolonga su uso, si aparecen síntomas de agranulocitosis suspender el tratamiento inmediatamente, realizar siempre adecuada anamnesis sobre reacciones hematológicas a metamizol y uso de otros medicamentos que pueden provocar agranulocitosis, y prestar un cuidado especial en ancianos. Con la información disponible no se ha podido confirmar ni descartar una mayor susceptibilidad de las poblaciones del Norte de Europa (en Suecia se prohibió su comercialización). Notificar las reacciones adversas medicamentosas.

Bibliografía

Shah R. Metamizole (dypirone)-induced agranulocytosis: Does the risk vary according to ethnicity? *J Clin Pharm Ther.* 2018;00:1-5.

Ibañez L, et al. Agranulocytosis associated with dipyrone (metamizol). *Eur J Clin Pharmacol.* 2005 60:821-9.