



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 387/31 - AGRANULOCITOSIS POR METAMIZOL

A. de la Cal Núñez<sup>1</sup>, M. Martínez Pérez<sup>2</sup>, D. Sánchez Andrés<sup>1</sup>, A. Morán Caballero<sup>1</sup>, C. Granja Ortega<sup>2</sup>, A. Gutiérrez Pérez de Lis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Alisal. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 42 años sin antecedentes de interés salvo alérgico a sulfamidas que acude a urgencias por molestia de 1º molar inferior derecho de 1 mes de evolución, por lo que inicia tratamiento antibiótico prescrito por su odontólogo con amoxicilina-clavulánico y analgésico con dextetoprofeno y metamizol alternos durante tres semanas hasta realización de endodoncia, con resolución del dolor. Por ello suspende tratamiento analgésico. Posteriormente acude a consulta por picos febriles esporádicos en presencia de tratamiento antibiótico, que desde hace 4 días son constantes, mayores de 38 °C y asociado a hiporexia, sudoración, hipersensibilidad e hiperemia gingival, así como aparición de película blanca que cubre las encías.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: consciente, orientado y colaborador. Normohidratado, normoperfundido y normocoloreado. Eupneico. Cabeza y cuello: encías hiperémicas y algo edematizadas, cubiertas por una película blanca removible. Molar afectado con tapón de algodón. No adenopatías. Tórax: AC: rítmico, no soplos. AP mvc, no ruidos sobreañadidos. Análisis sanguínea: Bioquímica: LDH 182 U/L, Na 138 mEq/L, K 4,3 mEq/L, cloro 102 mEq/L, Proteína C reactiva 6,0 mg/dL, filtrado glomerular > 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, procalcitonina 0,09 ng/mL. Hemograma: leucocitos  $1,7 \times 10^3$ /?L, hematíes  $5,37 \times 10^6$ /?L, hemoglobina 15,2 g/dL, hematocrito 43,4%, VCM 81 fL, HCM 28,3 pg, ADE 12,8%, plaquetas  $179 \times 10^3$ /?L, VPM 9,3 fL, segmentados  $0,00 \times 10^3$ /?L, linfocitos  $1,0 \times 10^3$ /?L, monocitos  $0,5 \times 10^3$ /?L, eosinófilos  $0,10 \times 10^3$ /?L, basófilos 0,00. Coagulación: TP 75%, INR 1,23, TTPA 25 seg, TTPA control 30, Ratio TTPA 0,82. Radiografía de tórax: sin condensaciones ni datos de derrame pleural.

**Juicio clínico:** Agranulocitosis por metamizol. Fiebre neutropénica con foco bucodental. Candidiasis oral.

**Diagnóstico diferencial:** Proceso autoinmune primario. Reacción idiosincrásica por medicamentos (metamizol). Infecciones. Enfermedad hematológica. Hiperesplenismo.

**Comentario final:** Se expone un caso sobre los efectos secundarios del tratamiento con metamizol, que en la actualidad es un tema muy controvertido. La agranulocitosis por metamizol es un efecto colateral del tipo B (independiente del efecto del fármaco), potencialmente grave (mortalidad próxima al 10%) y con una incidencia estimada de entre 7,3 y 9,3 casos por millón de habitantes por año. Son especialmente susceptibles pacientes ancianos y pacientes de procedencia británica, irlandesa y escandinava. Debido a la gran afluencia de turistas procedentes de estas naciones a nuestra región conviene conocer los riesgos del uso indiscriminado de este fármaco en esta población. Cualquier paciente con sospecha de agranulocitosis debe conducir inmediatamente en un control analítico y en la retirada de todos los fármacos posiblemente

asociados con la agranulocitosis. Las medidas de minimización del riesgo deben centrarse en restringir el uso a situaciones clínicas definidas y proporcionar información concisa sobre el riesgo para pacientes y profesionales de la salud.

## Bibliografía

Edwards JE, McQuay HJ. Dipyrrone and agranulocytosis: what is the risk? *Lancet*. 2002;360:1438.

Ibáñez L, Vidal X, Ballarin E, Laporte JR. Agranulocytosis associated with dipyrrone (metimazol). *Eur J Clin Pharmacol*. 2005;60(11): 821-9.

Van der Klauw M, Goudsmit R, Halie MR, Van't Veer M, Herings R, Wilson JH, et al. A population-based case-cohort study of drug associated agranulocytosis. *Arch Intern Med*. 1999;159:369-74.

Curtis BR. Neutropenia/agranulocitosis inmunitaria inducida por fármacos. *Immunohematology* 2014;30:95-101.

Hedenmalm K, Spigset O. Agranulocytosis and other blood dyscrasias associated with dipyrrone (metamizole).