



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3380 - Los fármacos no siempre curan

M. Jaime Azuara^a, Á.M. Arévalo Pardal^a, R. Álvarez Paniagua^a, J.I. Santos Plaza^b, J. Matamala Sacristán^c y V. Casado Vicente^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente, varón, de 70 años de edad. Con pluripatología compleja y polimedication (bemiparina, clopidogrel, indometacina, metilprednisolona, metotrexate entre otros). Antecedentes personales: fiebre botonosa (1991), neoplasia vejiga urinaria (1999) tratada por RTU e instilaciones de BCG, prótesis totales de cadera bilateral intervenido de mielopatía cervical (2014). Problemas activos: artritis reumatoide grave (1975), arteriopatía periférica IIB (2014), insuficiencia renal crónica estadio 3 (2014), aneurisma aórtico abdominal (2013), y síndrome depresivo mayor (desde 1999). Sin antecedentes de herpes. Alergias a penicilinas y mitomicinas. Acude a nuestra consulta por presentar, desde hace unas horas, unas lesiones eritematosas que comenzaron en región glútea que se han ido generalizando a tronco, extremidades superiores e inferiores.

Exploración y pruebas complementarias: Se observan lesiones confluentes, en diana, discretamente pruriginosas. No disnea, no fiebre, no afectación de la boca. Acudió hace una semana a consulta por hematuria (infecciones de repetición desde RTU) cuando se le recetó nitrofurantoína 50 mg debido a poliresistencia microbiana incluidas las quinolonas. FC 60, TA 129/76 SatO2: 98%, analítica con valores dentro de la normalidad. Se administra metilprednisolona 40 mg vía intravenosa, dejándose prescrita loratadina 1 cp/24h y metilprednisolona 40 mg en capsulas en pauta descendente. Se retira la nitrofurantoína.

Juicio clínico: Eritema multiforme, probablemente secundario a la toma de nitrofurantoína.

Diagnóstico diferencial: Hay que diferenciarlo del síndrome de Stevens-Johnson y de la necrolisis epidérmica tóxica o síndrome de Lyell, que cursan con pródromos y síntomas constitucionales. La mucosa se ve afectada en la mayoría de las veces. El SSJ es menos extenso, con menor afectación de tronco y extremidades. La NET cursa con ampollas flácidas y Nikolsky positivo. Además, tendremos en cuenta el síndrome de Sweet, urticaria aguda, el lupus cutáneo subagudo y vasculitis.

Comentario final: Aunque la causa más frecuente es la infecciosa, no podemos descartar la aparición de un eritema multiforme de causa farmacológica (más frecuentemente en barbitúricos, penicilinas, fenitoína, sulfamidas y AINE).

Bibliografía

1. Gavaldá-Esteve C, Murillo-Cortés J, Poveda-Roda R. Eritema multiforme. Revisión y puesta el día. RCOE. 2004;9:415-23.

2. Sokumbi O, Wetter DA. Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema multiforme: A review for the practicing dermatologist. *Int J Dermatol.* 2012;51:889-902.

Palabras clave: *Eritema multiforme. Lesiones en diana. Reacciones adversas. Nitrofurantoína.*