



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/74 - INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA) Y RASH CUTÁNEO. ¿PUEDEN TENER RELACIÓN?

C. Ortodó Parra^a, V. Monforte Rodríguez^a, D. Cuartero Guerrero^b, C. Jové Vivó^c, A. Nicolás Carrillo^d y M. Ruiz Sánchez^e

^aMédico de Familia. ABS Centre-CAP Sanfeliu. L'Hospitalet de Llobregat. ^bEstudiante 6º Medicina. UB. ^cResidente 2º año. Médico de Familia. ABS Centre-CAP Sanfeliu. L'Hospitalet de Llobregat. ^dResidente 3º año. Médico de Familia. ABS Centre-CAP Sanfeliu. L'Hospitalet de Llobregat. ^eMédico de Familia. ABS Centre de Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 81 años que acude por aparición de rash eritematoso cutáneo pruriginoso en zona inguinal bilateral, flexuras poplíteas y humerales, cabeza y cuello de 8 días de evolución que no mejora con antihistamínicos. Ant. pat: HTA tratada con lisinopril-hidroclorotiazida (IECA-HCTZ), insuficiencia venosa (IVC), trombosis venosa profunda (TVP) con síndrome posttrombótico en pierna izquierda y úlceras vasculares. Polimialgia reumática (PMR) tratada con prednisona (PDN) 5 mg/d, IC diastólica. Reciente aparición de edemas maleolares y celulitis en pierna izquierda tratada con ciprofloxacino 500 mg/12h los 10 días previos. Se solicita analítica general (AG) para estudio de rash persistente que muestra IRC agudizada. Retiramos IECA-HCTZ con control de la tensión arterial (TA) que se mantiene correcta. Añadimos furosemida para los edemas, normas posturales, curas de las úlceras por enfermería y rebajamos PDN a 2,5 mg/d. Finalmente dada la persistencia del eritema cutáneo, retiramos ciprofloxacino y éste empieza a mejorar progresivamente hasta desaparecer a los 15 días. AG de control, objetiva también mejora de la función renal. Se revisa bibliografía encontrando casos publicados que relacionan la toma de ciprofloxacino con la aparición de rash cutáneo, eosinofilia y nefritis intersticial aguda (NIA) de causa inmunoalérgica confirmada por biopsia renal.

Exploración y pruebas complementarias: AG inicial: leucocitosis: $10 \times 10^9/L$, neutrofilia: $6,2 \times 10^9/L$, eosinofilia: $1,05 \times 10^9/L$, creatinina: 189 $\mu\text{mol/L}$ (previa: 110 $\mu\text{mol/L}$), urea: 22 mmol/L (previa: 9,9 mmol/L), FG: 28 ml/min (previo: 50 ml/min). K+: 5,47 mmol/L, PTH: 9 pmol/L, beta-2-microglobulina: 5,1 mg/L, proteinograma normal, sedimento urinario normal. Serologías VHB, C, VIH, lúes: negativas. Marcadores tumorales: negativos. AG al mes: Creatinina: 134 $\mu\text{mol/L}$, FG: 43 ml/min. Estudio autoinmune: AN's negativos, Complemento (C3 y 4) normal.

Juicio clínico: Probable NIA por ciprofloxacino.

Diagnóstico diferencial: Dermatitis a distancia en IVC con úlceras vasculares. Eritema fotosensible por HCTZ. IRC agudizada por IECA-HCTZ.

Comentario final: La NIA está relacionada con el uso de fármacos (antibióticos y AINEs). Hay que pensar en causa farmacológica como primera opción ante la aparición aguda de lesiones cutáneas e IRA. La coincidencia en el tiempo entre administración de ciprofloxacino y aparición de la clínica descrita, y la mejora tras su retirada, hacen pensar que pueda ser el causante. Nos hace reflexionar el que un fármaco de

amplia utilización como ciprofloxacino pueda dar una reacción adversa potencialmente grave como la NIA.

Bibliografía

1. Herranz S, et al. Nefritis intersticial aguda por ciprofloxacino. Descripción de un caso y revisión de la literatura. Nefrología. 1999;16:74-7.

Palabras clave: Nefritis. Rash. Ciprofloxacino.