

424/2281 - ¿ALERGIA AL LEVOFLOXACINO?

J. Capellades I Lloparr¹, M. Ramos Oñate², L. Fernández-Vega Suárez³ y M. Prado Vizcardo⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Morante. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud El Sardinero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 73 años diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica de años de evolución, acude a servicio de urgencias atención primaria por tos y expectoración purulenta de 2-3 días de evolución sin fiebre asociada. En dicha consulta a urgencias se inicia tratamiento con levofloxacin 500 mg vía oral durante una semana. A las 48h tras inicio del tratamiento, el paciente acude a consulta por aparición de lesión macular, de unos 3 cm de diámetro, de coloración eritematoviolácea asociado a prurito. Refiere el paciente que cree recordar aparición hace varios años de lesión similar tras toma de algún fármaco que no recuerda.

Exploración y pruebas complementarias: Piel: lesión macular de 3 cm, eritematoviolácea, no dolorosa a la palpación en cara anterior muslo derecho.

Orientación diagnóstica: Eritema medicamentoso fijo.

Diagnóstico diferencial: Eritema nodoso. Eritema multiforme. Reacción pospicadura. Síndrome Stevens-Johnson. Necrolisis epidérmica tóxica.

Comentario final: El eritema fijo medicamentoso se considera una variante de toxicodermia que se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas o mucosas, único o múltiples, aunque más frecuente única, que siempre recurren y aparecen en la misma localización tras la ingesta de un fármaco (aunque también puede suceder con otras sustancias). Las lesiones pueden aparecer desde 30 minutos tras la exposición hasta dos semanas después. El diagnóstico del eritema medicamentoso fijo es clínico, sin necesidad de biopsia ni pruebas complementarias. Los fármacos que más se asocian a este tipo de eritema son hipnóticos, antibióticos, AINE y paracetamol. El tratamiento es la retirada inmediata del agente causal y evitar el uso de nuevo. En caso de prurito intenso, se recomienda el uso de corticoides tópicos.

Bibliografía

1. Garnica Velandia DR, et al. Fixed drug eruption induced by ciprofloxacin and cross-reactivity to other quinolones. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28872202>

Palabras clave: Toxicodermia. Eritema. Quinolona.