

Paciente con eritema nudoso secundario a enalapril

Sr. Director: presentamos un caso de una mujer de 68 años con antecedentes personales de hipertensión (HTA) en tratamiento con hidroclorotiazida, bien controlada. En analítica anual de control se objetivan cifras de potasio sérico disminuidas, por lo que una vez confirmadas, se sustituye la medicación habitual por enalapril. A las 48-72 horas del inicio de la nueva medicación consulta por cuadro de astenia intensa, febrícula y dolor en miembros inferiores, siendo la exploración física rigurosamente normal. Una semana después aparecen lesiones nodulares, inflamatorias en ambas piernas, dolorosas, objetivándose fiebre de 38 °C.

Destaca analítica, con leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG), radiografía de tórax normal y Mantoux negativo. No se realizó biopsia cutánea (por negativa del paciente). Tras ser valorada por servicio de Dermatología, es diagnosticada de eritema nudoso (EN) probablemente secundario a enalapril, una vez revisada la medicación habitual de la paciente y habiéndose descartado otras posibles causas. Las lesiones desaparecieron y el cuadro de afectación general mejoró en dos meses tras suspender enalapril e iniciar tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), con indometacina a dosis 150 mg/día y protección gástrica. El caso fue notificado al servicio de Farmacovigilancia.

El eritema nudoso¹ es un proceso inflamatorio agudo, del tejido graso subcutáneo. Se trata de una paniculitis septal, con edema perivenoso, sin lesión vasculítica propiamente dicha. Se caracteriza por lesiones nodulares eritemato-violáceas, calientes y dolorosas, de límites poco precisos. Son bilaterales y simétricas. Localizadas en región pretibial de piernas, son menos frecuentes en brazos y muslos. Evolucionan en brotes durante tres a seis semanas. Remiten sin secuelas en dos a tres meses.

El cuadro cutáneo² se acompaña de artralgias, malestar general y fiebre. De predominio femenino entre los 20 y 50 años. Mecanismo etiopatogénico de base inmunológica. De etiología diversa: infecciones por *Streptococcus*, tuberculosis, *Yersinia*, enfermedad de Crohn, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa, sarcoidosis, linfomas, hiperalergia cutánea, gestación, fármacos (anticonceptivos orales, sulfonamidas, salicilatos, penicilinas).

El diagnóstico sindrómico es sencillo, pero en un 25% de los casos no se averigua la causa³.

El tratamiento será etiológico (si se conoce la causa) y sintomático con reposo en cama (para evitar recidivas y disminución del tiempo de duración del cuadro) y AINE (indometacina o ácido acetil salicílico [AAS]). Los glucocorticoides están en desuso por el efecto rebote al supri-

mirlos. En algunos casos existe respuesta al yoduro potásico (300-600 mg/8 horas).

Con el enalapril, fármaco antihipertensivo de uso frecuente, perteneciente a la familia de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), pueden aparecer como efectos secundarios^{4,5}: tos crónica (25%), erupciones cutáneas (1,4% y 4,3%) en forma de rash máculo-papular, eritema, angioedema (0,1%-0,2%) alopecia (0,5%-1%), mialgias, fiebre, eosinofilia, leucocitosis y aumento de VSG. Las lesiones cutáneas se suelen producir en las primeras cuatro semanas de tratamiento, generalmente en los primeros días. Es frecuente con dosis elevadas y en pacientes con insuficiencia renal o enfermedades del colágeno. El eritema nodoso sólo ha sido descrito en la literatura en dos ocasiones más^{6,7}.

R. COLLADOS NAVAS Y M. P. VICH PÉREZ
Centro de Salud Canillejas. Área 4. INSALUD. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lázaro Ochaita P. Hipodermatitis. En: Lázaro Ochaita P, director. Dermatología. 2ª ed. Madrid; Luzán; 1993.p.343-7.
2. Fernández López E, de Unamuno Pérez P. Eritema nodoso. FMC 2001;8:578.
3. Guardia J. Paniculitis. En: Farreras, Rozman, editores. Medicina interna. 12ª ed. Barcelona: Doyma; 1992.p.1025-6.
4. Deshazo RD, Kemp S. Allergic Reactions to Drugs and Biologic Agents. JAMA 1997;278(22):1895-906.
5. DeLeo VA. Skin testing in systemic cutaneous drug reactions. Lancet 1998;352(9139):1488-90.
6. Roten SV, Mainetti C, Donath R, Saurat JH. Enalapril- induced lichen planus-like eruption. J Am Acad Dermatol 1995; 32(2Pt 1):293-5.
7. Firth NA, Reade PC. Angiotensin-converting enzyme inhibitors implicated in oral mucosal lichenoid reactions. Oral Surg Med Oral Pathol 1989;67(1):41-4.

¿Es útil el sulfato de glucosamina en el tratamiento de la artrosis de rodilla?

Sr. Director: la artrosis es la enfermedad musculoesquelética más prevalente¹, con una incidencia mayor del doble en el sexo femenino. Los estudios radiológicos muestran cambios estructurales en más del 70% de la población mayor de 65 años^{1,2}.

El dolor es el síntoma más importante³ en la artrosis y el mayor determinante de la pérdida de función, sin embargo existe una escasa correlación entre los cambios estructurales y los síntomas de la artrosis. Así vemos que muchos individuos con criterios radiológicos de artrosis no presentan dolor^{1,3,4}. Todavía permanecen desconocidas muchas cuestiones sobre las causas y la historia natu-