

Shock anafiláctico por omeprazol[☆]



Anaphylactic shock due to omeprazole

El omeprazol es el primero de una serie de principios activos que actúan inhibiendo la bomba H/K ATPasa (inhibidores de la bomba de protones [IBP]). Su aparición revolucionó el tratamiento de la úlcera péptica, reflujo gastroesofágico y la gastropatía por la toma de AINE, tanto que en la actualidad es el principio activo más prescrito.

Por lo general, es un medicamento bien tolerado, siendo sus reacciones adversas leves y generalmente reversibles. Las más comunes son los síntomas digestivos, que se dan en el 1,5-3% de los casos, y los efectos sobre el sistema nervioso central. Otras reacciones adversas que se han notificado, y que así constan en la ficha técnica, son la inhibición de la absorción de vitamina B12¹ y la aparición de cuadros urticariformes².

Presentamos un cuadro de anafilaxia en un paciente de 58 años tras la ingesta de un comprimido de omeprazol y su posterior estudio de reacción cruzada con otros IBP.

Varón de 58 años, entre sus antecedentes médicos presentaba un diagnóstico previo de alergia a betalactámicos en la infancia poco documentado, y en sus antecedentes quirúrgicos: intervención de colesteatoma hacia 18 años de oído izquierdo, y apendicitis con divertículo de Meckel hacia 10 años, resto sin interés.

El cuadro comienza con sensación de pirosis y molestias gástricas a las 6 h de la toma de un comprimido de ibuprofeno 600 mg por gonalgia, por lo que decide administrarse un comprimido de omeprazol 20 mg. A los 10 min de la toma, comienza con malestar general, mareo, sudoración e inestabilidad que le obligan a tenderse en decúbito ante el empeoramiento de su estado general. En la exploración física se observa edema generalizado en la cara y disartria, con sensación de disnea, disminución de la saturación de oxígeno medido con el cooxímetro, desencadenándose pérdida de consciencia. Ante la sospecha de shock anafiláctico es atendido en el domicilio por los servicios de urgencia. Se le administró metilprednisolona 80 mg y adrenalina intramuscular así como beclometasona y salbutamol en cámara inhalatoria. Progresivamente, la saturación de oxígeno comenzó a mejorar y el paciente recuperó la consciencia aproximadamente a los 10 min. El paciente fue trasladado al hospital de referencia donde permaneció bajo vigilancia 24 h, siendo dado de alta asintomático y derivado al servicio de alergología para estudio.

Las pruebas realizadas fueron las siguientes:

- Pruebas cutáneas a medicamentos:
 - Prick test positivas a omeprazol, pantoprazol, esomeprazol, rabeprazol y lansoprazol (fig. 1).
 - Prick test negativas a arilpropiónicos (ibuprofeno), betalactámicos con reexposición.



Figura 1 Prueba de alergia realizada 2 meses después del shock anafiláctico.

- Pruebas de exposición controlada con medicamentos por vía oral: negativas a arilpropiónicos (ibuprofeno) y amoxicilina con reexposición.
- Pruebas cutáneas a aeroalérgenos: negativas a la batería de aeroalérgenos comunes en nuestro medio (pólenes, ácaros, hongos y epitelios de perro y gato).
- Espirometría: FVC = 92% teórico, FEV1 = 98% teórico. FVC/FEV1 = 79, prueba broncodilatadora negativa.

Tras el estudio de los signos y síntomas descritos y las pruebas realizadas en el servicio de alergología se le diagnosticó de anafilaxia por hipersensibilidad a omeprazol e IBP.

La incidencia de reacciones de hipersensibilidad a los IBP está en aumento debido al creciente uso de estos fármacos, por 2 motivos principalmente, por su eficacia y por el uso frecuente de medicamentos sin prescripción médica³.

Las pruebas cutáneas realizadas mostraron un tipo de reacción alérgica inmediata a los 5 IBP comercializados en España. Además los resultados del control negativo excluye la posibilidad de una respuesta irritativa.

Este hecho no es extraño ya que al realizar un análisis minucioso de los casos clínicos notificados en la literatura se observan distintos trabajos en los que se demuestran los diferentes patrones de reactividad cruzada entre los IBP^{4,5}.

Para desarrollar un cuadro de hipersensibilidad debería haber estado en contacto con dicha sustancia previamente, sin embargo, de forma consciente, este paciente era la primera vez que tomaba un comprimido de omeprazol por lo que se buscó más detalladamente en sus antecedentes personales donde se pudo comprobar que en la última intervención quirúrgica realizada hacia 10 años como consecuencia de un cuadro apendicular agudo, se utilizó dicho fármaco de forma intravenosa.

Ante la presencia de un cuadro de anafilaxia hay que tener en cuenta la posibilidad de que el paciente haya tomado el fármaco previamente sin que quede reflejado en la historia clínica y que se tenga en cuenta que no todos los cuadros de anafilaxia los provocan los AINE⁶.

[☆] Caso notificado a la Agencia Española del Medicamento a través de la Red de Farmacovigilancia de Aragón.

Por este y otros motivos creemos que sería muy conveniente que la historia clínica del paciente recoja toda la información relacionada con su perfil farmacoterapéutico e incluya las posibles reacciones adversas que haya presentado a lo largo de su trayectoria por los distintos servicios sanitarios⁶. Igualmente, debemos concienciar a la población de que se debe evitar, en la medida de lo posible, la automedicación incluso con los medicamentos que en el argot popular estén considerados como «fármacos protectores» y que este hecho no nos haga bajar la guardia frente a sus efectos adversos que, como hemos visto en este caso, pueden ser muy graves.

Conflicto de intereses

No existe apoyo financiero para la realización de este trabajo ni conflicto de intereses por parte de ninguno de los componentes del mismo.

Bibliografía

1. Termanini B, Gibril F, Sutliff VE, Yu F, Venzon DJ, Jensen RT. Effect of long-term gastric acid suppressive therapy on serum vitamin B12 levels in patients with Zollinger-Ellison syndrome. *Am J Med.* 1998;104:422–30.
2. Sobrevía MT, Garcés M, Ferrer L, Segura N, Monzón S, Colás C. Study of cross-reactivity between proton pump inhibitors. *J Invest Allergol Clin Immunol.* 2010;20:157–61.

3. Jiménez Rubio D, Hernández Quevedo C. Differences in self-medication in the adult population in Spain according to country of origin. *Gac Sanit.* 2010;24:116e1–8e.
4. Natsch S, Vinks MH, Voogt AK, Mees EB, Meyboom RH. Anaphylactic reactions to proton-pump inhibitors. *Ann Pharmacother.* 2000;34:474–6.
5. Muela Molinero A, Ballesteros del Río B, Nistal de Paz F, Fernández Pérez E. Immediate anaphylactic shock after the administration of intravenous omeprazol. *Rev Clin Esp.* 2003;203:216–7.
6. González-Rubio F, Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, Navarro-Pemán C, López-Cabañas A, Prados-Torres A. Underreporting of recognized adverse drug reactions by primary care physicians: An exploratory study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2011;20:1287–94.

Francisca González-Rubio^a, Oscar Esteban-Jiménez^{b,*},
Maria del Mar Garcés-Sotillos^c
y Carlos Colás-Sanz^c

^a Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España

^b Centro de Salud Gallur, Zaragoza, España

^c Servicio de Alergología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: oscarej@hotmail.com

(O. Esteban-Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.11.002>

0210-5705

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Anisakis y pólipo en colon, una asociación infrecuente



Anisakis and colonic polyp, a rare association

La anisakiasis es una infección parasitaria causada por la ingesta de peces de mar infectada por larvas de nemátodos. Fue diagnosticada por primera vez en Holanda en el año 1960¹, siendo actualmente Japón el país con mayor incidencia. Se asocia más frecuentemente a afectación de estómago e intestino delgado, y raras veces a colon. El diagnóstico clínico es muy difícil debido a su sintomatología inespecífica.

En la bibliografía, únicamente hay 4 casos descritos de anisakiasis asociado a cáncer de colon²⁻⁵.

Varón de 73 años sometido a colonoscopia por seguimiento de pólipos, donde se identifica en ciego pólipo plano de extensión lateral LST-G 0-Ila + 0-IIb de la clasificación de París, de unos 4 cm, afectando a 2 pliegues consecutivos, no susceptible de resección endoscópica, del cual se toman biopsias (fig. 1). El estudio anatomopatológico informa de fragmentos de adenoma túbulo-velloso de intestino grueso con displasia epitelial de alto grado/adenocarcinoma *in situ*, no pudiendo establecerse un nivel de Haggitt, al tratarse de varios fragmentos. En pruebas preoperatorias, analíticamente presenta leve eosinofilia y en pruebas de imagen no se visualiza enfermedad tumoral relevante.

El paciente fue sometido a una hemicolectomía derecha laparoscópica sin visualizar alteraciones macroscópicas durante la intervención, con un postoperatorio sin incidencias.

En el estudio anatomopatológico del colon, macroscópicamente se observa en ciego, en la zona donde se realizaron las biopsias del adenoma, la mucosa sobrelevada y edematosa. Microscópicamente se visualiza una zona de infiltrado inflamatorio de predominio eosinofílico transmural, con formación de microabscesos, en relación con larva de *Anisakis* localizada en capa muscular de ciego, con mucosa suprayacente con displasia de bajo grado (fig. 2), sin lesiones relevantes en 33 ganglios linfáticos aislados.

La afectación por *Anisakis* es menos frecuente en las localizaciones más distales del tubo digestivo y rara su presencia en colon^{6,7}. Se han descrito unos 75 casos de anisakiasis colorrectal, la mayoría de ellos en colon derecho^{2,8}.

Las formas agudas de anisakiasis pueden presentarse como un dolor abdominal agudo o reacción anafiláctica tras el consumo de productos con presencia de *Anisakis*. Su diagnóstico se basa en la historia clínica refiriendo consumo reciente de pescado, y se puede confirmar con la presencia de anticuerpos específicos para *Anisakis*, además de visualización directa por endoscopia.

La forma crónica, en cambio, es más difícil de diagnosticar, ya que los títulos de anticuerpos pueden disminuir y en la endoscopia puede ser más difícil visualizar la