

Cas 2009.1

Nen de 8 anys amb febre i exantema generalitzat de 48 hores d'evolució

Vanessa Arias¹, Nuria Elvira Sanz¹, Victoria Trenchs¹, Mercè Pineda², Carles Luaces¹

¹ Secció d'Urgències, Servei de Pediatria i ² Servei de Neurologia pediàtrica. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona

Pacient de 8 anys que és portat al servei d'urgències per febre i erupció cutània generalitzada de 48 hores d'evolució. El dia anterior havia consultat en un altre centre on es va diagnosticar d'exantema infecciós i es va remetre a domicili amb tractament analgèsic i antipirètic.

Entre els antecedents destacava el diagnòstic d'epilèpsia parcial tractada amb carbamazepina des de feia una setmana.

A l'exploració física presentava un exantema eritematós reticulat generalitzat, sense afectació palmo-plantar (Fig. 1). També es van objectivar adenopaties submandibulars bilaterals de característiques reactives. La resta de l'exploració física era normal.

Com a exploracions complementàries, es va fer una analítica sanguínia: eritròcits: 4.640.000/mm³, hemoglobina: 12,3 g/dl, hematòcrit: 37,3%, plaquetes: 223.000/mm³, leucòcits: 4.700/mm³ (48% neutròfils, 41,2% limfòcits, 6,4% monòcits, 4,2% eosinòfils, 0,2% basòfils), GPT: 15 UI/l, GOT: 18 UI/l; proteïna C reactiva: 5 mg/l.

Quin és el seu diagnòstic?



Fig. 1. Exantema eritematós reticulat.

Arias V, Sanz NE, Trenchs V, Pineda M, Luaces C.
Nen de 8 anys amb febre i exantema generalitzat de 48 hores d'evolució.
Pediatr Catalana 2009; 69: 23-24.

Correspondència:

Carles Luaces Cubells
 C/ Passeig de Sant Joan de Déu, 2
 08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona
 Cluaces@hsjdbcn.org

Data de tramesa: 11.07.2008. Treball acceptat: 29.10.2008.

Discussió

Amb l'orientació diagnòstica de reacció farmacològica adversa a la carbamazepina, es va decidir ingressar el pacient i es va suspendre l'antiepilèptic. Es va iniciar un tractament amb corticoides i antihistamínic. L'evolució va ser molt favorable, el pacient va quedar afebril al segon dia de l'ingrés i les lesions cutànies van desaparèixer progressivament. El nen va rebre l'alta a la setmana de l'ingrés, totalment asimptomàtic. Es va pautar tractament amb àcid valproic, que va ser ben tolerat.

Diagnòstic: Síndrome d'hipersensibilitat a la carbamazepina.

Comentari

La carbamazepina és un tractament habitual per l'epilèpsia en pediatria. És ben tolerada, però pot produir tots els efectes secundaris dels fàrmacs antiepilèptics, tot i que solen ser poc freqüents, i menys greus. Aquests efectes adversos poden ser de dos tipus, dependents de dosis i idiosincràtics. Els dependents de dosis són els més freqüents i acostumen a manifestar-se amb clínica neurològica (visió borrosa, diplopia, vertigen...). En canvi, els idiosincràtics són poc freqüents i independents de les dosis.

La síndrome d'hipersensibilitat a la carbamazepina és una reacció adversa de tipus idiosincràtic que també pot estar causada per altres fàrmacs antiepilèptics, com la fenitoïna. La seva incidència és d'aproximadament 1/3000¹ tractaments, i el diagnòstic pot ser difícil atesa la varietat de manifestacions clíniques i analítiques amb que es pot presentar, ja que poden simular malalties infeccioses, tumorals o del col·lagen¹. Sol iniciar-se amb febre, exantema cutani i adenopaties durant les primeres 8 setmanes de tractament¹. L'exantema cutani és el símptoma més constant, que pot ser de molts tipus, des d'un lleu exantema maculopapular fins a una erupció cutània greu com la síndrome de Stevens-Johnson. Posteriorment es pot produir una afectació hepàtica, renal, immunològica i hematològica^{2,3}. L'hepatitis subclínica és l'afectació visceral més habi-

tual, encara que pot arribar a provocar una insuficiència hepàtica greu^{2,4}. Des del punt de vista immunològic i hematològic, les manifestacions poden incloure, entre d'altres, disminució de IgA, IgM i subclasse 2 de la IgG, agranulocitosi, pancitopènia i augment dels eosinòfils. La fisiopatologia d'aquest tipus de reacció és desconeguda, encara que les últimes dades apunten que el mecanisme podria ser de tipus immune. L'existència de casos d'hipersensibilitat a un fàrmac antiepilèptic prèviament ben tolerat induït per un segon anticonvulsant confirma aquesta teoria². El diagnòstic pot ser difícil, atesa la varietat de manifestacions clíniques i analítiques amb què es pot presentar, ja que poden simular malalties infeccioses, tumorals o del col·lagen¹. Una anamnesi detallada, incidint en els antecedents patològics i les medicacions, és indispensable per establir la sospita diagnòstica. El tractament consisteix en la retirada del fàrmac i simptomàtic^{2,5}. El curs clínic és variable, ja que fins i tot en els casos lleus la clínica pot persistir diverses setmanes després de retirar la carbamazepina. Si no es retira el fàrmac i l'afectació orgànica progressa, pot arribar a ser molt greu, amb una mortalitat propera al 10%^{2,5}. Si durant la retirada del fàrmac el pacient presenta una nova crisi, es recomana fer un tractament amb benzodiazepines. La decisió d'iniciar de nou un fàrmac antiepilèptic s'ha de fer amb molta cura, atès el risc de reaparició de la clínica amb la introducció del fàrmac.

Bibliografia

1. Penela M, Puente MC, Jiménez AI, Herrera M, Ronero MD. Eritrodermia y hepatitis. *An Pediatr* 2004; 6: 353-354.
2. Durán E, Mir J, Morales MD, Martínez C. Síndrome de hipersensibilidad por antiepilepticos con repercusión cutánea y renal grave por carbamazepina. *Rev Neurol* 2004; 28: 1.136-1.138.
3. Lachgar T. Generalized acute exanthematous pustulosis caused by carbamazepine. *Allerg Immunol* 1999; 31: 151-152.
4. Bhargava P. Anticonvulsant hypersensitivity syndrome study of 60 cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2001; 67: 317-319.
5. Aldama AB, Gorostiaga G, Rivelli V. Reacciones cutáneas por anticonvulsiantes. Espectro clínico de 39 casos. *Act Terap Dermatol* 2005; 28: 164-169.