

Uveítis por cotrimoxazol

M. Vázquez de la Torre, S. Pérez-Bustamante, E. Martín, M.I. Martínez Molero, L. Zapatero
Servicio de Alergia. Hospital Materno Infantil «Gregorio Marañón». Madrid

Resumen

Niño de 10 años de edad que presenta hiperemia conjuntival bilateral, dolor ocular y visión borrosa tras la administración de trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) por vía oral.

Palabras clave

Uveítis, cotrimoxazol, sulfamidas

Abstract

Title: Cotrimoxazole-induced uveitis

The patient was a 10-year-old boy who developed bilateral conjunctival hyperemia, ocular pain and blurred vision following the administration of trimethoprim-sulfamethoxazole.

Key words

Uveitis, cotrimoxazole, sulfonamides

Introducción

El cotrimoxazol (trimetoprim-sulfametoxazol [TMP-SMX]) se emplea en el tratamiento de las infecciones respiratorias, urinarias, prostatitis, uretritis, ciertas infecciones entéricas y en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como en la profilaxis de la neumonía por *Pneumocystis carinii* y la toxoplasmosis cerebral¹.

Es un fármaco antifolato que inhibe la enzima bacteriana que transforma el ácido para-amino benzoico (PABA) en ácido dihidrofólico, provocando una disminución de la duplicación celular.

Las sulfamidas pueden desencadenar diversos tipos de reacciones alérgicas, mediadas por diferentes mecanismos de hipersensibilidad. Es el segundo antibiótico implicado como agente etiológico de las reacciones alérgicas, precedido por los betalactámicos². Las manifestaciones clínicas más frecuentes son erupciones cutáneas, especialmente exantemas de tipo maculopapulosa o morbiliforme. Excepcionalmente, pueden desencadenar otro tipo de reacciones adversas, entre las que se encuentra la uveítis³⁻⁵.

Caso clínico

Niño de 10 años de edad que, hace 3 años, presentó un cuadro de prurito, hiperemia y escozor conjuntival, náuseas y vómitos, una hora después de tomar Septrin® en jarabe por un cuadro catarral. Los síntomas cedieron en menos de 24 horas sin necesidad de ningún tratamiento. Refiere 2 episodios previos similares tras la toma de Septrin® y Bronquidiacina® en jarabe.

Se realizó un estudio alergológico, previo consentimiento informado, con pruebas cutáneas en *prick* e intradermoreacción con lectura inmediata y tardía a TMP-SMX negativas,

prueba de parche con TMP-SMX (10% en DMSO) negativas a las 48 y 96 horas. Dado que las pruebas cutáneas fueron negativas, se inició una provocación oral controlada con TMP-SMX, con aparición de un intenso eritema conjuntival bilateral, visión borrosa y dolor ocular bilateral, 90 minutos después de la administración de 5 mL de Septrin® en jarabe (figuras 1 y 2).

Este cuadro fue diagnosticado por el servicio de oftalmología como uveítis anterior bilateral, con disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo. Se instauró un tratamiento con Vexol® en colirio (rimexolona al 1%). El paciente recuperó la agudeza visual en pocos días, aunque la hiperemia conjuntival persistió más de 2 meses, alcanzando finalmente la remisión completa.



Figuras 1 y 2. Uveítis anterior bilateral tras la provocación oral con TMP-SMX

Discusión

Se trata de un caso de uveítis anterior bilateral en un niño, tras la administración de TMP-SMX en una prueba de provocación oral controlada, que reprodujo la clínica ocular previamente referida por el paciente.

Se dispone de diversos fármacos de uso sistémico (rifabuti-na, bifosfonatos, sulfamidas...) tópico (corticoides, inhibidores de la fosfodiesterasa...) e intraocular (antibióticos, cido-vudir...), que pueden producir uveítis. Menos del 0,5% de las uveítis por fármacos son atribuibles a sulfamidas¹.

Los mecanismos que pueden desencadenar la uveítis son diversos y, en general, poco claros, por lo que es necesario, en la mayoría de los casos, recurrir a la realización de pruebas de provocación para el diagnóstico³. ■

Bibliografía

1. Sesiones Interhospitalarias Sociedad Madrid-Castilla la Mancha de Alergología e Inmunología Clínica N.º 14. Curso 2004-2005. Madrid: Ediciones Luzan, 2005
2. Manual de las Reacciones Alérgicas a Medicamentos. Servicio de Alergología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid: Ediciones Jarpyo, 2001.
3. Tilden ME, Rosenbaum JT, Fraunfelder FT. Systemic sulfonamides as a cause of bilateral, anterior uveitis. *Arch Ophthalmol*. 1991; 109(1): 67-69.
4. Kristinsson JK, Hannesson OB, Sveinsson O, Thorleifsson H. Bilateral anterior uveitis and retinal haemorrhages after administration of trimethoprim. *Acta Ophthalmol Scand*. 1997; 75(3): 314-315.
5. Northrop CV, Sheperd SM, Abbuhl S. Sulfonamide-induced iritis. *Am J Emerg Med*. 1996; 14(6): 577-579.