

Reacción medicamentosa tipo enfermedad del suero

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

Resumen

Presentamos un caso de enfermedad del suero en una paciente de 3 años de edad que, tras realizar tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante 7 días, mostró clínica de urticaria y artralgias.

Palabras clave

Enfermedad del suero, infancia, penicilina

Abstract

Title: Pharmacological reaction like serum sickness

We report a case of serum sickness in a 3-year-old patient who presented urticaria and arthralgias after seven days of treatment with amoxicillin-clavulanic.

Keywords

Serum sickness, childhood, penicillin

Introducción

La enfermedad del suero fue descrita por Von Pirquet en el año 1905. Durante la época preantibiótica, se trataba de una enfermedad frecuente, debido al uso de antisueros heterólogos como tratamiento de infecciones (difteria, tétanos, escarlatina y neumonía neumocócica)¹. Hoy en día, los antibióticos betalactámicos son los que se utilizan con más frecuencia, especialmente cefalor². La enfermedad del suero se produce por un mecanismo de hipersensibilidad tipo III ante antígenos extraños, mediado por el depósito de inmunocomplejos circulantes, con afectación del pequeño vaso, activación del complemento e inflamación posterior¹. Las manifestaciones clínicas características incluyen fiebre (frecuente, pero no presente en todos los casos), erupción cutánea (en forma de urticaria), linfadenopatías, artralgias (inflamación poliarticular, artralgias migratorias, sobre todo en los codos, las rodillas, las muñecas y las pequeñas articulaciones de las manos) y nefritis (albuminuria).

Caso clínico

Paciente de 3 años de edad, en tratamiento con amoxicilina-clavulánico por una infección respiratoria que presentó al séptimo día; 10-15 minutos después de la última dosis erupción maculopapular, que se inició en las muñecas, el cuello, las nalgas y la zona retroauricular, con posterior generalización. La paciente consultó en el servicio de urgencias, donde recibió tratamiento con antihistamínicos y corticoides, con lo que remitieron los síntomas, y fue dada de alta con observación domiciliaria.

Dos meses más tarde, la paciente acudió por primera vez al servicio de alergia de nuestro hospital, donde se le realizó un hemograma (un 2,6% de eosinófilos), un análisis de la velocidad de sedimentación globular y bioquímico (patrón hepático y re-

nal), con resultados normales, así como la determinación de inmunoglobulina (Ig) E sérica total y frente a peniciloil G, peniciloil V y amoxicilina, con niveles inferiores a 0,35 kU/L, y niveles de IgA, IgG, IgM, complemento C3 y C4, properdina y factor C reactivo dentro del rango de la normalidad.

Se realizaron pruebas cutáneas en *prick* e intradermorreacción a peniciloil G, amoxicilina y amoxicilina-clavulánico, con resultados negativos, por lo que se inició la provocación oral en la consulta, que la paciente toleró hasta 250 mg. Se indicó continuar el tratamiento con amoxicilina-clavulánico 125 mg, cada 12 horas, y la paciente presentó a los 7 días de tratamiento un cuadro de urticaria acompañada de dolor, edema y eritema en los codos, las rodillas y los tobillos (figuras 1-3). Repetida la determinación de IgE específica frente a penicilinas, ésta resultó de nuevo negativa, así como las pruebas epicutáneas (prueba del parche). En el hemograma se puso de manifiesto



Figura 1



Figura 2

una eosinofilia del 12%, y el resto de las pruebas solicitadas (bioquímica, inmunoglobulinas y complemento) fueron normales. La paciente recibió tratamiento con corticoides y antihistamínicos, con lo que mejoró clínicamente en 3 días. Se le diagnosticó reacción adversa a betalactámicos del tipo enfermedad del suero, por lo que se prohibió el uso de penicilinas y derivados.

Discusión

Presentamos un cuadro del tipo enfermedad del suero por amoxicilina-clavulánico en una paciente de 3 años. Las manifestaciones clínicas fueron cutáneas y articulares. Las lesiones aparecieron tras la prueba de provocación oral controlada, tras 7 días de tratamiento. El estudio alergológico resultó negativo en las pruebas cutáneas en *prick*, la intradermorreacción y las pruebas epicutáneas, así como la determinación de IgE total y específica frente a penicilinas.

En conclusión, nos encontramos ante una enfermedad poco frecuente, pero que debemos tener en cuenta ante pacientes



Figura 3

que, siguiendo algún tipo de tratamiento, presentan un cuadro de urticaria, artralgias, linfadenopatías y/o nefritis. El diagnóstico es básicamente clínico, sin que haya ningún dato patognomónico³. Para la realización del diagnóstico de este cuadro hay que tener en cuenta el periodo de latencia, las manifestaciones clínicas, la ausencia de otra causa inmunológica y las alteraciones analíticas (eosinofilia), así como la rápida mejoría tras la retirada del fármaco implicado y el tratamiento con antihistamínicos y corticoides. ■

Bibliografía

1. Yung-Kang C, Shyh-Dar S, Cheng-Yu W. Childhood serum sickness: a case report. *J Microbiol Immunol Infect.* 2001; 34: 220-223.
2. Brucculeri M, Charlton M, Segur D. Serum sickness-like reaction associated with cefazolin. *BMC Clin Pharmacol.* 2006; 6: 3.
3. Sesiones Interhospitalarias Sociedad Madrid-Castilla-La Mancha de Alergología e Inmunología Clínica. N.º 4. Curso 94-95. Madrid: Ediciones Luzán, 1995.