

FARMACODERMIAS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

COMITÉ DE FARMACOVIGILANCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Autores: Agrimbau Vázquez C¹, Carro A², Raiden S

RESUMEN

Las farmacodermias pueden manifestarse de diversas formas clínicas. La mayoría son cuadros leves, pero también pueden presentarse como cuadros graves e incluso fatales.

En estas normas se propone un algoritmo diagnóstico destinado al médico pediatra, incluyendo su definición y las diferentes formas clínicas de aparición, para permitir su rápido reconocimiento y la aplicación del tratamiento adecuado.

DEFINICIÓN

Las farmacodermias se definen como los efectos perjudiciales o indeseados que afectan la piel, mucosas y/o anexos, luego del uso de un fármaco a dosis profiláctica, diagnóstica o terapéutica (1).

CUADRO CLÍNICO

Según la clasificación de Swanson et al (2), las farmacodermias se dividen en Leves o Graves, con características propias de cada presentación (Tabla 1)

Formas Leves o No complicadas (90 a 95 % de los casos)

- Exantemas inducidos por fármacos
- Urticaria inducida por fármacos

Formas Graves o Complicadas (5 % de los casos)

- Reacción a Drogas con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos (Síndrome de Dress)
- Síndrome de Stevens-Johnson/Necrólisis Epidérmica Tóxica (SSJ/NET)
- Shock Anafiláctico
- Pustulosis Exantemática Generalizada Aguda (PEGA)

Tabla 1. Clasificación y presentación de las farmacodermias

Farmacodermias	Leves	Graves
Estado general	Bueno	Regular o malo
Fiebre/síntomas sistémicos	No	Sí
Compromiso cutáneo	Sin signos de gravedad	Con signos de gravedad
Laboratorio	Sin evidencia de afección de otros órganos	Con evidencia de afección de otros órganos

ALGORITMO PARA EL ABORDAJE Y DIAGNÓSTICO DE LAS FARMACODERMIAS

Se proponen los siguientes pasos:

a) Anamnesis

Busca identificar la droga desencadenante. Se debe:

- Descartar causas no farmacológicas (infecciones, síndromes paraneoplásicos o enfermedades autoinmunes) (3)
- Prestar atención a los medicamentos que con mayor frecuencia ocasionan estos cuadros, recordando que cualquier fármaco puede ser responsable (1)

¹ Médica Pediatra . Dermatología. Comité de Farmacovigilancia.

² Médica Pediatra. Toxicología. Comité de Farmacovigilancia.

³ Médica Pediatra. Clínica Médica. Comité de Farmacovigilancia.

- Indagar todos los fármacos incorporados por el paciente en los últimos 3 meses, con fecha precisa entre su administración y la aparición de los síntomas (cada reacción adversa tiene un período de latencia característico, dato clave para su diferenciación)
- Interrogar sobre reacciones previas a medicamentos
- Precisar si existen comorbilidades

b) Examen físico

Se evaluará:

- Compromiso sistémico (estado general, fiebre, adenomegalias)
- Aspecto mucocutáneo, con un examen exhaustivo, para detectar manifestaciones de una farmacodermia grave (Tabla 2)

Tabla 2. Signos de gravedad mucocutánea

Signos de gravedad mucocutánea ⁽⁵⁾		
Ampollas	Pústulas	Lesiones en diana o blanco de tiro
Eritrodermia	Lesiones en mucosas	Edema facial
Dolor cutáneo/ardor	Lesiones purpúricas	Signo de Nikolsky

c) Diagnósticos diferenciales

Se deben considerar (4):

- Infecciones virales y bacterianas
- Enfermedad de Kawasaki
- Síndrome de shock tóxico
- Síndrome inflamatorio multisistémico por SARS-CoV-2
- Colagenopatías
- Síndrome de hipereosinofilia
- Enfermedad injerto contra huésped

d) Estudios complementarios

Orientados a:

- Detectar compromiso sistémico subclínico en las farmacodermias severas (realizar hemograma, hepatograma, glucemia, uremia, creatininemia y orina completa)
- Valorar diagnósticos diferenciales por serologías (parvovirus, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, HHV-6, Mycoplasma), VDRL, hemocultivos, orina completa, PCR, ferritina, lactato deshidrogenasa, creatinin fosfoquinasa, FAN, radiografía de tórax y/o electrocardiograma

CRITERIOS DE INTERNACIÓN DE LAS FARMACODERMIAS (5)

Los mismos son:

- Fiebre o síntomas sistémicos
- Signos de gravedad mucocutánea

En la Tabla 3 se presentan los principales aspectos de las farmacodermias, para poder identificar con rapidez aquellas que revisten gravedad.

Tabla 3. Cuadro comparativo de las farmacodermias

Tipo de Farmacodermia	Cronología de exposición	Características Clínicas	Compromiso sistémico	Laboratorio
Exantemas por fármacos	7 a 14 días ⁽¹⁾	Erupción de tipo máculopapular, eritematosa, con patrones morbiliformes, rubeoliformes y/o escarlatiniformes. No compromete mucosas y no presenta lesiones cutáneas de gravedad	No	Sin alteración
Urticaria y Angioedema	Menos de 36 hs	Habones evanescentes y prurito	No	Sin alteración
Pustulosis Exantemática Aguda	Menos de 48 hs	Pústulas no foliculares, con la base eritematosa, que suelen comenzar en los grandes pliegues.	Sí	Alterados
Síndrome de Dress	2 semanas a 3 meses ^(6,7)	Lesiones cutáneas, con fiebre, edema facial y linfadenopatías	Sí	Alterados
Stevens Johnson y Necrólisis Epidérmica Tóxica	7-21 días	Ampollas, con lesiones en diana y/o purpúricas, erosiones, afección de las mucosas, con signo de Nikolsky. Dolor cutáneo	Sí	Alterados

Fuente: Elaboración propia

TRATAMIENTO

Ante un cuadro clínico compatible con farmacodermia, la primera medida es suspender el o los fármacos sospechosos

- Farmacodermias Leves: en general, se observa evolución favorable, con resolución clínica luego de la suspensión del fármaco. El tratamiento es sintomático con humectantes, antihistamínicos y/o corticoides tópicos
- Farmacodermias Graves: se requiere la inmediata internación del paciente, para su adecuado tratamiento (6,7) (tabla 4)

Tabla 4. Tratamiento de las farmacodermias Graves

<p>Síndrome de Dress</p> <ul style="list-style-type: none"> • suspender la droga ofensora • corticoides sistémicos: meprednisona 0,5 a 2 mg/kg/día por vía oral • la disminución de la dosis debe ser lenta, durante 6 a 12 semanas, para evitar la recurrencia de los síntomas • asociar gammaglobulina ev en los casos de mayor gravedad
<p>PEGA</p> <ul style="list-style-type: none"> • suspender la droga ofensora • la resolución espontánea suele ocurrir en pocos días
<p>Steven Jhonsson</p> <ul style="list-style-type: none"> • suspender la droga ofensora • internación en una unidad de cuidados intensivos o unidad de quemados si el despegamiento epidérmico compromete áreas mayores al 10% de la superficie corporal • manejo del medio interno • aporte adecuado de líquidos endovenosos • corticoides en forma precoz (dentro de las 72 hs) y por un período corto • asociar gammaglobulina ev en las primeras 72 hs • control del dolor • cuidado de las heridas • evaluación por oftalmología

BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Guía de abordaje y manejo inicial de los pacientes con sospecha de reacciones adversas a fármacos. Publicación de la Sociedad Argentina de Dermatología 2020; Año 1, Nº 1.
- 2.** Swanson L, Colven RM.
Approach to the Patient with a Suspected Cutaneous Adverse Drug Reaction. *Med Clin North Am* 2015; 99: 1337-48.
- 3.** Julia Riganti. El rol de las infecciones por herpesvirus-6, herpesvirus-7, virus Epstein-Barr y citomegalovirus en las farmacodermias. *Dermatol Argent* 2014: 17-25.
- 4.** Verónica Rotela Fisch, Celeste Valiente Rebull, Beatriz Di Martino Ortíz, Mirtha Rodríguez Masi, Lourdes Bolla de Lezcano.
Artículo de Revisión. *Farmacodermias. CIMEL* 2016; 21 (2) 42-47.
Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1049474>.
- 5.** Andrea Bettina Cervini, María Marta Buján y Adrián Martín Pierini.
Farmacodermias en la infancia. *Dermatol Argent* 2011; 17 (2): 100-109.
- 6.** Bolte C.
Reacciones medicamentosas severas en piel. *Rev Med Clin Condes* 2011; 22 (6): 757-765.
- 7.** Guías de evaluación, diagnóstico y tratamiento de las reacciones adversas cutáneo mucosas graves más frecuentes. Publicación de la Sociedad Argentina de Dermatología • Año 1 • No 1 Marzo de 2020.