

# SINDROME DE DRESS POR ALOPURINOL EN PACIENTE CON ERC ESTADÍO IV

---

AUTORES: FARBOD GOLNABI DOWLATSHAHI, MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ IBÁÑEZ

CASO CLÍNICO SOMUFARH

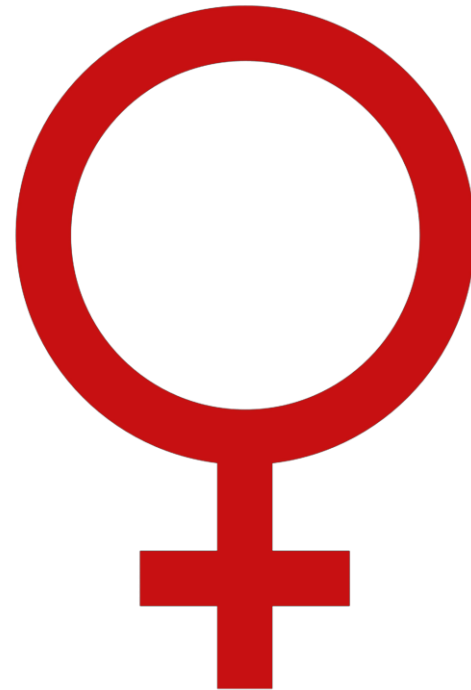
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA



# ANTECEDENTES

---

- 75 años sin AMC
- HTA, DM2 y DLP
- ERC IV
- Miocardiopatía hipertrófica
- Insuficiencia mitral
- HTP severa



- Carcinoma de mama ductal invasivo superado
- Anemia multifactorial

# AL INGRESO

---

Marcada **reacción urticariforme**

Auscultación cardiopulmonar → **Soplos sistólicos**

		23/10/2018
Hematíes	(4,0 – 5,2 x 10 <sup>6</sup> /μL)	3,3
Hemoglobina	(12,0 – 16,0 g/dL)	9,3
Hematocrito	(36,0 – 46,0 %)	28,9
Eosinófilos	(0,00 – 0,50 x 10 <sup>3</sup> /μL)	0,88
Creatinina	(0,50 - 0,90 mg/dL)	2,80

# EVOLUCIÓN CLÍNICA

---

CONSULTA: eritema generalizado

TRATAMIENTO: prednisona y dexclorfeniramina

NO MEJORA: ingreso por urticaria 2º a fármacos

DIAGNÓSTICO: probable toxicodermia por rash cutáneo, fiebre y eosinofilia

ALOPURINOL: posible agente desencadenante

RETIRADA: a la espera de evolución

# EVOLUCIÓN CLÍNICA

---

Anemia y valores de la serie roja: transfusión [hematíes]

Episodios febriles: máx 38,5 °C controlados con paracetamol IV

Prurito: se mantenía a pesar de la medicación

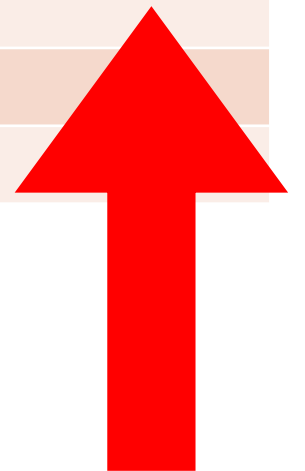
Lesiones cutáneas: se mantenían sin cambios

# EVOLUCIÓN CLÍNICA

---

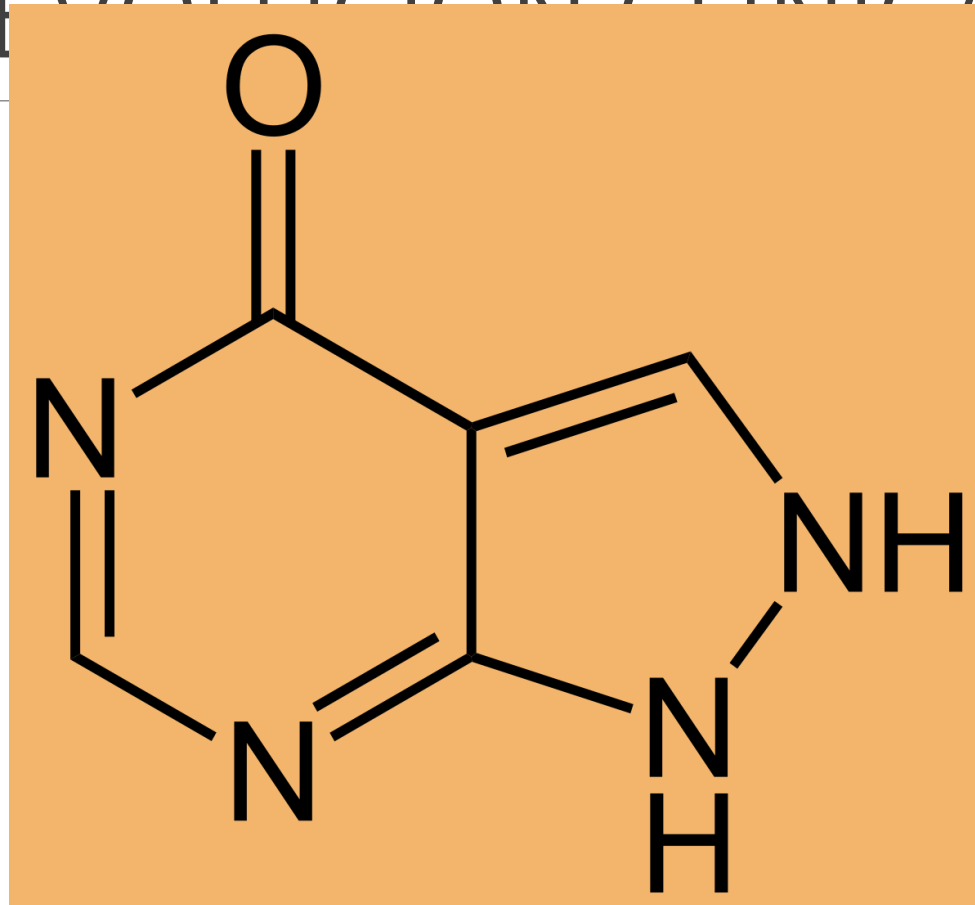
	24/10/2018	29/10/2018
Eosinófilos (0,00 – 0,50 x 10 <sup>3</sup> /μL)	0,81	4,05
GOT (5 - 32 U/L)	24	108
GPT (5 - 33 U/L)	33	137
PCR (0,00 - 0,50 mg/dL)	2,80	4,80

	23/10/2018	25/10/2018	29/10/2018
Metilprednisolona IV	40 mg/12 h	60 mg/24 h	40 mg/ 8 h



# EVOLUCIÓN CLÍNICA

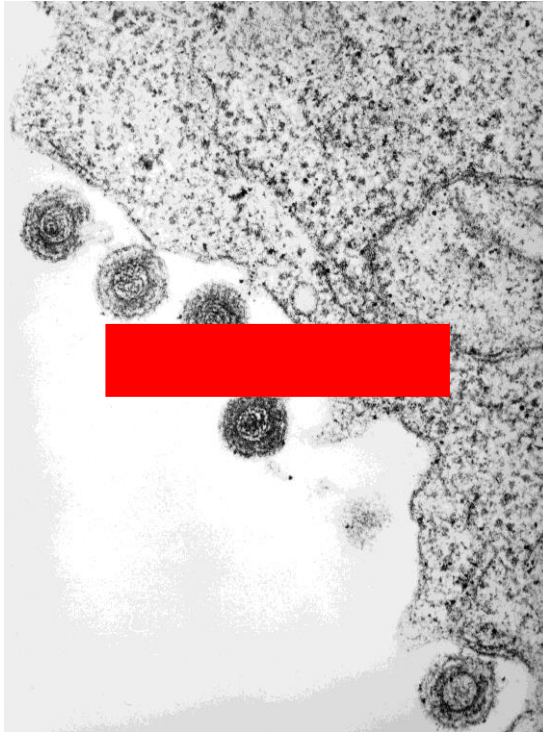
Afectación  
hepática



Probable  
SDM de  
DRESS por  
alopurinol

# EVOLUCIÓN CLÍNICA

---



Bernard Kramarsky (Photographer)

**Monitorización de  
enzimas hepáticas**

**Ecografía abdominal  
no reflejó ningún  
hallazgo**



# EVOLUCIÓN CLÍNICA

La dexclorfeniramina empezó a aliviar el prurito

Hidratación cutánea por prurito cutáneo leve

	29/10/2018	05/11/2018
Eosinófilos (0,00 – 0,50 x 10 <sup>3</sup> /μL)	4,05	0,11
GOT (5 - 32 U/L)	108	50
GPT (5 - 33 U/L)	137	140
PCR (0,00 - 0,50 mg/dL)	4,80	0,86

	29/10/2018	31/10/2018	02/11/2018	05/11/2018
Metilprednisolona IV	40 mg/ 8 h	30 mg/ 8 h	20 mg/8 h	20 mg/12 h



# EVOLUCIÓN CLÍNICA

---

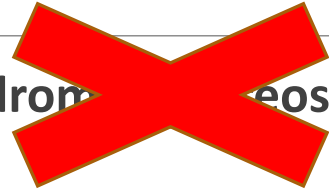
Resolución del cuadro cutáneo



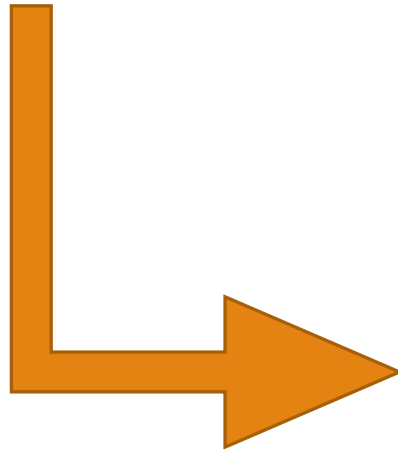
- **Toma de corticoides orales**
- **Disminución de dosis semanal hasta suspender**

# EVOLUCIÓN CLÍNICA

Sospecha de posible síndrome ~~eosinofílico~~



**TOXICODERMIA**

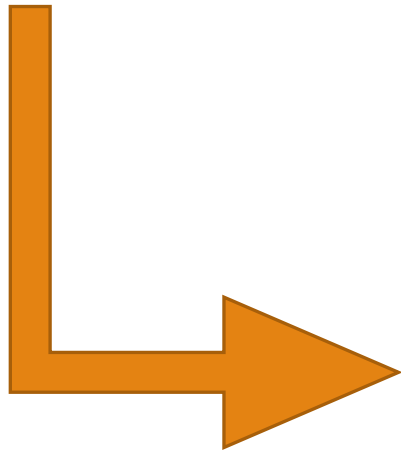


- No persisten elevados el nº de eosinófilos al menos durante 6 meses
- Disminuido el nº de eosinófilos al haber recibido tto

# EVOLUCIÓN CLÍNICA

---

INFORME DE AP



**TOXICODERMIA POR  
ALOPURINOL**

Lesión tipo eritema multiforme

RAM reflejada en próximos informes clínicos como AMC

# DIAGNÓSTICO AL ALTA

---

## **PRINCIPAL:**

- Toxicodermia secundaria a alopurinol (Síndrome de DRESS).
- Enfermedad renal crónica estadio IV, reagudizada en este contexto.

## **SECUNDARIO:**

- Fibrilación auricular paroxística.
- Anemia multifactorial (pérdidas digestivas, ERC IV).
- Miocardiopatía hipertrófica.
- Estenosis aórtica severa sintomática.
- ITU por *E. coli* resuelta.

# SÍNDROME DE DRESS

---

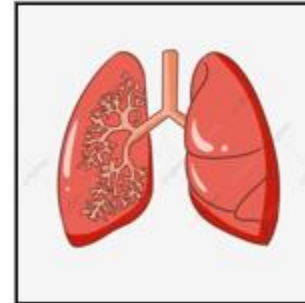
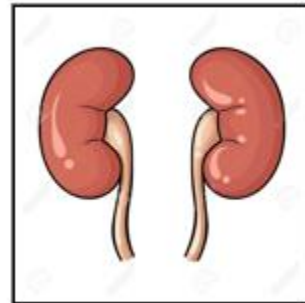
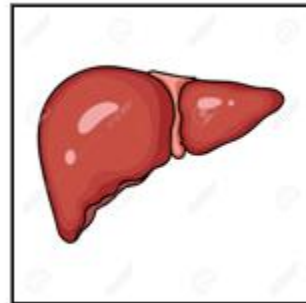
Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms

Rara pero potencialmente **mortal**

# SÍNDROME DE DRESS

- Erupciones cutáneas
- Anormalidades hematológicas
- Linfadenopatías
- Malestar
- Fiebre

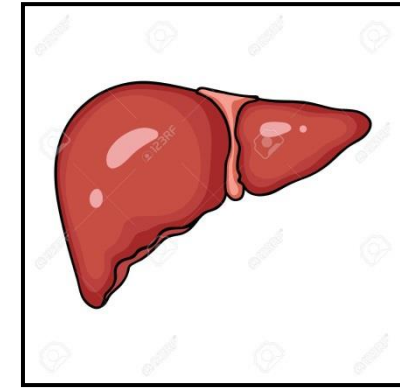
**NO CRITERIO  
CLARO**



# SÍNDROME DE DRESS

---

- ❑ Fuerte respuesta inmune vs fármaco
- ❑ Activación + potente de células T
- ❑ Tiempo de recuperación: 6-9 sem
- ❑ 20%: persiste varios meses
- ❑ Más tiempo si



**LINFOCITOSIS ATÍPICA**



# SÍNDROME DE DRESS

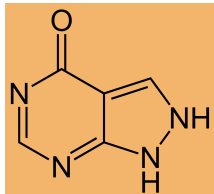
---

Aparición tardía

**Contacto**

**Enfermedad**

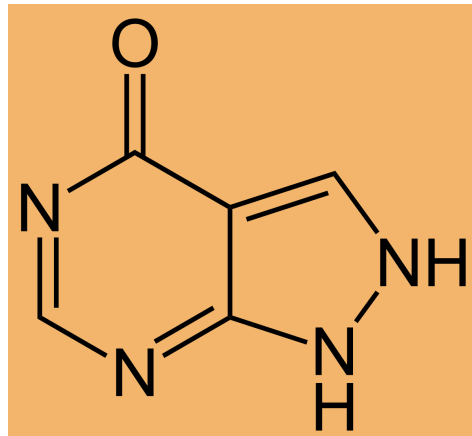
**2-8 semanas**



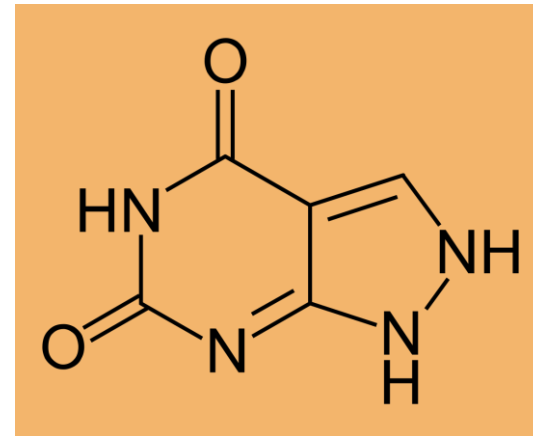
**En el caso clínico**

**Aproximadamente 4 semanas**

# SÍNDROME DE DRESS

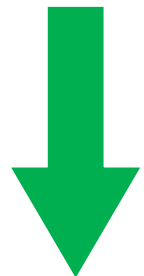


Metabolismo



Inhiben la xantina oxidasa

Ácido úrico



# SÍNDROME DE DRESS

Frecuentemente asociados	Ocasionalmente asociados
Alopurinol	Fenindiona
Carbamazepina	Fluindiona
Lamotrigina	Antibióticos betalactámicos
Fenitoína	Nevirapina
Sulfasalazina	Olanzapina
Vancomicina	Oxcarbazepina
Minociclina	Ranelato de estroncio
Dapsona	Telaprevir
Sulfametoxazol	Lenalidomida
	Fenobarbital

# SÍNDROME DE DRESS

---

## RECAÍDAS

HHV-6

HHV-6



→ 40/29

HHV-6

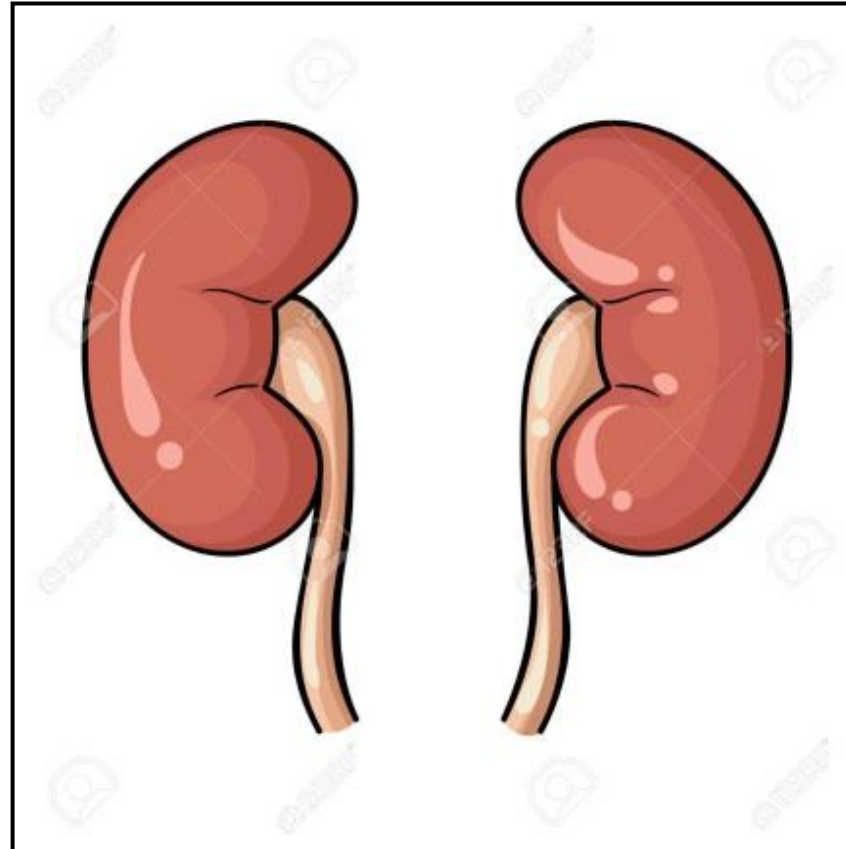
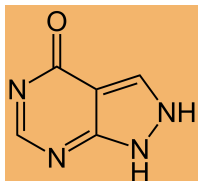
HHV-6

# SÍNDROME DE DRESS

**Nefritis intersticial aguda**



**10-30 % de los casos de DRESS**



**Factores predisponentes:**

- Edad avanzada
- Alteraciones preexistentes de la función renal

# SÍNDROME DE DRESS

---

- ❑ Punto fundamental: **identificar** y **suspender** el medicamento implicado
- ❑ **Notificar** la sospecha de la RAM → **Farmacovigilancia**
- ❑ **Piel dañada**: fluidos, electrolitos y nutrición
- ❑ Si **inflamación** y **prurito**: corticoides tópicos

# SÍNDROME DE DRESS

---

NO AFECTACIÓN SISTÉMICA: sintomático

SI AFECTACIÓN SISTÉMICA...

Fallo hepático agudo:  
trasplante

CONSENSO  
GENERAL

NO ENSAYOS  
ALEATORIZADOS

Fallo renal/pulmonar:  
corticoides sistémicos

0,5 – 2 mg/kg/día  
de prednisona

8-12 semanas



# SÍNDROME DE DRESS

---

- ❑ Ciclosporina vía oral: tratamiento de 2º elección
- ❑ Ganciclovir, foscarnet o cidofovir: no se recomienda su uso
- ❑ Inmunoglobulinas IV: no recomendadas
- ❑ Caso clínico: evolución favorable, con corticoterapia bastó



# CONTRIBUCIÓN FARMACÉUTICA

---

1. Notificar a la AEMPS la RAM (DRESS) causada por alopurinol
2. Seguimiento y validación en paralelo de la medicación pautada durante el ingreso
3. Creación de una alerta de medicación a evitar su prescripción ante futuros ingresos
4. Revisión del historial farmacoterapéutico al ingreso
5. Evaluación de posibles propuestas de asociaciones al tratamiento para diferentes escenarios

GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN

---