

## Carta al Director

### Síndrome de hipersensibilidad a la carbamazepina

#### Sr. Director:

El síndrome de hipersensibilidad por antiepilépticos es una reacción adversa grave que puede cursar con distintas manifestaciones clínicas y suele definirse por la presencia de fiebre, erupción cutánea y afectación de uno o más órganos internos. Se describió inicialmente con antiepilépticos aromáticos como fenitoína, carbamazepina, fenobarbital y primidona. Su incidencia se sitúa alrededor de un caso por cada 1.000-10.000 expuestos. Se ha calculado mediante el análisis de una base de datos poblacional el riesgo de síndrome de hipersensibilidad por carbamazepina de 1,0 a 4,1 por cada 10.000<sup>1</sup>.

Es un tipo de farmacodermia idiosincrática potencialmente fatal que se produce entre una y ocho semanas después de la exposición al fármaco<sup>2</sup>. La fiebre suele ser el signo inicial. En el 70 al 90% de los casos, entre las 24 y 48 h se detectan linfadenopatías y afección cutánea, a menudo en forma de exantema maculopapular confluyente y pruriginoso. En más de la mitad de los pacientes existe alguna forma de afección hepática y/o alteraciones hematológicas (linfocitosis atípica o eosinofilia). Otras posibles manifestaciones sistémicas son artromialgias, edema facial y distintas formas de afección renal, pulmonar o del sistema nervioso central. La mortalidad se sitúa en un 10%, y la causa más frecuente es la insuficiencia hepática. En los pacientes con hepatitis grave e ictericia, la mortalidad aumenta de un 12 a un 50%. A continuación exponemos un caso de síndrome de hipersensibilidad a la carbamazepina.

Mujer de 43 años que acude por presentar desde hacía 5 días fiebre moderada, malestar general y erupción cutánea generalizada muy pruriginosa. Entre sus antecedentes destacaba haber sido diagnosticada hacía 15 días de presunta neuralgia del trigémino y habría indicado tratamiento con carbamazepina a dosis de 200 mg/8 horas. Previamente había sido atendida en otro centro hospitalario y diagnosticada de reacción urticariforme. En la exploración destacaba temperatura axilar de 38°C, edema frontal y periorbitario, exantema maculopapular generalizado afectando a palmas y plantas pruriginoso, no afectación de mucosas, adenopatías laterocervicales, axilares e inguinales dolorosas, auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. En las pruebas complementarias se observó en el hemograma 20% de linfocitos atípicos, as-

partatoaminotransferasa 450 UI/l, alaninoaminotransferasa 1.288 UI/l, gammaglutamiltransferasa 367 UI/l, lácticodeshidrogenasa 694 UI/l; pruebas de coagulación, inmunoglobulinas y pruebas funcionales tiroideas normales, así como el resto de parámetros bioquímicos. Los marcadores de infección frente a los virus de hepatitis fueron negativos. El estudio serológico frente a citomegalovirus y virus de Epstein-Barr descartó la infección reciente. La radiología de tórax, el electrocardiograma y la ecografía abdominal fueron normales. Se retiró la carbamazepina y se inició tratamiento con antihistamínicos y glucocorticoides por vía intravenosa. La fiebre remitió al segundo día y el tamaño de las adenopatías fue disminuyendo progresivamente. En el transcurso de su estancia el exantema fue sustituido por una descamación progresiva y la biología hepática se normalizó por completo, y fue dada de alta a los doce días en buena situación clínica.

El caso descrito cumple los criterios diagnósticos del síndrome de hipersensibilidad a los antiepilépticos<sup>3</sup>. Dado que la presentación clínica es variada es importante mantener un alto índice de sospecha ya que si el diagnóstico es rápido y se retira el fármaco el paciente suele mejorar en días o semanas. Hay que destacar que, dada la elevada incidencia de reacciones cruzadas entre los antiepilépticos mencionados, de alrededor de un 80%, se desaconseja su uso en pacientes que han presentado este síndrome<sup>1</sup>. También es importante destacar que los familiares en primer grado de pacientes que desarrollaron el síndrome tienen un riesgo cuatro veces mayor a la población general de susceptibilidad a estos fármacos, por lo que debe realizarse el correspondiente asesoramiento familiar<sup>4</sup>.

1- Durán M, Danés I. Síndrome de hipersensibilidad por antiepilépticos. *Med Clin (Barc)* 2001;116:155-6.

2- Sulivan JR, Shear NH. The drug hypersensitivity syndrome: what is the pathogenesis? *Arch Dermatol* 2001;137:357-64.

3- Bocquet H, Bagot M, Roujeau JC. Drug induced pseudolinfoma and drug hypersensitivity (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms). *Sem Cutan Med Surg* 1996;15:250.

4- Moreno M, Díaz M, Dancziger E, Kaminsky A. Síndrome de hipersensibilidad. *Dermatol Peru* 2004;14:44-51.

**D. Vicente Fuentes, F. Bonilla Rovira,  
J. A. Gutiérrez Navarro, C. Barceló Iglesias**  
*Servicio de Urgencias.  
Hospital General Universitario de Elche. Alicante.*