

Exantema fijo medicamentoso por etoricoxib con tolerancia a celecoxib. Utilidad de las pruebas epicutáneas

Fixed Drug Eruption Due to Etoricoxib in a Patient With Tolerance to Celecoxib: The Value of Patch Testing

El etoricoxib es un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) inhibidor de la ciclooxigenasa 2 (cox 2), recientemente introducido en el mercado y ampliamente utilizado. Se ha visto implicado en diversas reacciones cutáneas, habiéndose descrito como causa poco frecuente de exantema fijo medicamentoso. A continuación presentamos un nuevo caso confirmado mediante pruebas epicutáneas.

Se trata de una mujer de 32 años, sin antecedentes alergológicos de interés, que acudió a nuestra consulta para la valoración de una placa eritematosa en la cara cubital de la mano izquierda, de 1,5 cm, con sensación de prurito y dolor. La lesión había involucionado dejando una ligera pigmentación residual. Refería otros 2 episodios previos similares en la misma localización en los últimos 3 meses. La paciente había tomado diversos analgésicos en los episodios de dolor causados por una hernia de disco. Dichos fármacos eran ibuprofeno, el cual había vuelto a tomar tras la última reacción cutánea sin problemas, y etoricoxib, que había comenzado a tomar desde hacía 3 meses. Dos meses después del último episodio se realizaron pruebas epicutáneas sobre la piel normal con la batería estándar del Grupo español de investigación en dermatitis de contacto y alergia cutánea (GEIDAC), una batería de AINE (Martitor[®]) con celecoxib y con etoricoxib (ambos al 10% en vaselina) con resultados negativos. Además se parcheó etoricoxib al 10% en la piel lesional obteniéndose resultados positivos (++) a las 48 y 96 h (fig. 1). Posteriormente se parcheó celecoxib en piel con lesión previa con resultados negativos, procediéndose después a la administración controlada de celecoxib oral sin objetivarse ninguna reacción adversa durante la provocación, ni posteriormente cuando lo ha tomado de forma pautada a las dosis habituales.



Figura 1 Prueba epicutánea positiva con etoricoxib al 10% vaselina en la zona previamente afectada por el exantema fijo medicamentoso.

El etoricoxib combina una alta actividad antiinflamatoria con un buen perfil de seguridad. Al igual que otros fármacos de su misma familia, como el celecoxib, se ha implicado en diversas reacciones cutáneas, aunque de forma mucho menos frecuente. Se han descrito casos asociados a urticaria/angioedema¹, pustulosis exantemática generalizada², eritema exudativo multiforme³, necrólisis epidérmica tóxica⁴ y exantema fijo medicamentoso⁵⁻⁹.

El exantema fijo medicamentoso es una reacción cutánea poco frecuente en la que se han implicado numerosos fármacos, estando los AINE entre los más frecuentes^{10,11}. Con el desarrollo de los AINE inhibidores de la cox 2 se han descrito asimismo exantemas fijos secundarios a dichos fármacos, aunque en el caso del etoricoxib solo hay 6 casos publicados⁵⁻⁹. El diagnóstico se realiza por la historia clínica y las lesiones cutáneas características: una o varias lesiones eritematosas bien delimitadas, en ocasiones con afectación de mucosas, que se inician poco tiempo después de la ingesta del fármaco causal y que típicamente recidivan en la misma localización al reintroducir el agente responsable. Sin embargo, el diagnóstico etiológico en ocasiones se complica, pues el paciente puede estar tomando numerosos fármacos o puede haber tomado algún medicamento de forma inadvertida o que no recuerde. En estos casos la provocación oral es el patrón oro para realizar el diagnóstico, pero no está exento de riesgos, en ocasiones graves. Por ello las pruebas epicutáneas constituyen una alternativa válida, pues es un método diagnóstico seguro y no invasivo. Dichas pruebas deben realizarse, transcurridas al menos 6 semanas de la resolución del cuadro, sobre la piel sana y la piel de la lesión previa, que es donde suelen obtenerse los resultados positivos, siendo excepcional la positividad en piel sana. La sensibilidad de la prueba es variable en función de la concentración, vehículo utilizado, zona afectada, pero sobre todo en función de la sustancia testada. En un estudio retrospectivo realizado sobre 52 pacientes se objetivó una reacción positiva en 21 pacientes (40%), en todos únicamente en la piel afectada previamente y todos excepto uno únicamente con AINE¹⁰. La negatividad de la prueba no excluye el diagnóstico ni la implicación del fármaco sospechoso, pero cuando es positiva confirma el diagnóstico, evitando la provocación oral y sus riesgos asociados.

En nuestro caso la imputabilidad se vio confirmada con la prueba del parche. Otra molécula farmacológicamente similar, como el celecoxib, estructuralmente es distinta, pues pertenece a la familia de las sulfonamidas, mientras que el etoricoxib es una biperidina sustituida. Por ello el resultado negativo tras la prueba epicutánea con celecoxib permitió realizar posteriormente una prueba de provocación oral, permitiendo una alternativa terapéutica segura. Este caso ilustra la utilidad de estas pruebas en el estudio de ciertas reacciones adversas medicamentosas, como el exantema fijo medicamentoso.

Bibliografía

1. Venturini Díaz M, San Juan de la Parra S, Segura Arazuri N. Selective immediate hypersensitivity to etoricoxib. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2008;18:485-7.
2. Mäkelä L, Lammintausta K. Etoricoxib-induced acute generalized exanthematous pustulosis. *Acta Derm Venereol.* 2008;88:200-1.

3. Thirion L, Nikkels AF, Piérard GE. Etoricoxib-induced erythema-multiforme-like eruption. *Dermatology*. 2008;216:227-8.
 4. Kreft B, Wohlrab J, Bramsiepe I, Eismann R, Winkler M, Marsch WC. Etoricoxib-induced toxic epidermal necrolysis: successful treatment with infliximab. *J Dermatol*. 2010;37:904-6.
 5. Augustine M, Sharma P, Stephen J, Jayaseelan E. Fixed drug eruption and generalised erythema following etoricoxib. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2006;72:307-9.
 6. Duarte AF, Correia O, Azevedo R, Palmares MD, Delgado L. Bullous fixed drug eruption to etoricoxib—further evidence of intraepidermal CD8+ T cell involvement. *Eur J Dermatol*. 2010;20:236-8.
 7. Calistru AM, Cunha AP, Nogueira A, Azevedo F. Etoricoxib-induced fixed drug eruption with positive lesional patch tests. *Cutan Ocul Toxicol*. 2011;30:154.
 8. Andrade P, Gonçalo M. Fixed drug eruption caused by etoricoxib—2 cases confirmed by patch testing. *Contact Dermatitis*. 2011;64:110-20.
 9. Ponce V, Muñoz-Bellido F, Moreno E, Laffond E, González A, Dávila I. Fixed drug eruption caused by etoricoxib with tolerance to celecoxib and parecoxib. *Contact Dermatitis*. 2012;66:106-12.
 10. Andrade P, Brinca A, Gonçalo M. Patch testing in fixed drug eruptions—a 20-year review. *Contact Dermatitis*. 2011;65:195-201.
 11. Brahimi N, Routier E, Raison-Peyron N, Tronquoy AF, Pouget-Jasson C, Amarger S, et al. A three-year-analysis of fixed drug eruptions in hospital settings in France. *Eur J Dermatol*. 2010;20:461-4.
- E. Gómez de la Fuente*, A. Pampín Franco,
D. Caro Gutiérrez y J.L. López Estebanz
- Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España*
- *Autor para correspondencia.
Correo electrónico: egomezf@fhalcorcon.es
(E. Gómez de la Fuente).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.04.008>

Dermatomiofibroma en la nuca: descripción de 2 casos en la edad pediátrica

Dermatomyofibroma on the Nape of the Neck: A Report of 2 Pediatric Cases

El dermatomiofibroma es un raro tumor benigno de estirpe miofibroblástica descrito por primera vez en la literatura como «fibromatosis en placa»¹. Es más frecuente en mujeres jóvenes, pero se ha descrito ocasionalmente en la edad pediátrica. Una revisión publicada recientemente² recoge un total de 34 casos en niños. Presentamos 2 casos pediátricos (figs. 1A y B) diagnosticados y tratados recientemente en nuestro hospital, que refuerzan el carácter benigno de la lesión, y la predilección del tumor por asentar en el área cervical.

El caso 1 corresponde a un varón de 5 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, remitido al dermatólogo para la valoración de una tumoración en la nuca (fig. 1A) que sus padres habían advertido desde hacía aproximadamente 6 meses. Relataban que había aparecido sin un traumatismo previo. La lesión era más palpable que visible, asintomática, y de 0,6 cm de diámetro máximo.

Una biopsia en sacabocados del centro de la lesión evidenció una hiperplasia epidérmica con hiperpigmentación discreta de la capa basal. Afectando todo el grosor dérmico se observó una proliferación fusocelular de patrón fascicular, con ejes dispuestos predominantemente de forma paralela a la epidermis, poco celular, sin atipia citológica ni figuras mitóticas. Las células fusiformes presentaban núcleos discretamente ondulados (fig. 2A y B). No se observaban glóbulos hialinos en su citoplasma. El estudio inmunohistoquímico para la proteína s100, actina de músculo liso, actina muscular específica, desmina, Caldesmon y CD34 resultó negativo. Posteriormente, una extirpación completa de la lesión confirmó idénticos hallazgos histopatológicos.

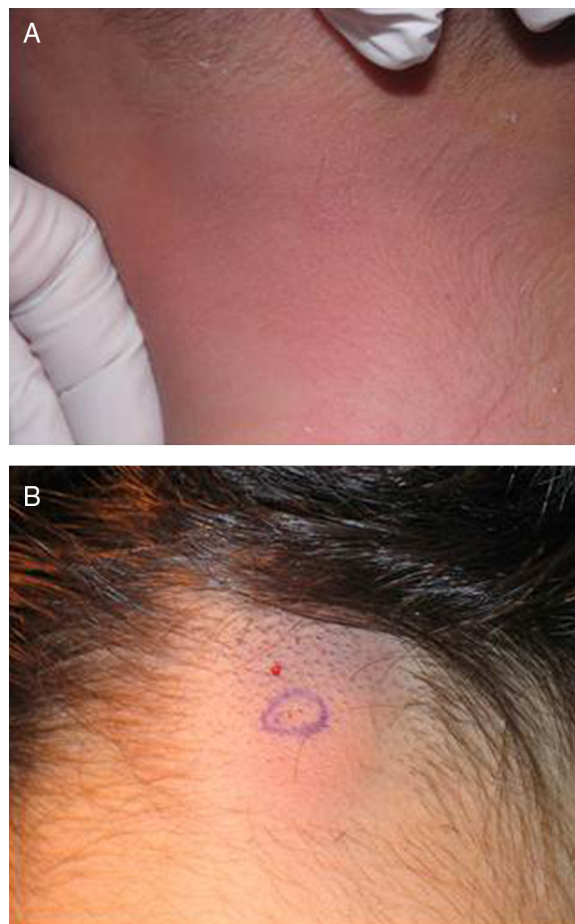


Figura 1 Imagen clínica de la tumoración en la nuca en el caso 1 (A) y en el caso 2 (B).