



Zafirlukast en eczema severo con hiper IgE. Reporte de un caso

Dra. Ana Luisa López,* Dr. Gerardo López**

Masculino de 34 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia.

Antecedentes familiares

Historia familiar de atopia: Madre de 60 años con asma bronquial y hermano de 20 años con rinitis alérgica perenne y asma bronquial.

Antecedentes patológicos

Tabaquismo pasivo de ++, de 5 años de evolución.
Convive con mascota (perro) dentro de la casa desde hace 3 años.

Padecimiento actual

Acude por primera vez a consulta el día 26 de junio de 1997.

Refiere inicio del padecimiento desde los 12 años de edad caracterizado por prurito generalizado en piel de predominio nocturno, exacerbándose con la exposición a clima caliente, humo de cigarro e irritantes ambientales.

Desde el inicio de los síntomas ha recibido múltiples tratamientos a base de: lociones y aceites lubricantes, esteroides tópicos fluorinados y no fluorinados, antihistamínicos orales de primera y segunda generación e inclusive ansiolíticos.

Se menciona historia de infecciones de repetición en piel de predominio en regiones retroauriculares, pabellones auriculares, cuello y dorso de ambas manos así como aparición de pequeños abscesos a nivel de frentes (ceja izquierda) y regiones submaxilares de aproximadamente 1 cm que responden al tratamiento con dicloxacilina por vía oral durante 10 a 15 días.

El paciente refiere síntomas riniticos: obstrucción nasal bilateral leve, prurito, estornudos matutinos en salva y rinorrea acuosa escasa durante el otoño e inicio del invierno, así como afección ocular: prurito, epifora y fotofobia.

Existe hipersensibilidad al piquete de mosquito. Historia de dermatitis de contacto al níquel.

Exploración física (Inicial)

Peso 70 kg; Talla 1.78; Pulso 65/min; T/A 120/80

Ojos: Ojeras, enrojecimiento ocular bilateral +, párpados con línea de Dennie-Morgan bilateral.

Nariz: Septum central, ensanchamiento del dorso de la nariz, surco nasal, mucosa nasal pálida, cornetes inferiores hipertrofiados y pálidos +.

Faringe normal.

Oídos: Membrana timpánica de coloración normal, prueba de diapasones normal.

Cara y cuello: Presencia de abscesos pequeños de aproximadamente 1 cm en frente (ceja izquierda) y en cóndilo maxilar izquierdo. Abscesos pequeños de 0.5 cm a nivel de región submaxilar izquierda, móviles y dolorosos a la palpación.

Adenomegalias cervicales de aproximadamente 0.5 cm bilaterales.

Piel: Eritema, xerosis, liquenificación e hiperpigmentación de predominio en cuello, ambas muñecas y áreas de flexión de extremidades superiores, tobillos con marcadas lesiones maculopapulares y huellas de sangrado por rascado continuo.

Secreción mielocérica a nivel de pabellones auriculares. Queratosis pilaris a nivel de cara externa de ambos brazos.

Laboratorio

Citología nasal: Eosinófilos ++++

Biometría hemática: Hb 12g/dL, Hto 34%, leucocitos 12,000, linfocitos 35%, monocitos 8%, neutrófilos 40%, plaquetas 502,000 mm³, eosinófilos 6%.

* Alergóloga, COMAAIPE.

** Alergólogo-Infectólogo, Pediatra. Instituto Nacional de Pediatría y Servicio de Pediatría del Hospital General de México.



Exudado faríngeo: Flora normal. EGO normal.
IgE total: 3,000 UI/mL (N 4-59 UI/mL)
RAST adjunto el resultado.

Pruebas cutáneas: (BAYER)

4+ (20 mm) capriola, rye grass, blue grass, fescue, orchard grass, oats, oak, cottonwood, house dust, Dermatophagoides farinae, 2+ (10 mm) naranja, puerco, arroz y chocolate.

Tratamiento

29 Oct 97-a la actualidad 18 agosto 98 Zafirlukast a 20 mg cada 12 h, loratadina 10 mg al día en caso de exacerbaciones por prurito intenso.

Cuidados de piel con lactaderm shampoo. Lacticare, Aquanil.

Fucidina tópica en caso de impétigo.

Eclipsol 50 (pantalla solar) 2 ó 3 veces al día.

Westcort al 0.025% por 5 a 7 días sólo en caso necesario y lo utiliza aisladamente 1 ó 2 veces por mes, durante 3 a 5 días.

Vit C 1,500 mg al día indefinidamente.

Azelastina tópica nasal para manejo de rinitis alérgica estacional.

Nedocromil oftálmico cada 12 h para control de síntomas oculares.

La respuesta al manejo con zafirlukast ha sido excelente, de tal manera que el paciente no requiere de esteroides sistémicos por vía oral, como anteriormente y se refleja en la mejoría de las lesiones con disminución importante de liquenificación y disminución de prurito, sin presentar desde hace 7 meses no más abscesos en piel.

Este caso ilustra el efecto benéfico clínico de Zafirlukast en eczema severo con Hiper IgE.

Tratamiento con < inmunoterapia: Southern grass mix, house dust, y derma farinae glicerizados de Bayer. Así como MRV 2 veces por semana.