



Amaya Torres M.C.; Gómez López M.M.; Oneto Romero R.M.; Gómez Fernández J.C.; Centeno Fernández J.; López Benítez C.
Dispositivo de Cuidados Críticos Y Urgencias , Unidad de Gestión Clínica Cádiz- Bahía – La Janda.
mariaac.amaya.sspa@juntadeandalucia.es.

Nº 409

ESTOMATITIS AFTOSA MEDICAMENTOSA

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las reacciones adversas se deben a antineoplásicos y antiinflamatorios no esteroideos, han aumentado por la automedicación y la mayor incidencia de pacientes pluripatológicos. El diagnóstico es complejo ya que no existe examen específico y se basa en el historial médico



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer 52 años, antecedentes: hipotiroidismo, comienza con odinofagia, disfagia y fiebre. Exploración física: orofarínge: exudado amigdalár e hipertrofia, adenopatía cervical derecha, inicia tratamiento con cefuroxima e ibuprofeno. A los tres días consulta por mala evolución con aumento de odinofagia y fiebre, en la exploración de orofarínge: a nivel de paladar blando izquierdo lesión ulcerada, bordes irregulares con depresión central profunda blanquecina de un centímetro de diámetro, se deriva a otorrino quien suspende tratamiento por sospecha de ibuprofeno como agente causal indicando enjuagues con agua/agua oxigenada en proporción 50/50. En revisión a los 15 días la úlcera a mejorado pero persiste por lo que se indica biopsia para descartar otras causas: neoplásicas, enfermedades sistémicas siendo ésta negativa. Resolución en un mes observándose cicatriz con área de hipocromía.

ESTRATEGIA DE ACTUACIÓN

Debido al aumento de la incidencia se debe hacer detección, evaluación y prevención de riesgos asociados a los medicamentos y notificarlo. Ante la sospecha realizar anamnesis para identificar el fármaco responsable, en reacciones de tipo agudo y utilización puntual del medicamento es fácil la relación causa-efecto, en muchos casos el tiempo transcurrido entre la toma y la aparición de las lesiones o la existencia de polimedición dificultan el diagnóstico. No existe un tratamiento específico ya que suelen ser resistentes a los tratamientos habituales y la eliminación de agente agresor resuelve las lesiones, en caso de persistir más de tres semanas se debe indicar biopsia.

BIBLIOGRAFÍA

- Bruce AJ, Rogers RS. Acute oral ulcers. Dermatol Clin. 2003;21:1-15.
- Abdollahi M, Radfar M. A review of drug-induced oral reactions. J Contemp Dent Pract. 2003;41:10-31.
- Fermiano F, Ianza A, Buonauto C, Gombos F, Ruillo R, Festa V, et al. Oral manifestations of adverse drug reactions: guidelines. JEADV 2008, 22:681-691