

Caso clínico**Fotodermatitis de contacto por ketoprofeno y piketropofeno**

M. T. Gracia Bara, V. Matheu, A. Pérez Montero,
M. P. Díaz Jara, M. I. Martínez Molero y L. Zapatero

Sección de Alergia Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

El ketoprofeno y piketoprofeno son dos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) pertenecientes a la familia de los propiónicos, ampliamente utilizados como antiinflamatorios tópicos. Se presenta el caso de una niña que sufrió reacciones cutáneas tras el uso de preparados tópicos que contenían estos fármacos. El estudio realizado demostró positividad de fotoparches con ketoprofeno y piketoprofeno. Cuando se usan este tipo de preparados, se debería recomendar evitar la exposición solar.

PALABRAS CLAVE: Fotodermatitis / Arilpropiónicos / Ketoprofeno / Piketoprofeno.

Contact Photodermatitis due to Ketoprofen and Piketoprofen

Ketoprofen and piketoprofen are nonsteroidal anti-inflammatory drugs (arylpropionic acid derivatives) extensively used as topical anti-inflammatory agents. The case of a girl who developed cutaneous reactions after the topical use of creams that contained these substances is reported. Photopatch tests with ketoprofen and piketoprofen were positive. When this type of topical preparations are used, it should be recommended to avoid exposure to sunlight.

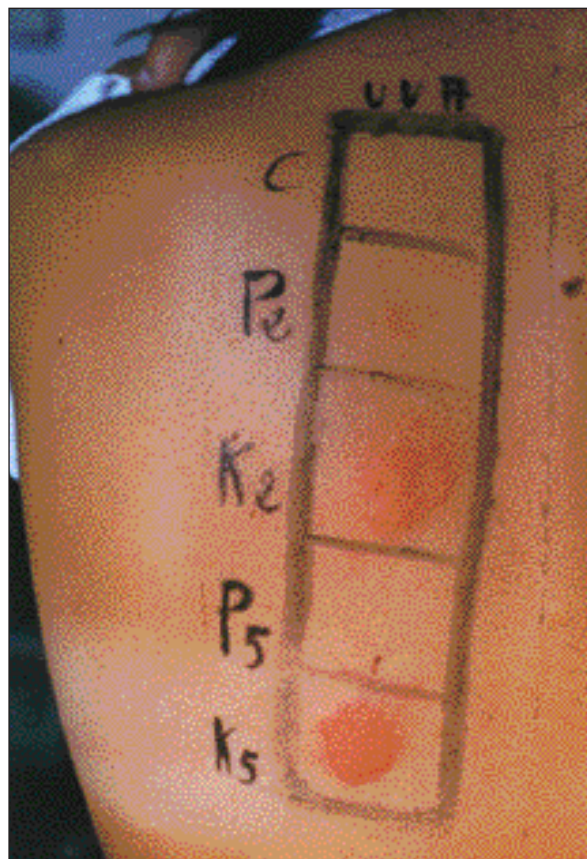
KEY WORDS: Photodermatitis / Arylpropionic acid / Ketoprofen / Piketoprofen.

Ketoprofeno y piketoprofeno son dos analgésicos no esteroideos (AINEs) incluidos dentro del subgrupo de los arilpropiónicos. Su forma de presentación tópica es muy utilizada como tratamiento en reumatismos y traumatismos musculoesqueléticos. La ventaja de esta vía de administración es, además de su comodidad, la escasa aparición de efectos adversos sistémicos. Se han descrito casos de dermatitis de contacto y fotodermatitis, sobre todo estas últimas en países del área mediterránea o en aquellos donde existe una mayor exposición a las radiaciones solares¹⁻¹⁰.

Se presenta el caso de una niña que acudió a la consulta de alergia infantil refiriendo la aparición de tres importantes reacciones locales tras el uso de geles dermatológicos que contenían estos AINEs en su formulación.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 14 años de edad, cuyo único antecedente personal de interés era el de dermatitis atópica unos años antes. Consultaba porque tres días después de la administración en la rodilla de Fastum® gel (alcohol etílico, carbomero, dietanolamina, esencia de lavanda, parahidroxibenzoato de metilo, parahidroxibenzoato de propilo y ketoprofeno) por un traumatismo y tras exposición solar, presentó, en la zona de aplicación, eritema, edema, calor local y pequeñas máculas con prurito y escozor. Por este motivo se trató inicialmente con antihistamínicos y corticoide tópico, con lo que la mejoría fue discreta. Se procedió al tratamiento con 6-metil prednisolona oral y las lesiones desaparecieron en 20 días. Meses más tarde, unas horas después de administrarle el mismo preparado a otra persona,



aparecieron en los dedos de las manos vesículas pruriginosas que posteriormente evolucionaron a edema y eritema intenso. Este segundo cuadro remitió en unos días con tratamiento corticoideo tópico y antihistamínicos orales. El tercer episodio ocurrió con la aplicación de Calmatel® gel (hidróxido propilcelulosa, propilenglicol, esencia de lavanda, alcohol etílico y piketropofeno) en el cuello y consistió de nuevo en la aparición de intensa reacción dermatológica local de características similares que también precisó tratamiento.

En la historia alérgica no había otros posibles agentes exógenos implicados en la aparición de estas reacciones locales. Tampoco refería problemas dermatológicos tras la aplicación de otros preparados tópicos, cosméticos o colonias y nunca había tenido problemas con otros fármacos; después de la reacción toleró el ácido acetil salicílico y el paracetamol.

Tras la firma del consentimiento informado por parte de sus padres se inició el estudio alérgico

con la realización de pruebas epicutáneas con baterías estándar de contactantes y los componentes de ambos geles (excipientes y principio activo). Se hizo una lectura inmediata, a las 24, 48 y 72 horas. Todas ellas fueron negativas excepto la mezcla de perfumes y la lavanda que resultó positiva a las 48 y 72 horas. Posteriormente se testó con fotoparches de piketropofeno y ketoprofeno al 2 y 5%. Se radió la zona de la espalda donde se aplicaron los fotoparches con 10 J/cm² de radiación UVA, según la técnica habitual. En la otra parte de la espalda se repitió la prueba con los mismos parches como control, sin someterlos a radiación. La lectura de fotoparches fue a las 48, 72 y 96 horas, el piketropofeno al 2% resultó negativo a las 48 horas y positivo a las 72 horas y 96 horas y en el ketoprofeno a ambas concentraciones fue intensamente positivo a los mismos tiempos de lectura (Fig 1). Asimismo, en la parte de la espalda no expuesta a la radiación UVA, todos fueron negativos a las 48 y 72 horas y se

positivizaron piketoprofeno y ketoprofeno al 2% y al 5% a las 96 horas.

DISCUSIÓN

Se trata de un caso de fotodermatitis de contacto en una niña en la que la clínica y la positividad de las pruebas cutáneas sugieren reactividad cruzada entre ambos AINEs. Al revisar la literatura no se ha encontrado este tipo de reacciones en la edad infantil; quizás ello esté en relación con una menor utilización de este tipo de preparados en los niños, ya que en ellos es menos frecuente la patología articular. Es llamativo en esta niña la intensidad del cuadro, que precisó corticoides orales para su resolución.

Debido a que refería haber tolerado paracetamol y ácido acetilsalicílico no se realizaron provocaciones con otros AINEs y se le prohibió exclusivamente el grupo de los arilpropiónicos.

La aparición de pruebas cutáneas positivas para lavanda y esencia de perfumes no se acompañaba de síntomas en la paciente con el uso de diferentes colonias y perfumes. Probablemente se trate de reactividad cruzada en relación con el grupo ketónico que existe en el ketoprofeno y en la molécula de aldehído cinámico que forma parte de la mezcla de perfumes¹¹.

Dada la relativa alta frecuencia de reacciones dermatológicas, sobre todo tras la exposición a radiaciones solares, cuando se usan este tipo de preparados, se debería recomendar evitar la exposición solar durante los tratamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alomar A. Ketoprofen photodermatitis. *Contact Dermatitis* 1985; 12: 112-113.
2. Camarasa JG. Contact dermatitis to ketoprofen. *Contact Dermatitis* 1986; 14: 120-122.
3. Cusano F, Rafanelli A, Bacchilega R, Errico G. Photocontact dermatitis from ketoprofen. *Contact Dermatitis* 1987; 17: 108-109.
4. Mozzanica N, Pucci M, Pigatto PD. Contact Allergy from Ketoprofen. *Contact Dermatitis* 1987; 17: 325-326.
5. Lanzarini M, Bardazzi F, Morelli R, Reggiani M. Contact allergy to ketoprofen. *Contact Dermatitis* 1989; 21: 51.
6. Romaguera C, Grimalt F, Vilaplana J, Palou J. Subclinical contact dermatitis from ketoprofen. *Contact Dermatitis* 1989; 20: 310-311.
7. Tosti A, Gaddoni G, Valeri F, Bardazzi F. Contact allergy to ketoprofen: report of 7 cases. *Contact Dermatitis* 1990; 23: 112-113.
8. Mozzanica N, Pigatto PL. Contact and photocontact allergy to ketoprofen: clinical and experimental study. *Contact Dermatitis* 1990; 23: 336-340.
9. Mastrodonato M, Loconsole F, Rantuccio F. Conjugal allergic contact dermatitis from ketoprofen. *Contact Dermatitis* 1994; 30: 110.
10. Navarro LA, Jorro G, Morales C, Peláez A. Allergic Contact dermatitis due to piketoprofen. *Contact Dermatitis* 1995; 32: 181.
11. Pigatto P, Bigardi A, Legori A, Valsecchi R, Picardo M. Cross-reactions in patch testing and photopatch testing with ketoprofen, thiaprophenic acid, and cinnamic aldehyde. *Am J Contact Dermatol* 1996; 7: 220-223.

M^a T. Gracia Bara
Sección de Alergia Infantil
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
C/ Doctor Esquerdo 46
28007 Madrid