



Reacción de broncoespasmo y urticaria tras la administración tópica de un preparado de ketoprofeno

Sr. Director: Ultimamente han aparecido en el mercado farmacéutico español diferentes preparados tópicos a base de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), con el fin de sustituir en ciertos casos a la vía general, con lo cual poder reducir la incidencia de efectos secundarios (principalmente gastrointestinales)¹, de este tipo de preparados. Por otra parte, si bien todos los AINE pueden inducir reacciones de hipersensibilidad (cutánea y/o de broncoespasmo) tras su administración por vía general en relación con el efecto que ejercen sobre la inhibición de la síntesis de prostaglandinas², la aparición conjunta de ambas reacciones en pacientes afectos de asma y atopia rinofaríngea, es baja, del orden del 2 % según una reciente serie³.

Mucho más rara (y creemos que por ahora no descrita en la literatura) es la producción de ambas reacciones de hipersensibilidad (cutánea y bronquial) en un sujeto afecto de asma y atopia rinofaríngea, tras la administración tópica de un preparado conteniendo un AINE, concretamente ketoprofeno, caso que presentamos a continuación.

Paciente de 61 años de edad, con antecedentes de historia de rinosinusitis alérgica y crisis ocasionales de asma bronquial, el cual, presenta, a las dos horas de la aplicación tópica de un preparado conteniendo ketoprofeno a nivel de una rodilla, reacción maculopapular de predominio en extremidades inferiores y dos horas más tarde, crisis de insuficiencia respiratoria aguda, con intensa disnea, hallándose a la exploración, aparte de las manifestaciones cutáneas, sibilantes espiratorios diseminados por ambos campos pulmonares, compatibles con reacción de broncoespasmo. Tras la administración de adrenalina subcutánea y un preparado de metilprednisolona endovenosa, cedió la sintomatología respiratoria, y, ulteriormente, la cutánea.

Creemos se trata de un paciente con historia de atopia conocida, tanto bronquial como rinofaríngea y al cual, tras la administración de un preparado conteniendo ketoprofeno tópico, por probable paso a la circulación sistémica, se desencadena una reacción de hipersensibilidad general, similar a la que se hubiese desarrollado en caso de serle administrado dicho producto por vía general.

Así pues, creemos que los AINE tópicos no sólo deben evitarse en pacientes con historia de hipersensibilidad, principalmente cutánea, sino también en todos aquellos enfermos en los que

pueda existir similar reacción, como por ejemplo, los afectos de asma y/o rinosinusitis alérgicas.

BIBLIOGRAFIA

1. Weber JCP. Epidemiology of adverse reactions to non-steroidal antiinflammatory drugs. En: Rainsford KD, Velo G, ed. Side-effects of antiinflammatory/analgesic drugs. New York, Raven Press 1984; 1-7.
2. Szczeklik A, Gryglewski RJ. Asthma and antiinflammatory drugs. Mechanism and clinical patterns. *Drugs* 1983; 25:533-543.
3. Stevenson DD. Diagnosis, prevention and treatment of adverse reactions to aspirin and nonsteroidal antiinflammatory drugs. *J Allergy Clin Immunol* 1984; 74:617-622.

Ll. Banchs Galtés y J. Isidre Ortega
C.A.P. El Maresme
Mataró (Barcelona)

Fibrosis pulmonar experimental en la rata

Sr. Director: Quisiéramos felicitar a Escolar et al, por el magnífico trabajo publicado en el n.º 3, vol. 22, de su revista¹ que contribuye a aclarar dudas sobre el complejo mecanismo de la fibrosis pulmonar. Nos gustaría hacer, sin embargo, alguna sugerencia sobre el método empleado, que puede facilitar en el futuro la obtención de un material iconográfico más claro, si cabe, que el mostrado en el artículo en cuestión. En cuanto al modo de sacrificio, nosotros obtuvimos buenos resultados usando la vía abdominal con desangrado del animal a través de la suprahepática con lo que se evitan los artefactos por la sangre y posterior insuflación bronquial en inmersión en formol². Los autores comentan la controversia habida entre detractores y seguidores de la técnica de peroxidasa como método de tinción de material inmunológicamente activo, concluyendo en sus ventajas frente a la inmunofluorescencia, con lo que estamos totalmente de acuerdo, no obstante, sugerimos utilizar el diseño de E. Heyderman³, en el que «blanquea» la hematina con H₂O₂, inhibe la peroxidasa endógena con ácido periódico y da un pase por bromuro potásico para bloquear los grupos aldehído, con lo que se logran imágenes de una claridad sorprendente; si a esto añadimos la utilización en el microscopio del filtro BG-23-Reichter los colores, virados a rojo, evitan ese tono parduzco de la DAB que a veces es engañoso.

De su trabajo se desprende una conclusión más, que sería la forma monótona de respuesta que el pulmón exhibe ante cualquier agresión externa inmunológicamente mediada. En nuestro modelo con bleomicina se producen las mismas lesiones morfológicas que encuentran Escolar et al, acen-