

## Allergy to methylprednisolone

### Alergia a metilprednisolona

Los corticoides son fármacos ampliamente utilizados en la práctica médica debido a su potente efecto antiinflamatorio e inmunomodulador. Si bien la mayoría de las reacciones secundarias son muy conocidas, las alérgicas son infrecuentes; la hidrocortisona y la metilprednisolona constituyen los fármacos más comúnmente implicados.<sup>1,2</sup> Se ha estimado 0.3 % de incidencia de reacciones alérgicas, algunas graves, por lo que la posibilidad de su ocurrencia debe ser considerada cuando se emplean estos medicamentos.<sup>1,3</sup>

Presentamos el caso de un varón de 10 años de edad, remitido a consulta de alergología para estudio por sospecha de alergia a corticoides. El paciente cursaba una crisis asmática cuando se le administraron 16 mg de 6-metilprednisolona vía oral, con los que presentó urticaria y angioedema generalizados, con empeoramiento de la dificultad respiratoria (grado III de Müller), que se resolvió con adrenalina intramuscular, dexclorfeniramina intravenosa y salbutamol nebulizado.

Sin antecedentes familiares destacables, en la historia personal se registraba asma persistente moderada desde los seis años, controlada de forma habitual con salmeterol y fluticasona. Posteriormente recibió tratamiento con 6-metilprednisolona hemisuccinato sódico intramuscular (Urbason® soluble, Sanofi) durante un nuevo episodio asmático, con buena tolerancia. Tres meses después, tras administrar de nuevo 6-metilprednisolona hemisuccinato sódico intramuscular sufrió un segundo episodio de broncoespasmo y angioedema con prurito cutáneo generalizado y de mucosa oral y empeoramiento de las manifestaciones clínicas. Se le realizaron pruebas de punción cutánea a alimentos (las cuales fueron negativas), a neumoalérgenos e IgE-CAP (clases), cuyos resultados se describen en el cuadro 1. La espirometría basal fue normal. Las pruebas de punción cutánea a 6-metilprednisolona y dexametasona e intradermorreacción con metilprednisolona y dexametasona no mostraron reacción tardía (cuadro 2). La provocación oral con dexametasona fue negativa; no se realizó provocación con metilprednisolona por negativa familiar.

Ana Josefa Pérez-Aragón<sup>1</sup>  
0000-0002-3426-0316;  
Manuel Díaz-Molina,<sup>2</sup>  
0000-0003-2111-5811;  
María Teresa Romero-Paniagua,<sup>1</sup>  
0000-0003-4670-7864;  
Ana Martínez-Cañavate,<sup>2</sup>  
0000-0001-7018-5942

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves,  
Unidad de Gestión Clínica de Pediatría,  
Granada, España

<sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves,  
Unidad de Alergia Pediátrica, Granada,  
España

Correspondencia: Ana Josefa Pérez-Aragón  
orzana.ana@gmail.com

Recibido: 2019-06-17

Aceptado: 2019-07-30

DOI: 10.29262/ram.v66i3.639

Este documento debe citarse como: Pérez-Aragón AJ, Díaz-Molina M, Romero-Paniagua MT, Martínez-Cañavate A. Alergia a metilprednisolona. Rev Alerg Mex. 2016;66(3):386-387



Cuadro 1. Resultados de estudio de neuroalérgenos					
	<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i>	<i>Dermatophagoides farinae</i>	Olivo	<i>Alternaria</i>	Gramíneas
Punción cutánea (mm)	3	3	7	5	4
IgEcap/Rast (clase)	—	4	3	4	4

Cuadro 2. Resultados de estudios <i>in vivo</i> con corticosteroides		
	Metilprednisolona	Dexametasona
Punción cutánea		
1/1	Negativo	Negativo
Intradermorreacción (dilución)		
1/100	Negativo	Negativo
1/10	Negativo	Negativo
1/1	5 mm	Negativo

Creemos relevante comunicar este caso de alergia a 6-metilprednisolona hemisuccinato sódico en un paciente con diagnóstico previo de asma extrínseco, en quien se confirmó mecanismo mediado por IgE, porque el empeoramiento clínico de una reacción alérgica o una crisis asmática posterior a la administración de corticoides debe hacer pensar en la posibilidad de una alergia a los mismos, de ahí la necesidad de realizar un estudio alergológico exhaustivo para establecer alternativas seguras, dado el riesgo de accidentes graves e fatales.

## Referencias

1. Vatti RR, Ali F, Teuber S, Chang C, Gershwin ME. Hypersensitivity reactions to corticosteroids. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2014;47(1):26-37. DOI: 10.1007/s12016-013-8365-z
2. Patel A, Bahna SL. Immediate hypersensitivity reactions to corticosteroids. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015;115(3):178-182. DOI: 10.1016/j.anai.2015.06.022
3. Rachid R, Leslie D, Schneider L, Twarog F. Hypersensitivity to systemic corticosteroids: an infrequent but potentially life-threatening condition. *J Allergy Clin Immunol.* 2011;127(2):524-528. DOI: 10.1016/j.jaci.2010.09.030