

Alergia ao itraconazol

Allergy to itraconazole

Data de receção / Received in: 30/12/2009

Data de aceitação / Accepted for publication in: 17/02/2010

Rev Port Imunoalergologia 2010; 18 (2): 183-184

Marta Salgado, Rute Reis, Elza Tomaz, António Vinhas de Sousa, Filipe Inácio

Serviço de Imunoalergologia / *Immunoallergy Department*, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE



Ver comentário na página seguinte / See comment in the next page

COMENTÁRIO

Doente, sexo feminino, 41 anos, saudável. Ao 10.º dia de tratamento com itraconazol (200 mg /dia) por onicomicose, refere aparecimento de erupção maculopapular pruriginosa inicialmente localizada à região do pescoço, com posterior generalização, infiltração das lesões e aparecimento de angioedema do lábio inferior. Tolerou previamente este fármaco, há cerca de um ano.

Laboratorialmente: leucocitose (20900/ μ L) com 85% de neutrófilos e PCR de 2,07mg/dL. Patch teste com itraconazol (10 e 30% em vaselina), negativo. Teste de transformação linfoblástica (TTL) positivo com itraconazol. Recusou prova de provocação.

Foi medicada com anti-histamínico e corticóide orais, com evolução favorável do quadro clínico e resolução completa após 4 semanas.

Dada a história clínica, o resultado do TTL e o facto de não ter sido identificada outra causa provável, consideramos ter sido este fármaco o responsável pelo quadro de erupção maculopapular e angioedema da doente.

Por melhoria das lesões de onicomicose e por se encontrar no último dia de tratamento antifúngico, este foi suspenso e não substituído.

Reacções alérgicas a antifúngicos são raras. O itraconazol foi associado muito raramente a reacções cutâneas, tendo sido descritas reacções de fotossensibilidade, pustulose exantemática generalizada aguda, urticária e angioedema.

A reactividade cruzada com outros derivados imidazólicos é possível, mas ainda não foi demonstrada.

COMMENT

A healthy 41-year-old woman presented with a maculopapular, pruriginous rash that appeared on the 10th day of treatment with itraconazole (200 mg daily) for onychomycosis. This rash was initially localized to the neck, with ulterior generalization, infiltration of the lesions and development of angioedema of the lower lip.

Since she was in the last day of treatment, itraconazole was stopped and not replaced. The patient had previously tolerated this drug, one year before.

Laboratory evaluation showed leukocytosis (20900/ μ L; 85% neutrophils) and PCR 2.07mg/dL. Itraconazole patch tests (10% and 30% in petrolatum) were negative. Lymphoblastic transformation test (LTT) with itraconazole was positive. The patient did not consent to a challenge test with itraconazole.

She was treated with oral antihistamines and corticosteroids, with favourable evolution and complete resolution in 4 weeks. Given the clinical history, LTT results and the fact that no other probable cause was identified, we considered itraconazole the agent responsible for the cutaneous lesions.

Allergic reactions to antifungal drugs are rare. Itraconazole has been rarely associated to cutaneous manifestations, but reactions such as photosensitivity, acute generalized exanthematic pustulosis, urticaria or angioedema have been described. Cross-reactivity with other imidazolic derivatives is possible but not yet demonstrated.