

Reacción de hipersensibilidad cutánea a insulina cristalina, RAM poco frecuente pero de importancia clínica

Jorge Amador^{1,2}, Francisca Ríos¹, Luis Contardo^{2*}, Constanza Cornejo², Milagros Marca³.

1. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile. 2. Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile. 3. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.

*Correspondencia: lcontardos@gmail.com

Introducción: La reacción de hipersensibilidad (RH) a insulina cristalina (IC) es una RAM poco común, pero de importancia clínica para los pacientes con DM2IR. La prevalencia ha disminuido desde la introducción de las insulinas recombinantes humanas (IRH). Las RH van desde eritema e inflamación en el lugar de la inyección hasta anafilaxia, descritas como tipo I, III y IV. Las RH mediadas por IgE ocurren clásicamente dentro de la primera hora de la administración. **Caso:** Paciente femenino, 61 años, 72 kg y 155 cm, con antecedentes de DM2IR, HTA, Hipotiroidismo, uso de Metformina e insulina NPH como tratamiento. Sin alergia a fármacos conocida. Consulta de forma ambulatoria por ITU alta (OC inflamatoria) y mal control metabólico, sin deterioro HDN ni ventilatorio, con tratamiento empírico de cefadroxilo. Evoluciona febril de manera persistente con glicemias >300 mg/dL y compromiso cualitativo de conciencia. Destaca tras administración de cefadroxilo e IC, rash pruriginoso sin lesiones en tórax, EESS y EEII. Se hospitaliza para manejo en UTI en HCSBA. Se toman HCs y UC al ingreso, se indica BIC de IC dado hiperglicemia. Tras administración de ceftriaxona presenta rash y prurito en abdomen, EEII, sin angioedema y sin antecedentes de alergia a PNC. Se indica clorfenamina y dexametasona EV. Se suspende tratamiento con IC el día 24/07, iniciando con insulina NPH. Cabe destacar, que ante la sospecha de RAM a cefalosporina, equipo tratante decide suspender ceftriaxona; sin embargo, equipo de infectología y farmacia clínica reinician tratamiento con este mismo fármaco por ITU (E. coli MS), sin nuevo episodio de RH. Por lo tanto, se objetiva RAM a IC sin recidiva. Desde 26/07, RH en regresión, escaso eritema en EESS y pliegues, sin compromiso de mucosas, bien hidratada y perfundida, mucosas rosadas, en buenas CG. En 3er día con tratamiento ATB ajustado con Ceftriaxona, HDN estable, afebril, sin requerimientos de O2, buen control glicémico, se cambia a Novorapid con buena respuesta. Se decide egreso de unidad. **Discusión y conclusiones:** Es importante diagnosticar las RAMs según temporalidad. Las estrategias terapéuticas incluyen la suspensión del fármaco sospechoso o mediante desensibilización. Las formulaciones de insulina animal en un pasado fueron significativamente inmunogénicas, sin embargo desde la introducción de la IRH, la inmunogenicidad ha disminuido considerablemente. La vía de administración juega un papel importante, siendo más probable las RH con las inyecciones SC vs las EV. A nivel genético, el gen HLA DR4 se ha asociado a niveles elevados de formación de anticuerpos contra la insulina. La insulina de acción prolongada para la desensibilización, como la L-glargina, demuestra ser más eficaz dado que su estructura de A_á es menos inmunogénica y puede inhibir las reacciones inmunitarias. Se cree que el mecanismo se centra en la disminución de los mediadores alérgicos de los mastocitos a través de la estimulación gradual de las células T reguladoras.