



VII Matí Al·lèrgia Bellvitge

REACCIONS AL·LÈRGIQUES A ANTIBIÒTICS NO BETALACTÀMICS

Blanca Andrés López. MD, PhD
Servei d'Al·lèrgia. HUB

22 de Novembre de
2023

Antibiòtics no betalactàmics

Aminoglucòsids

Fluoroquinolones

Glicopèptids i lipoglicopèptids

Macròlids

Oxazolidinones

Polipèptids

Rifamicines

Sulfamides

Estreptogramines

Tetraciclines

Altres

Antibiòtics no betalactàmics

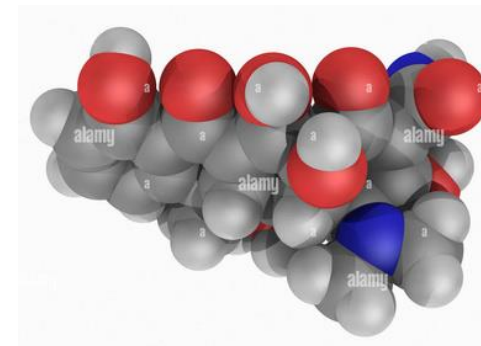
Diferències amb els antibiòtics betalactàmics

Són molts grups de fàrmacs diferents

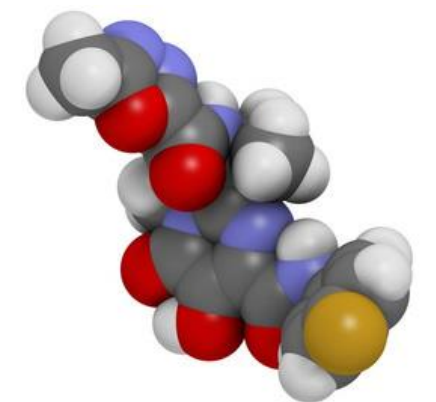
No tenen una estructura química similar entre grups

Tenen indicacions diferents

Es prescrivien menys (en general) però han augmentat



Estructura química de doxiciclina



Estructura química de ciprofloxacina

Antibiòtics no betalactàmics

Semblances amb els antibiòtics betalactàmics

**També produeixen reaccions
adverses, PERÒ...**



Reacció adversa NO és sinònim
d'AL·LÈRGIA

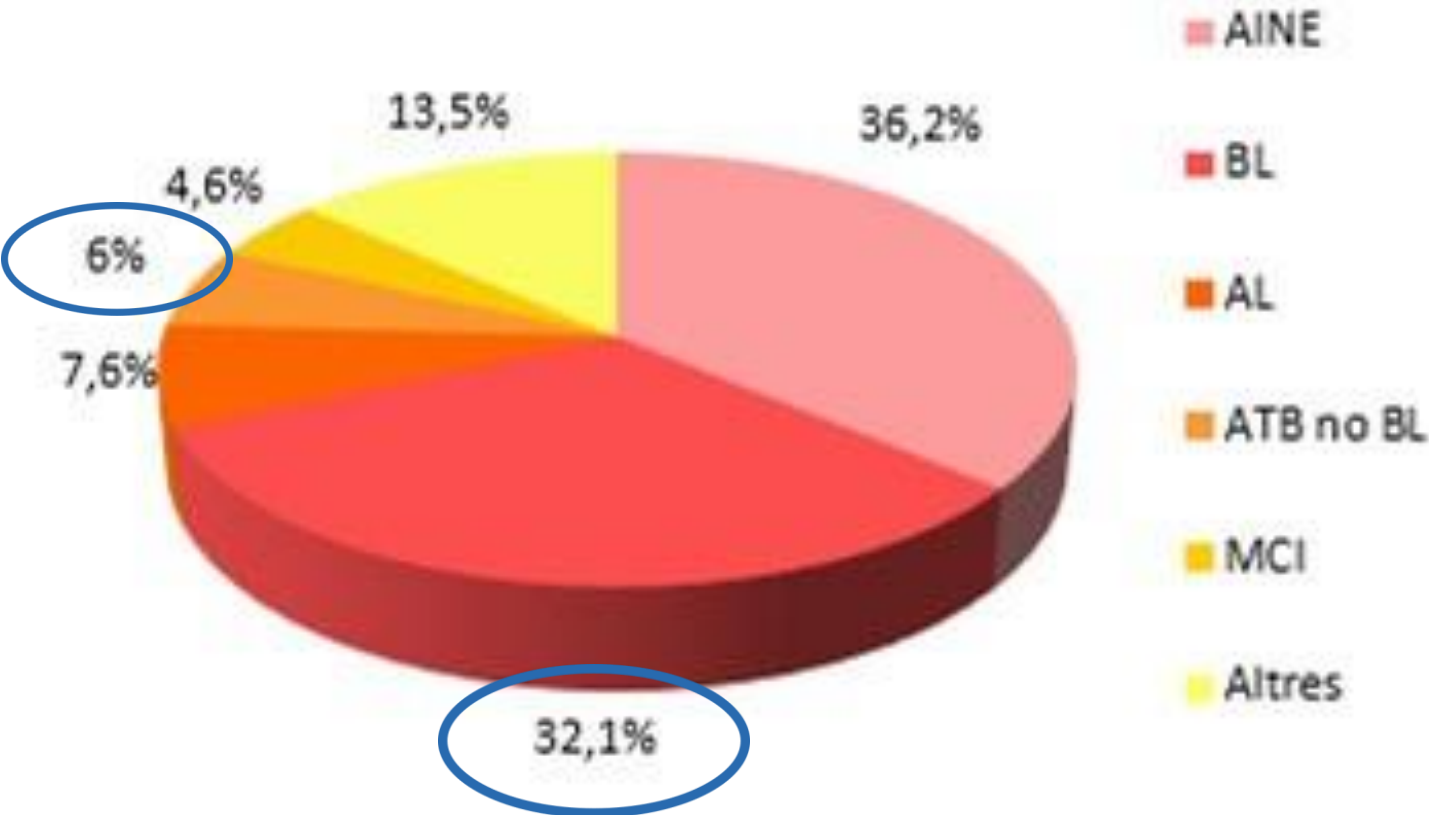




DADES DEL SERVEI D'AL·LÈRGIA DE L'HUB

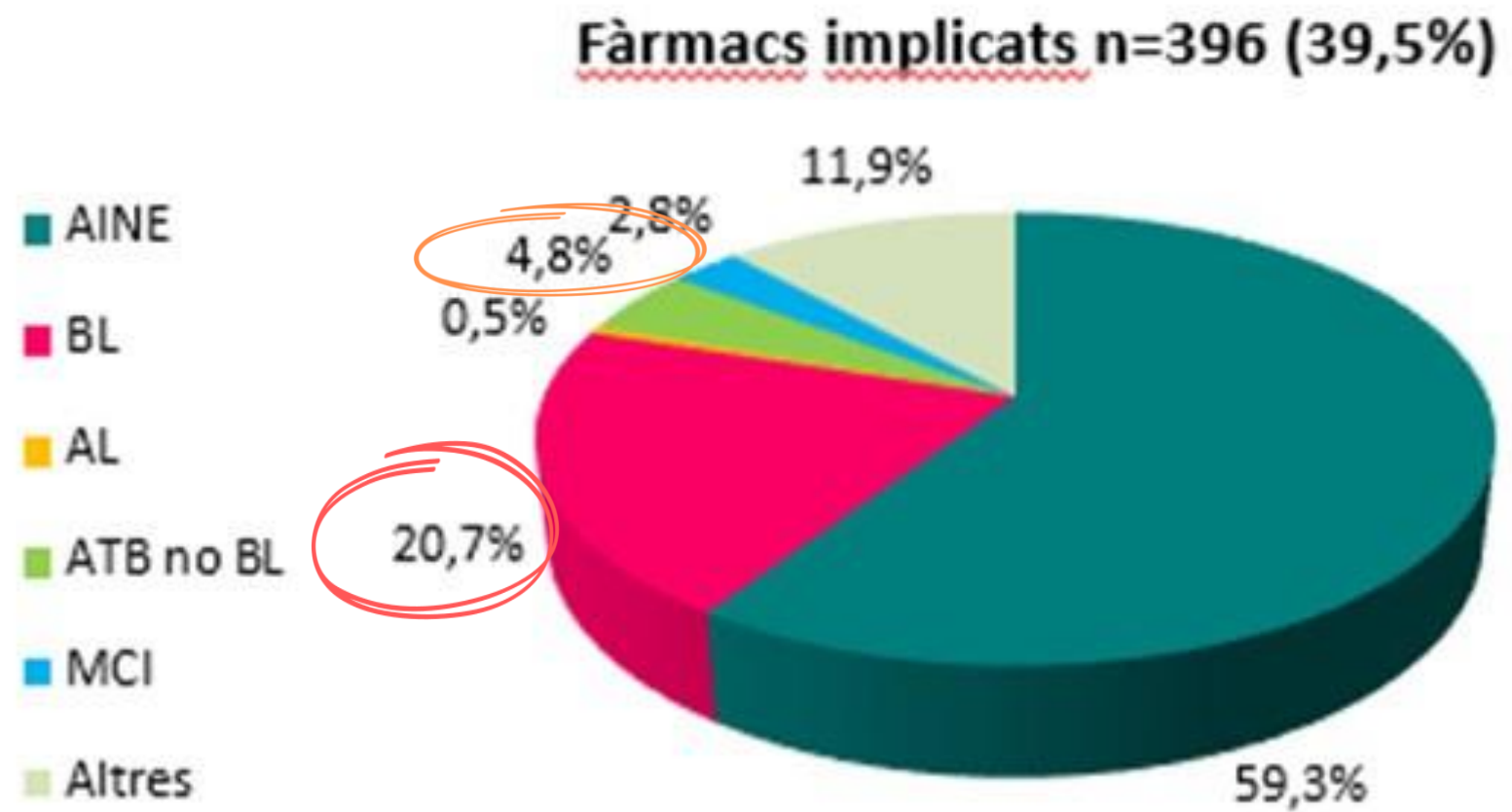
1003 pacients --> 1122 estudis diagnòstics

Fàrmacs sospitosos (n=1122)



32,1% reaccions sospitoses d'al·lèrgia a betalactàmics
360 pacients

6% reaccions sospitoses d'al·lèrgia a antibiòtics NO betalactàmics
67 pacients



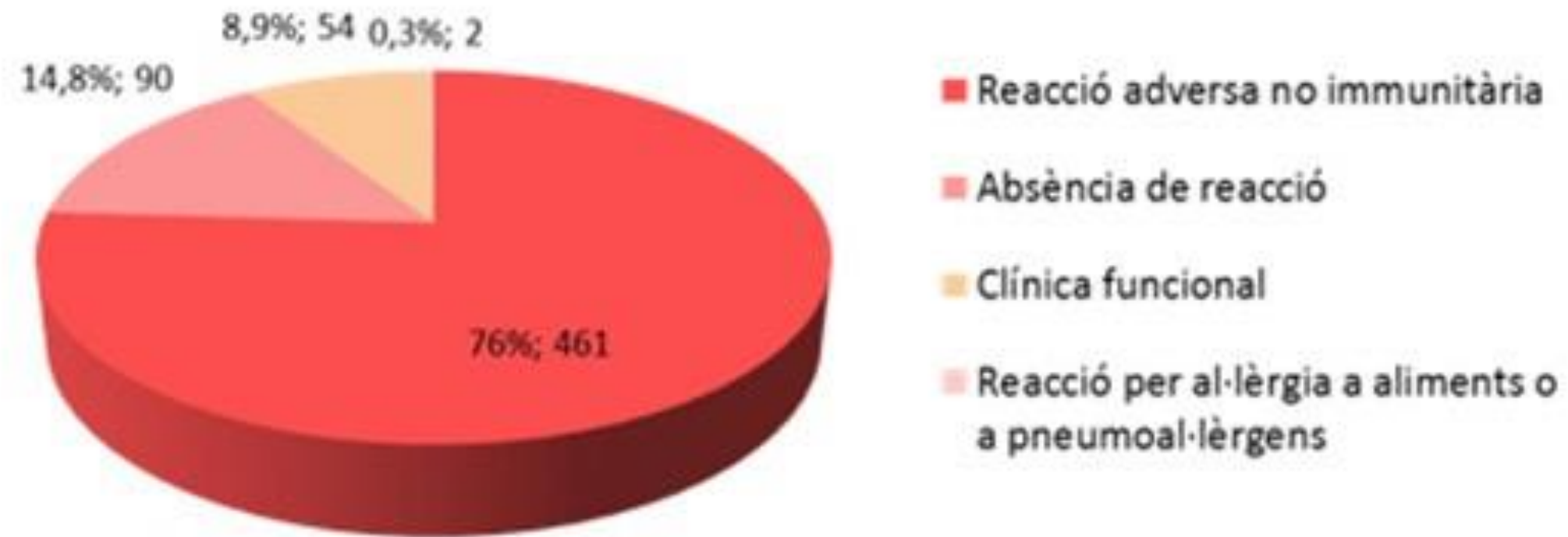
20,7% reaccions confirmades d'al·lèrgia a betalactàmics

82 pacients

4,8% reaccions confirmades d'al·lèrgia a antibiòtics NO betalactàmics

19 pacients

Descartada al·lèrgia a fàrmacs n=607 (60,5%)



76%

**Reacció
NO immunitària**

8,9%

Clínica funcional

0,3%

**Reacció per aliments
o inhalants**

14,8%

Absència de reacció

Fluoroquinolones

Té a veure amb l'ús que se'n fa dels fàrmacs

Quan més s'utilitzen, més reaccions adverses

**Antibiòtics no betalactàmics que més freqüentment
produeixen al·lèrgia**

AL·LÈRGIA A FLUOROQUINOLONES

Incidència

2on ATB associat a reaccions d'hipersensibilitat (RHS) després dels betalactàmics

Augment de RHS del 0,54% al 2005 al 6,85% al 2010

Moxifloxacina és la més implicada en RHS immediata i anafilaxi

Ciprofloxacina i moxifloxacina són els més freqüentment implicats en RHS retardada

RHS immediata són més freqüents que les retardades



AL·LÈRGIA A FLUOROQUINOLONES

Reaccions immediates més freqüents

anafilaxi (62-64%)
urticària (30-36%)
angioedema (7%)

Reaccions retardades més freqüents

urticària retardada
angioedema
erupció fixa
exantema maculopapular
Altres reaccions poc freq:
DRESS
PEGA
SJS/NET
SDRIFE



AL·LÈRGIA A FLUOROQUINOLONES

Diagnòstic

Les proves cutànies són controvertides



Es recomana fer prova d'exposició*



alta taxa de falsos
positius

Alguns estudis demostren que el 70% de pacients etiquetats d'al·lèrgia toleraven el fàrmac posteriorment

*La prova d'exposició és l'única eina fiable per confirmar o descartar al·lèrgia en aquest cas, sobretot si reaccions lleus, però s'ha de parar compte en reaccions greus.

No es recomana si el pacient ha presentat una reacció adversa cutània greu (SCAR)

AL·LÈRGIA A FLUOROQUINOLONES

Reactivitat encreuada

Pocs estudis

Normalment depèn de la semblança en l'estructura química

Moxifloxacina té cadenes laterals úniques --> alguns estudis objectiven com pacients amb al·lèrgia a ciprofloxacina toleren bé moxifloxacina

RHS immediata es recomana evitar el grup sencer. En cas necessari buscar alternativa amb prova d'exposició o si no hi ha alternativa → dessensibilització

RHS retardada sembla que és baixa i es podria fer una prova d'exposició, si es considera necessari

AL·LÈRGIA A MACRÒLIDS

Incidència

Perfil de seguretat molt bo

RHS poc freqüents

No es coneix amb certesa la prevalença perquè molts estudis no fan proves diagnòstiques



Diagnòstic per **autoetiquetatge**



AL·LÈRGIA A MACRÒLIDS

Reaccions immediates més freqüents

urticària
angioedema
anafilaxi

Reaccions retardades més freqüents

exantema maculopapular
dermatitis al·lèrgica de contacte
Altres reaccions poc freq:
DRESS
SJS/NET
Reacció cutània bullosa

AL·LÈRGIA A MACRÒLIDS

Diagnòstic

La **història clínica** no pronostica de manera fiable les RHS

El valor predictiu de les **proves cutànies** és **controvertit**

En aquest cas també seria necessari dur a terme **prova d'exposició** davant del dubte i depenent del tipus de RHS*

*No es recomana fer prova d'exposició si reacció immediata greu recent.

En cas de RHS immediata, si no hi ha alternativa antibiòtica es pot valorar dessensibilització

AL·LÈRGIA A MACRÒLIDS

Reactivitat encreuada

Pocs estudis i pocs pacients

Bona tolerància a macròlids alternatius

Es recomana un macròlid amb diferent número d'àtoms de carboni

Però amb prova
d'exposició
prèvia



AL·LÈRGIA A TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL

Incidència

Causa freqüent de RHS i RAM

Fins al 1982 havia sigut causa important de RAM, després d'amoxicil·lina

Normalment era secundari a RHS a component sulfonamida

Al·lèrgia a trimetoprim és rara

Pacients VIH taxa de sensibilitat al fàrmac 30-50%



AL·LÈRGIA A TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL

Tipus de reacció més freqüents

RHS retardada

Reaccions morbiliformes i maculopapulars i altres més greus com SJS/NET, DRESS

RHS immediata

urticària, angioedema i anafilaxi

Diagnòstic

Proves cutànies no validades

Si positives ajuden al diagnòstic

Si negatives , no descarten el diagnòstic

Valorar **prova d'exposició** en funció de la reacció

AL·LÈRGIA A TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL

Reactivitat encreuada

Controvèrsia reactivitat encreuada sulfonamides i dapsona

Alguns pacients la poden tolerar, tot i haver tingut antecedents de reaccions amb sulfonamida

Es recomana **evitar** si han tingut reaccions greus

No hi ha reactivitat encreuada amb les sulfonamides no antibiòtiques

Dessensibilització

Pot ser necessària en alguns casos de RHS a aquest fàrmac i que no hi hagi alternativa terapèutica

AL·LÈRGIA A CLINDAMICINA

INCIDÈNCIA

Causa molt poc freqüent de RHS

REACCIONS IMMEDIATES

Poc freqüents

Anafilaxi

REACCIONS RETARDADES

Molt més freqüents

Exantemes maculopapulars

SJS, DRESS, NET

Al·lèrgia a
Clindamicina

DIAGNÒSTIC

Proves cutànies/epicutànies

Prova d'exposició

GESTIÓ

Si reaccions greus-> **EVITAR**

Si no alternativa i és necessari -->
dessensibilització

AL·LÈRGIA A METRONIDAZOL

INCIDÈNCIA

Causa molt poc freqüent de RHS

REACCIONS IMMEDIATES

Anafilaxi

REACCIONS RETARDADES

Erupció fixa

Malaltia del serum

SJS / NET

Al·lèrgia a
Metronidazol

DIAGNÒSTIC

Proves cutànies/epicutànies

Prova d'exposició

Pot haver reactivitat encreuada amb
altres imidazols: clotrimazol,
ketoconazol, miconazol, albendazol

Si no alternativa i és necessari -->
dessensibilització

CONCLUSIONS

L'al·lèrgia a antibiòtics NO betalactàmics és més infreqüent que a betalactàmics

El grup de fàrmacs més freqüent són les fluoroquinolones

Els macròlids són antibiòtics molt segurs, que causen poques reaccions al·lèrgiques

MOLTES GRÀCIES