



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

SINDROME DE STEVEN JOHNSON.

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de

MÉDICO GENERAL

AUTOR: JEANNETH LILIAN HERRERA MONCAYO

DIRECTOR: DR. Jorge Luis Valdés

Riobamba – Ecuador

2019

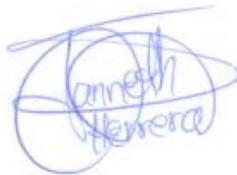
@2019, Jeanneth Lilian Herrera Moncayo

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, Jeanneth Lilian Herrera Moncayo, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autor (a) asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 10 de Octubre del 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Jeanneth Herrera Moncayo", enclosed within a circular scribble.

Jeanneth Lilian Herrera Moncayo

060462361-1

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de titulación: Tipo Análisis de Casos, titulado **SINDROME DE STEVEN JOHNSON**. Realizado por la señorita: **Jeanneth Lilian Herrera Moncayo**, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dr. Dra. Paulina Rivera Yerovi PRESIDENTE DEL TRIBUNAL	 _____	<u>2019-10-10</u>
Dr. Dr. Jorge Luis Valdés González DIRECTOR/A DEL TRABAJO DE TITULACION	 _____	<u>2019-10-10</u>
Dr. Dr. Edwin Patricio Hinojosa Toledo MIEMBRO DE TRIBUNAL	 _____	<u>2019-10-10</u>

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	x
SUMARY	xi
CAPITULO I	
1. INTRODUCCION	1
1.1. Metodología	2
1.2. Estrategia de la búsqueda.....	2
1.3. Criterio de elegibilidad	2
1.4. Selección de estudios	3
1.5. Síndrome Steven Johnson.....	3
1.5.1. Definición	3
1.5.2. Clasificación.....	4
1.5.3. Epidemiología.....	5
1.5.4. Etiología.....	6
1.5.5. Medicamentos con riesgo de síndrome de Stevens-Johnson y síndrome de Lyell...	7
1.5.6. Escala ALDEN.....	7
1.5.7. Fisiopatología.....	7
1.5.8. Factores de riesgo	8
1.5.9. Cuadro clínico	8
1.5.10. Diagnóstico.....	10
1.5.11. Diagnóstico diferencial.....	11
1.5.12. Complicaciones	12
1.5.13. Pronóstico.....	14
1.5.14. Atención complementaria	16
CAPITULO II	
2. PRESENTACION DEL CASO CLINICO	18
2.1. Datos de Filiación	18

2.2.	Motivo de Consulta	19
2.2.1.	<i>Enfermedad actual</i>	19
2.3.	Antecedentes	19
2.3.1.	<i>Personales</i>	19
2.3.2.	<i>Antecedentes Patológicos Familiares</i>	19
2.3.3.	<i>Historia social.....</i>	20
2.3.4.	<i>Examen Físico.....</i>	20
2.3.5.	<i>Examen físico general.....</i>	20
2.3.6.	<i>Antropometría</i>	21
2.3.7.	<i>Examen neurológico elemental</i>	22
	Evolución del Paciente	24
CAPITULO III		
3.	Discusión	30
	PERSPECTIVA DEL PACIENTE.....	32
	CONCLUSIONES.....	33
	RECOMENDACIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS		

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Clasificación	4
Tabla 2-1: Medicamentos de riesgos	7
Tabla 3-1: Escala de SCORTEN.....	15
Tabla 4-1: Evaluación Puntaje Mortalidad	16
Tabla 1-2: Exámenes de laboratorio de ingreso	23
Tabla 2-2: Exámenes de laboratorio de ingreso	23
Tabla 3-2: Exámenes de laboratorio	25
Tabla 4-2: Exámenes de laboratorio	26
Tabla 5-2: Exámenes de laboratorio	27
Tabla 6-2: Exámenes de laboratorio	27
Tabla 7-2: Exámenes de laboratorio	28
Tabla 8-2: Exámenes de laboratorio	28
Tabla 9-2: Exámenes de laboratorio	29

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1-1: Representación gráfica de la clasificación del complejo SSJ/NET mostrando la superficie de desprendimiento epidérmico	5
Ilustración 2-1: Signo de Nikolsky.....	9
Ilustración 3-1: Compromiso cutáneo extenso	10
Ilustración 1-2: Radiografía de Tórax	22

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Imágenes

RESUMEN

El presente trabajo de titulación, se enfoca al estudio de un caso clínico en un paciente de 28 años, sexo masculino, sin antecedentes personales ni familiares de importancia, que acudió al servicio de Emergencia del Hospital General José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena con fiebre elevada, fue ingresado en el servicio de Medicina Interna por presentar lesiones eritematosas a nivel de extremidades superiores, tórax anterior y posterior, y a nivel de región peribucal, donde se le realizaron exámenes de laboratorio y de imagen así como también el examen confirmatorio, biopsia de piel, asociados a la clínica del paciente corroboran el diagnóstico, por lo que se da seguimiento a la evolución del paciente. El objetivo del caso clínico es diagnosticar la patología en base a los signos, síntomas y los antecedentes de automedicación, para un tratamiento oportuno como el aislamiento del mismo, la antibioticoterapia y la hidratación así como la conducta a seguir de las lesiones presentes en el 10% del cuerpo. Se utilizó material de apoyo que ayuden al conocimiento de la enfermedad y la disminución de morbilidades con un tratamiento oportuno, finalmente se concluye que el manejo fue certero y ayudo en la calidad de vida del paciente y para que no se extienda a más áreas del cuerpo.

Palabras clave: <AUTOMEDICACION>, <INTERACION MEDICAMENTOSA>, <SÍNDROME DE JOHNSON>, <LESIONES CUTÁNEAS>, <AFECTACIÓN MUCOSA>.

SUMMARY

The present clinical case studied of a 28 –year-old patient, male sex, without personal or family history of importance, positive ORH blood group, without any type of disability, who went to the Emergency Service for presenting a fever and was admitted to the Internal Medicine service of the Jose Maria Velasco Ibarra General Hospital IN Tena city, for presenting erythematous lesion at the level of the upper extremities, anterior and posterior thorax, and at the level of the confirmatory examinations such as skin biopsy associated with clinic corroborate the diagnosis, so that the evolution of the patient was monitored. The objective of the present clinical case was to diagnose the pathology based on the signs, symptoms and history of self-medication, for a timely treatment such as its isolation, antibiotic therapy and hydration as well as the behavior to follow of the lesions present in the 60% of the body. Support material was used to help the knowledge of the disease and the reduction if morbidities with timely treatment, finally concluded that the management was accurate helped in the patient’s quality of life and assured that it does not extend to more areas of the body.

Key words: <SELF-MEDICATION>, <DRUG INTERACTION>, <JOHNSON SYNDROME>, <SKIN INJURY>, <MUCOUS AFFECTION>.



CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El síndrome de Stevens – Johnson (SSJ) llamado así por los pediatras Albert Mason Stevens y Frank Chambliss Johnson. Por el año de 1922 describieron en el American Journal of Diseases dos casos de niños que presentaron fiebre, estomatitis, erupción cutánea por todo el cuerpo, con maculas eritematosas, conjuntivitis purulenta.

El Síndrome de Stevens-Johnson es una dermatosis potencialmente mortal, diferenciada por una extensa necrosis epidérmica y de mucosas que se acompaña de ataque al estado general. (Guía de referencia rápida del Gobierno Federal Mexicano,2018).

Clínicamente se conoce que de una a tres semanas antes de la aparición de lesiones pleomórficas mucocutáneas presenta un pródromo catarral, fiebre de hasta 41 °C, tos y odinofagia, el cuadro empeora entre el tercer y sexto día, si existe la posibilidad de recuperación y reepitelización completa al mes. (Quintero Castro,2017 p 3)

Se relaciona con factores precipitantes como infecciones, enfermedades del tejido conectivo, neoplasias malignas, radioterapia, y múltiples medicamentos. (Quintero Castro,2017 p 3)

Además de los fármacos y factores inmunológicos, importa la predisposición genética; infecciones como las producidas por el Mycoplasma pneumoniae, virus del dengue, vacunas, HIV. (Aldama Caballero y Aldama Negrete 2019, p. 2)

1.1. Metodología

La revisión sistemática que se llevó a cabo fue ejecutada en concordancia con la Declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses) y el Manual Cochrane para metanálisis y revisiones sistemáticas.

1.2. Estrategia de la búsqueda

El proceso de investigación se llevó a cabo con la búsqueda de información utilizando lenguaje controlado y palabras claves asociadas a la temática del presente caso en estudio

1.3. Criterio de elegibilidad

Criterios de inclusión: son todas las características particulares que debe tener una fuente de información para ser considerado parte de la investigación:

- Pertinencia
- Confiabilidad científica
- Relevancia académica
- Relación al tema

Criterios de exclusión: se refiere a las condiciones características que presentan los participantes y que pueden alterar o modificar los resultados, que en consecuencia los hacen no elegibles para el estudio:

- No relacionado con el tema de estudio
- Poco aporte a la investigación

- Poca confiabilidad académica

1.4. Selección de estudios

La búsqueda sistemática de la literatura fue realizada, de forma independiente, por dos autores utilizando las bases de datos Embase, Medline, Pubmed, Scopus, Scielo y LILACS. El proceso incluyó búsquedas separadas con los términos "Síndrome Steven Johnson, Toxicodermias, Eritema Multiforme con una combinación posterior de los tres. Los resultados se filtraron para incluir solo artículos escritos en inglés, español publicados entre 2015 y 2019 y los resultados duplicados se excluyeron manualmente. (Herrera, 2019)

1.5. Síndrome Steven Johnson

El síndrome de Steven Johnson fue relatado por primera vez en 1922, por los médicos americanos Stevens y Johnson, definido como un síndrome mucocutáneo agudo, caracterizado por conjuntivitis purulenta severa, estomatitis con necrosis extensa en mucosas y lesiones cutáneas, años después se denominaría síndrome de Stevens-Johnson, como una enfermedad mucocutánea severa, usualmente producida por medicamentos, e infecciones víricas, que debe ser diferenciada del eritema multiforme mayor. (Torres y Olmos 2013, p. 12-13)

1.5.1. Definición

El Síndrome de Steven Johnson se presenta como una reacción de hipersensibilidad cutánea aguda que ponen en juego el pronóstico de una persona. Esta generalmente relacionada con la toma de medicamentos o por interacción medicamentosa y en raras ocasiones por infecciones víricas, bacterianas, micóticas.

La Necrosis Epidérmica Tóxica y el Síndrome Steven Johnson presentan de forma característica una apoptosis queratinocítica del epitelio cutáneo y mucoso. Las lesiones confluyen progresivamente y generan un desprendimiento de la epidermis más o menos extenso. (C. Hua, L. Valeyrie-Allanore, EMC 2018, p 1)

1.5.2. Clasificación

La primera clasificación publicada en 1993 por Bastuji – Garin, donde desarrollaron una clasificación clínica del SSJ, la NET, y la superposición o “overlap” SSJ/NET; basada en la morfología de la lesión, distribución y porcentaje de desprendimiento cutáneo.

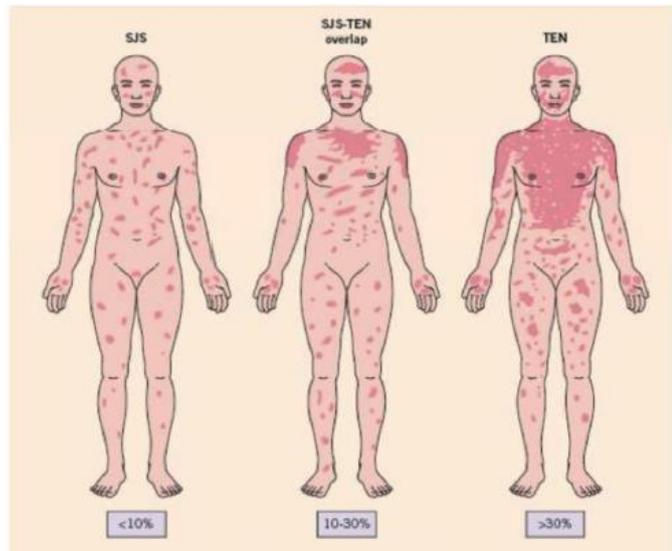
Tabla 1-1: Clasificación

Entidad clínica	SSJ	SSJ/NET	NET
Lesiones primarias	Lesiones rojas oscuras		Placas eritematosas pobremente delineadas
	Lesiones Blancas atípicos planos		Desprendimiento epidérmico
			Lesiones rojas oscuras
			Blancos atípicos planos
Distribución	Lesiones aisladas		Lesiones aisladas
	Confluencia (+) en cara y tronco	Confluencia (++) en cara y tronco	
Involucramiento mucoso	Sí		
Síntomas sistémicos	Usualmente	Siempre	
Porcentaje de superficie de área corporal			

Fuente: Bastuji Garin S, Rzany B, Stern RS, et al. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. Arch Dermatol. 1993; 129 (1): 92-96.

Este grupo de dermatosis comparten características fisiopatológicas, clínicas e histológicas. Sólo se diferencian por la extensión de la superficie cutánea afectada

- SSJ (síndrome Steven Johnson), cuando afecta menos de 10 % de superficie corporal
- Superposición SSJ-NET de 11 a 30%
- NET (necrosis epidérmica toxica), despegamiento cutáneo mayor al 30%



■ Área de superficie de desprendimiento epidérmico

■ Epidermis separada

Ilustración 1-1: Representación gráfica de la clasificación del complejo SSJ/NET mostrando la superficie de desprendimiento epidérmico

Las evidencias en la piel frecuentemente asociado con SSJ son ampollas diseminadas, acompañadas o acopladas con puntos purpurados (manchas) o vesículas confluidas.

1.5.3. Epidemiología

La presencia del síndrome de Stevens-Johnson en la población se estima en uno a seis casos por millón de habitantes por año en Europa y los Estados Unidos, pero hay que considerar como alarmante que la tasa de mortalidad es 10% para pacientes con síndrome de Steven-Johnson, de los cuales aproximadamente 30% para pacientes con superposición o overlap, la condición se presenta más comúnmente en adultos que en niños, y las mujeres se ven afectados con mayor frecuencia que los hombres. (Alvarado et. Al 2018)

1.5.4. Etiología

Los agentes agravantes responsables en un 70 % son de origen medicamentosa, sin embargo, del 10 al 20% de los casos se observan en pacientes polimedicados, pero la identificación del mismo es difícil reconocerlo. (C. Hua, L. Valeyrie-Allanore, EMC 2018, p 3)

Se han descrito casos tras vacunación contra sarampión-parotiditis-rubeola (triple vírica), la infección es la segunda causa precipitante más común por *Mycoplasma pneumoniae* y por virus del dengue, tras reactivación de infección por citomegalovirus, y después de la administración de agentes de contraste. (Estrella-Alonso et al. 2017, p. 3)

Más de 100 medicamentos han sido identificados como posibles responsables de esta toxicodermia. (C. Hua, L. Valeyrie-Allanore, EMC 2018, p 3)

En un estudio de casos y controles (EuroSCAR) se ha estimado que por lo menos una docena de medicamentos son causantes directos responsables de cerca del 50% de los casos que se han documentado en Europa. Los medicamentos que han sido considerados de alto riesgo son: las sulfamidas antibacterianas, los antiinflamatorios no esteroideos de tipo oxicam, el alopurinol, los antiepilépticos y los antirretrovirales. (C. Hua, L. Valeyrie-Allanore, EMC 2018, p 3)

Los medicamentos que se consideran como altamente agresivos pueden ser medidos en base a los seis parámetros de Alden (algoritmo de causalidad de medicamentos para la necrólisis epidérmica): (Alvarado et al, 2018)

- 1. Demora de tiempo desde la administración del fármaco al inicio de la reacción.*
- 2. Probabilidad de presencia del fármaco en el cuerpo.*
- 3. Exposición previa al mismo fármaco independientemente de la reacción en ese momento.*
- 4. Presencia del fármaco más allá de la fase de progresión.*
- 5. Notoriedad del fármaco como causa de SSJ/NET.*
- 6. Presencia o ausencia de otras etiologías.*

1.5.5. Medicamentos con riesgo de síndrome de Stevens-Johnson y síndrome de Lyell

Tabla 2-1: Medicamentos de riesgos

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; RR: riesgo relativo multivariado según los resultados del estudio EuroSCAR

1.5.6. Escala ALDEN

El ALDEN es un algoritmo que permite encontrar el medicamento causal, y también conocer los fármacos que pueden ser prescritos nuevamente al paciente de una manera confiable. (S.A. Martínez-Cabrales, 2015, p 7)

1.5.7. Fisiopatología

Se ha podido determinar la existencia de tres mecanismos patogénicos que pueden causar las reacciones medicamentosas por fármacos:

- a) Mecanismos inmunológicos
- b) No inmunológicos
- c) Idiosincráticos.

El mecanismo inmunológico causal del SSJ y la NET es una respuesta celular retardada que conlleva la apoptosis de los queratinocitos. Se han propuesto dos teorías como mecanismo de acción. La primera consiste en la vía de señalización FAS-FASL (Fas ligando), que produce la activación de la caspasa 8, lo que induce la apoptosis de los queratinocitos. Otras citocinas y sustancias implicadas en esta patología son el factor de necrosis tumoral α (TNF- α), el interferón γ , la interleucina 8 y el óxido nítrico, que se encuentran en las lesiones de la piel y en algunas se ha determinado que desarrolla la capacidad de unirse a receptores que inducirán apoptosis. Otra teoría asevera que la apoptosis celular es producida por linfocitos T citotóxicos (CD8) y células natural killer (NK) (CD56) de forma posterior a su activación por el fármaco. (Alvarado et al. 2018, p 3)

En los no inmunológicos se han incluido los efectos adversos del medicamento (por ejemplo, mucositis por agentes quimioterapéuticos), los efectos acumulativos (por ejemplo, toxicidad hepática por metotrexato), el efecto por toxicidad prolongada, las interacciones medicamentosas y las alteraciones en el metabolismo del fármaco. Se puede considerar que el mecanismo idiosincrático es el producto de la combinación de un componente inmunológico y la genética propia del paciente (por ejemplo, síndrome de DRESS y NET).

El SSJ y la NET, el mecanismo causal es de tipo inmune adaptativo por una respuesta de hipersensibilidad retardada IV según la clasificación de Gell y Coombs. (Alvarado et al.2018, p 3)

1.5.8. Factores de riesgo

- *Sexo femenino, ancianos, pacientes con trastornos inmunológicos como SIDA y enfermedades de la colágena, cáncer.*
- *Ascendencia asiática*
- *Predisposición familiar y portadores de HLA-B12.*
- *Prescripción de fármacos relacionados con el SSJ/NET*
- *La carbamazepina no debe utilizarse en pacientes con resultados positivos para HLA-B*1502 a menos que los beneficios superen el riesgo de SSJ/NET (Guía de referencia rápida del Gobierno Federal Mexicano,2018)*

1.5.9. Cuadro clínico

El SSJ se evidencia generalmente entre 4-28 días posteriores al inicio de un nuevo tratamiento ya sea este oral o de forma tópica. En raros casos, la reintroducción del medicamento, ya implicado en una reacción alérgica medicamentosa podría producir el desarrollo de un SSJ en pocas horas. (C. Hua, L. Valeyrie-Allanore, EMC 2018, p 3)

El cuadro clínico característico comprende 3 fases: período prodrómico, período de necrólisis y período de reepitelización.

Fase prodrómica: La afectación en la epidermis se puede evidenciar por la aparición de un pródromo de manifestación sistémica, similar a un cuadro gripal que incluye fiebre, tos, rinorrea,

conjuntivitis, anorexia y malestar general. El tiempo de duración de esta fase es de 48 - 72 horas, aunque en algunos casos puede prolongarse semanas. Generalmente se presenta 1 - 3 semanas después de la ingesta del medicamento sospechoso. Tras el pródromo comienzan los signos en las membranas mucosas (ojos, boca, nariz y genitales) en un 90% de los casos.

Período de necrólisis: se aprecia la presencia de un exantema macular con un cuadro álgico de forma súbita, que presenta quemazón. Al inicio estos síntomas se esparcen de forma simétrica en la cara y parte superior del tronco, generalmente el cuero cabelludo no se ve afectado, esta erupción cutánea se esparce de forma muy acelerada y alcanza su máximo en 4 días, a veces en horas. Las lesiones se hacen confluentes, y se transforman en un eritema difuso que respeta curiosamente las zonas de presión con la ropa. Junto con la erupción generalizada oscura y eritematosa aparecen ampollas y flictenas. En las zonas eritematosas la epidermis se desprende al mínimo roce o con la presión digital (signo de Nikolsky).



Ilustración 2-1: Signo de Nikolsky

Fuente: (Torres y Olmos 2016)

El proceso con más severidad se da en las zonas sometidas a presión o traumatismo como el dorso o las nalgas. El proceso de desprendimiento de la piel puede progresar durante 5 - 7 días, tras los cuales se produce un período variable de re-epitelización (normalmente 1 - 3 semanas). Las lesiones de las mucosas aparecen en el 90-95% de los pacientes. En una tercera parte de ellos, la mucositis puede anteceder a las lesiones de la piel por unos pocos días. Las lesiones en las mucosas se asientan por orden de aparición en orofaringe, ojos, genitales y ano, y más raramente en nariz, esófago, tráquea y bronquios. En la mayor parte de los pacientes se produce la afectación de tres mucosas de forma simultánea, siendo muy extraña la afectación única (sólo un 15% de los

pacientes). No existe una correlación entre la severidad de las lesiones mucosas y la extensión de las lesiones cutáneas.

La afectación de las diferentes mucosas concluye con la formación de sinequias, con disfunción y presencia de mucho dolor, que deben ser tratados y prevenidas. El enfermo puede desarrollar además conjuntivitis purulenta, mucositis de la boca y del área genital, y denudación completa de la mucosa gastrointestinal, respiratoria y genitourinaria. La afectación vulvovaginal o la balanopostitis pueden conducir a retención urinaria y estenosis vaginal o del canal vaginal. La afectación ocular cursa con fotofobia, dolor así como también queratitis, infección y pérdida permanente de la visión.

Periodo de re-epitelización: El período de re-epitelización se prolonga entre una y tres semanas, en función de la extensión y la gravedad del cuadro clínico. Las hiper e hipopigmentaciones ocurren en la mayoría de los pacientes. Las uñas se caen con frecuencia (onicomadesis) y al crecer nuevamente pueden desarrollar deformidades que generalmente no se asocian a incapacidad funcional significativa. En ocasiones se pierden de forma permanente. (Estrella-Alonso et al. 2017, p. 2)



Ilustración 3-1: Compromiso cutáneo extenso

Fuente: (Torres y Olmos 2016)

1.5.10. Diagnóstico

El diagnóstico de SSJ es clínico, para poder realizar una valoración inicial es necesario solicitar una biometría hemática (que puede indicar eosinofilia, linfocitosis con linfocitos atípicos, leucopenia, anemia normocítica, velocidad de eritrosedimentación globular aumentada), tiempos de coagulación (tiempo de protrombina y tromboplastina aumentados) perfil hepático completo (hipoproteinemia, aumento de transaminasas, hipercolesterolemia), plaquetas (disminuidas), hemocultivos, de piel, de orina y si se considera necesario, de orificios corporales. Además en los casos posibles es necesario realizar la biopsia de piel. (Guía de referencia rápida del Gobierno Federal Mexicano,2018)

Se debe descartar las siguientes enfermedades ante la sospecha clínica de SSJ: (Guía de referencia rápida del Gobierno Federal Mexicano,2018)

- *Eritema multiforme*
- *Síndrome de choque tóxico*
- *Síndrome de la piel escaldada*
- *Enfermedad de Kawasaki*
- *Escarlatina*
- *Enfermedad de injerto contra huésped*
- *Deficiencia de Zinc*
- *LES*
- *Candidiasis*
- *Psoriasis pustulosa*
- *Dermatitis pustulosa subcorneal*
- *Dermatitis alérgica de contacto*
- *Eritema migratorio necrolítico*
- *Pénfigo vulgar*
- *Boca dolorosa* (Guía de referencia rápida del Gobierno Federal Mexicano,2018)

1.5.11. Diagnóstico diferencial

El eritema polimorfo mayor es uno de los primordiales diagnósticos diferenciales que tienen que ser descartados y distinguirlos por su afectación a la epidermis con lesiones del tipo de auténticas

escarapelas (tres anillos concéntricos), de predominio en partes acras, que respetan relativamente el tronco. (C. Hua, L. Valeyrie-Allanore, EMC 2018, p 3)

La ausencia de afectación mucosa o de afectación de una sola zona debe hacer sospechar un diagnóstico diferencial:

- Síndrome del choque tóxico estafilocócico o conocido como síndrome de la piel escaldada, que se caracteriza clásicamente por un despegamiento muy superficial, subcórneo, que no extiende a mucosas. Este despegamiento aparece clásicamente en un contexto de alteración general marcada con hipertermia. En mayor probabilidad afecta a niños, pero los adultos también se ven afectados en un contexto de inmunodepresión o de insuficiencia renal crónica.
- Pustulosis exantemática aguda generalizada, que es una toxicodermia clásicamente desarrollada en un plazo de 24-48 horas después de la toma de un medicamento como la amoxicilina o la pristinamicina. La erupción predomina en los pliegues, clásicamente respeta las mucosas y se identifica por la presencia de grandes placas eritematosas posiblemente confluentes, coronadas por cientos de lesiones pustulosas, no foliculares y asépticas. Esta erupción de aparición brusca se acompaña de una alteración del estado general.
- Pénfigo o penfigoide, que es una toxicodermia caracterizada por el desarrollo de ampollas y llagas o en mucosas como en boca o genitales,
- Otros: exantema agudo generalizado pustuloso, erupción bullosa secundaria a medicamentos, urticaria crónica, vasculitis necrosante, eritema tóxico infeccioso, enfermedad del suero, enfermedad de Kawasaki. (Alvarado et al.2018, p 3)

1.5.12. Complicaciones

En los pacientes con SSJ la pérdida de la piel puede dar lugar a (Guía de referencia rápida del Gobierno Federal Mexicano,2018):

- *Desequilibrio hidroelectrolítico,*
- *Infecciones bacterianas y micóticas en piel y mucosas.*
- *Alteraciones endócrinas*
- *Insuficiencia Renal*
- *Edema agudo pulmonar*
- *Hemorragia digestiva*
- *Sepsis, sepsis severa, choque séptico*
- *Coagulación intravascular diseminada*
- *Falla multiorgánica*
- *Tromboembolia pulmonar*
- *Muerte.* (Guía de referencia rápida del Gobierno Federal Mexicano,2018):

Otros compromisos sistémicos descritos son:

- *Colitis/sangrado intestinal*
- *Diabetes mellitus*
- *Encefalitis/meningitis aséptica*
- *Hepatitis*
- *Nefritis intersticial*
- *Neumonitis intersticial/síndrome de dificultad respiratoria*
- *Miocarditis*
- *Serositis*
- *Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética*
- *Tiroiditis* (Torres y Olmos 2013)

Es recomendable en estos casos mantener un monitoreo frecuente de los pacientes con SSJ/NET para detectar de forma inmediata alguna disfunción orgánica que pongan en peligro la vida. Siempre se debe solicitar apoyo para realizar una evaluación adecuada y un manejo de la función renal, equilibrio hidroelectrolítico, ácido base etc. Se deberá solicitar al ingreso del paciente, química sanguínea básica, gasometría arterial, biometría hemática completa y pruebas de coagulación.

Se recomienda tomar un cultivo y frotis de fondo de saco en caso de sospecha de infección oftalmológica agregada, para tratamiento específico y prevenir reacción de toxicidad al fármaco, valorar casos de contaminación recurrente por continuidad oído, nariz o garganta.

Secuelas del SSJ/NET a largo plazo incluyen cambios cutáneos, mucosos, oculares y pulmonares.

- Cutáneos: xerosis, se producen cambios pigmentarios (hipo o hiperpigmentación, distrofias ungueales y alopecia). El manejo dermatológico debe considerar el uso de lubricantes y filtros solares así como medidas generales para evitar la xerosis.
- Problemas oculares. La erupción que provoca el síndrome de Stevens-Johnson puede producir una inflamación ocular. En casos leves, puede causar irritación y sequedad en los ojos. En casos graves, puede provocar un daño tisular extenso y cicatrices que producen deterioro de la visión y, rara vez, ceguera.
- A nivel pulmonar se han identificado bronquitis crónica, bronquiolitis, bronquiectasias, y trastornos obstructivos. La afección severa puede producir insuficiencia respiratoria aguda.
- A nivel urológico se debe incluir el cuidado a la aparición de adherencias vulvovaginales o fimosis.
- Infección secundaria en la epidermis (celulitis). La celulitis puede provocar riesgos que ponen en peligro la vida del paciente, como el síndrome séptico.
- Infección en la sangre (síndrome séptico). El síndrome séptico se produce cuando las bacterias de una infección ingresan en el torrente sanguíneo y se propagan por el cuerpo.
- Daño permanente en la piel. La piel vuelve a crecer después de padecer el síndrome de Stevens-Johnson, podrá tener queloides o bultos y cambios en la coloración. Lo que podría dejar secuelas después de padecer esta enfermedad.
- Problemas prolongados en la piel pueden hacer que se caiga el cabello, y que las uñas de las manos y de los pies no crezcan con normalidad. (Mayo Clinic 2019a)

1.5.13. Pronóstico

Los factores que están relacionados con un peor pronóstico se encuentran una avanzada edad del paciente, alteraciones hematológicas como trombocitopenia, neutropenia y linfopenia, además de la elevación de la creatinina serica⁴³. En estos momentos existe una escala de para determinar la severidad para la NET denominada *Severity-of-illness Score for Toxic Epidermal Necrolysis* (SCORTEN) en la que se evalúan siete parámetros con la finalidad de predecir la mortalidad del paciente.

Tabla 3-1: Escala de SCORTEN

Variables	Valores	Puntaje
1.- Edad	≥ 40 años	1
2.- Frecuencia Cardíaca	≥ 120 latidos/min	1
3.- Antecedentes de Cáncer		1
4.- Epidermólisis inicial	≥10% de superficie corporal	1
5.- BUN	>28 mg/dL	1
6.-Bicarbonato sérico	< 20 mEq/L	1
7.-Glucosa sérica	>252 mg/Dl	1

Fuente: Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau JC: Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. Arch Dermatol. 1993, 129: 92-96.

Se considera que un SCORTEN 0-1 puede ser manejado en salas comunes con el aislamiento adecuado, pero si es superior necesita terapia intensiva y mejor aún unidades de cuidados intensivos o de Quemados. (Aldama Caballero y Aldama Negrete 2019, p. 2)

Tabla 4-1: Evaluación Puntaje Mortalidad

Puntaje	Mortalidad
0-1	3.2
2	12.1
3	35.8
4	58.5
>5	90

Fuente: Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau JC: Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. Arch Dermatol. 1993, 129: 92-96.

Este sistema de puntaje es más valioso cuando se usa del día uno al tres de hospitalización, con él puede subestimarse la mortalidad en pacientes con síntomas respiratorios

1.5.14. Atención complementaria

La atención complementaria comprende:

- **Rehidratación y nutrición.** Como resultado del desprendimiento de la epidermis se produce una pérdida considerable de los líquidos del cuerpo, por lo que una parte importante del tratamiento es la rehidratación continua del paciente. Puedes recibir líquidos y nutrientes a través de un tubo colocado en la nariz y que sigue hasta el estómago (sonda nasogástrica).
- **Cuidado de la herida.** Las compresas húmedas y frías ayudarán a aliviar las ampollas mientras se curan. Es posible que el equipo de atención médica retire con cuidado la piel muerta y coloque vaselina o vendajes con medicamentos sobre las zonas afectadas.
- **Cuidado de los ojos.** También podrías necesitar la atención de un especialista en ojos (oftalmólogo). (Mayo Clinic 2019b)

CAPITULO II

2. PRESENTACION DEL CASO CLINICO

2.1. Datos de Filiación

Nombre: NN

Documento de identidad: NN

Edad: 28 años

Género: masculino

Etnia: Mestiza

Estado civil: Soltero

Religión: Ateo

Lugar de nacimiento: Ciudad de Guayaquil, Provincia de Guayas

Fecha de nacimiento: 27 de Abril de 1990

Teléfono: NN

Ocupación: Conductor de carros pesados

Escolaridad: básica

Fuente de Información: Directa

Fecha de Ingreso: 12 de Febrero del 2019

2.2. Motivo de Consulta

Fiebre

Malestar general

2.2.1. Enfermedad actual

Paciente que el día 8/02/2019 como fecha real y aparente presenta fiebre no cuantificada, cefalea más escalofríos, por lo que acude al servicio de Emergencia del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena, diagnosticado como un resfriado común se dio de alta con Paracetamol 500 miligramos cada 8 horas por 4 días, lo cual refiere haber tomado toda la medicación y durante el tiempo que se le indicó. Además que durante los días de tratamiento, presento náusea por varias ocasiones que no llegaron al vomito, podría ser causa de alimento copioso que ingirió en la carretera. Así mismo añade que presento sarpullido (exantema) en miembros superiores derecho e izquierdo (antebrazo) e ingle, el cual le ocasionaba comezón, así mismo refiere haber mantenido relaciones sexuales sin protección con pareja desconocida, durante los días que se encontraba con tratamiento.

Después de 5 días paciente acude por fiebre no cuantificada de causa aparente lesión ulcerativa en pene que aparece tras relación sexual sin protección en estado etílico, además refiere salida de secreción purulenta uretral, se evidencia lesiones eritematosas tipo flictenas a nivel de extremidades superiores, tórax anterior y posterior, a nivel de región peribucal, motivo por el cual acude a esta casa de salud.

2.3. Antecedentes

2.3.1. Personales

Sin antecedentes personales de importancia

2.3.2. Antecedentes Patológicos Familiares

No refiere

2.3.3. *Historia social*

Paciente soltero, sin hijos, refiere buena relación con la madre y el padre. La casa en la que vive es de cemento, arrendada, consta de 4 habitaciones para tres personas, misma que consta con todos los servicios básicos y refiere tener un animal dentro de la casa (Perro).

Los ingresos propios de aproximadamente (650 dólares) mensuales. Sus padres no trabajan ya que son de la tercera edad.

2.3.4. *Examen Físico*

2.3.5. *Examen físico general*

2.3.5.1. *Signos vitales*

Dentro de parámetros normales

Frecuencia Cardiaca: 90 lpm

Frecuencia Respiratoria: 20 Rpm

Tensión Arterial: 105/60 mmHg

Temperatura: 38.8°C

Saturación de Oxígeno: 98% al ambiente

Estado de Conciencia: Alerta

2.3.6. Antropometría

Peso: 70.3 Kg

Talla: 1.68 cm

IMC: 24.8 (sobrepeso)

Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, en posición decúbito dorsal, biotipo constitucional normolíneo, sin alteración en el estado nutricional y esquelético, con lenguaje coherente y fluido, facie álgica.

- Faneras: Pelo: de implantación y cantidad normal sin lesiones en piel y cuero cabelludo, cabello negro y abundante. Uñas: simétricas, lisas, redondas de manos y pies.
- Piel con flictenas a nivel de tórax anterior y posterior, eritema, con exudación viscosa con secreción aperlada la misma que se extiende a crestas iliacas, y miembros superiores a nivel de antebrazos en cara anterior, dolorosa al tacto que se intensifica en posición de cubito dorsal.
- Cabeza: A la inspección se observa normo cefálica, simétrica, sin lesiones. A la palpación de la cabeza no se palpan nódulos ni hundimientos craneanos, cabello de buena implantación.
- Ojos: Pupilas isocóricas, normo-reactivas a la luz, conjuntivas congestivas y eritematosas palpebrales bilateral
- Nariz: fosas nasales permeables.
- Boca: lesión tipo queilitis, con costras de color negruzco que abarca todo el labio superior con lesión satélite en barbilla izquierda, de aproximadamente 3 centímetros de diámetro.
- Mucosas orales: húmedas
- Orofaringe: No congestiva
- Oídos: Conducto auditivo externo permeable, no se evidencian patologías, buena audición.
- Cuello: móvil, simétrico, no se palpan adenomegalias, no se perciben nódulos ni lesiones, atrofiadas dérmicas ni musculares, no se aprecian cadenas ganglionares.
- Tórax: simétrica expansibilidad torácica conservada, flictena a nivel de pezón izquierdo de 10 centímetros de diámetro. Tórax posterior: flictena a nivel de T12 de 8 centímetros.
- Corazón: Rítmico normo-fonético, no soplos, R1- R2 Rítmicos.
- Pulmones: Murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos.

- Abdomen: suave depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos Hidroaéreos presentes, flictena a nivel de hipogastrio.
- Pelvis: flictenas a nivel de espinas iliacas anterosuperior bilateral.
- Región inguino-genital: sin perdidas ni salida de liquido.
- Extremidades superiores: simétricas, flictenas en región anterior de antebrazo, bilateral, no edema, sensibilidad, tono, fuerza, movilidad conservada.
- Extremidades inferiores: simétricos, no edema, sensibilidad, tono, fuerza, movilidad conservada.

2.3.7. Examen neurológico elemental

Marcha: eubasica, movimientos activos de extremidades inferiores normales, existe limitación a la flexión de los antebrazos por dolor, sensibilidad dolorosa en lesiones, sensibilidad profunda conservadas. Reflejos superficiales y profundos conservados.

Pares craneales: conservados, no signos meníngeos.

Exámenes de Ingreso:

Radiografía de Tórax: dentro de parámetros normales.



Ilustración 1-2: Radiografía de Tórax

Tabla 1-2: Exámenes de laboratorio de ingreso

Prueba	Resultados	Rangos
HEMATOLOGIA		
Glob.Blanco 10³/uL	5.70	4.32 - 10.42
Basófilos %	0.0	0.0-0.5
Eosinófilos %	0.9	0.5-4.0
Neutrófilos %	52	55.0 - 65.0
Linfocitos %	45%	25.0-35.0
Monocitos%	6.5	4.0-8.0
Hematocrito %	45.8	37.9 - 47.0
Hemoglobina g/dl	15.6	12.70 - 16.20
Plaquetas 10³/uL	91.000	194.00 - 382.00
VSG	6	
PCR	2.1	

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital General “José María Velasco Ibarra - TENA”

Ministerio de Salud Pública - 2019

Realizado por: Jeanneth Herrera

Tabla 2-2: Exámenes de laboratorio de ingreso

Prueba	Resultados	Rangos
COAGULACIÓN		
Tiempo de Tromboplastina TTP	28 seg	20.00-33.30
TP	12. seg	10.80-14.50
QUÍMICA SANGUÍNEA		
Glucosa mg/dl	100	70.0-100
Urea	28	15 - 39
BUN	12	7 - 18
Creatinina	1.14 mg/dl	0.60-1.30

PERFIL HEPATICO		
Bilirrubina total	0.50	0.20 – 1.00
Bilirrubina directa	0.17	0.10 – 0.50
Bilirrubina indirecta	0.33	0.21- 0.80
SEROLOGIA		
VIH	NO REACTIVO	
VDRL	NO REACTIVO	

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital General “José María Velasco Ibarra-TENA”

Ministerio de Salud Pública - 2019

Realizado por: Jeanneth Herrera

Diagnóstico al ingreso:

- Síndrome febril
- Dengue a descartar
- Trombocitopenia

INGRESO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Evolución del Paciente

13/02/2019 – 13:30

Paciente masculino de 28 años, hospitalizado en el servicio de Medicina Interna que fue valorado por los especialistas Dermatólogo, Médico Internista, deciden realizar examen biopsia de piel, para confirmar diagnóstico, además se solicitan exámenes de laboratorio urocultivo, procalcitonina, dengue Ig M, STORCH, frotis en sangre periférica, hemocultivo, asto, aglutinaciones febriles).

14/02/2019 - 08:30am

Paciente en condición hemodinámicamente estable, se prescriben las siguientes indicaciones.

Indicación:

- Aislamiento de contacto estricto
- Control de signos vitales cada 4 horas más curva térmica

- Control de ingesta y excreta
- Dieta líquida fría a tolerancia
- Hidratación con Lactato de Ringer 1000 mililitros intravenoso pasar 100 mililitros hora.
- Vancomicina 500 miligramos intravenoso cada 12 horas pasar en 3 horas en infusión lenta
- Solución magistral (solución hipertónica) aplicar en lesión

14/02/2019 - 20:30pm

Se recibe resultados de biopsia de piel, los cuales indican positivo para Síndrome de Steven Johnson.

15/02/2019 – 08:30am

Después de un día de hospitalización, se realiza evaluación de caso clínico y se confirma diagnóstico de Dengue sin signos de alarma, diagnóstico que es confirmado por examen de laboratorio, además se obtiene resultados de laboratorio para descartar otras entidades que se pensó.

Tabla 1-2: Exámenes de laboratorio

Prueba	Resultados	Positivo	Negativo	Indeterminado
DENGUE				
Dengue Ig M	24.73 U/ml	>11 U/L	<9 u/l	9-11 u/ ml
Interpretación: POSITIVO				
Dengue Ig G	3.45 U/ml	>11 U/L	<9 u/l	9-11 u/ ml
Interpretación: NEGATIVO				

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital General “Jose María Velasco Ibarra - TENA” Ministerio de Salud Pública - 2019

Realizado por: Jeanneth Herrera.

Tabla 2-2: Exámenes de laboratorio

INMUNOLOGIA

Prueba: SIFILIS				
IgG: NEGATIVO			IgM: NEGATIVO	
Prueba:	Resultados	Positivo	Negativo	Indeterminado
TOXOPLASMA Ig G	144.00 U/ml	>8 UI/ml	<6.5 UI/ml	6.5 - 8 UI/ ml
Interpretación: POSITIVO				
TOXOPLASMA Ig M	0.9 U/ml	>1.1 UI/ml	< 0.9 UI/ml	0.9 - 1.1 UI/ ml
Interpretación: NEGATIVO				

Prueba:	Resultados	Positivo	Negativo	Indeterminado
RUBEOLA Ig G	45.10 U/ml	> 10 UI/ml	< 5 UI/ml	5 – 10 UI/ ml
Interpretación: POSITIVO				
RUBEOLA Ig M	0.69 U/ml	>1.1 UI/ml	< 0.9 UI/ml	0.9 - 1.1 UI/ ml
Interpretación: NEGATIVO				

Prueba:	Resultados	Positivo	Negativo	Indeterminado
CITOMEGALOVIRUS Ig G	7.35 U/ml	> 1.1 UI/ml	< 0.9 UI/ml	9 – 1.1 UI/ ml
Interpretación: POSITIVO				
CITOMEGALOVIRUS Ig M	0.24 U/ml	>1.1 UI/ml	< 0.9 UI/ml	0.9 - 1.1 UI/ ml
Interpretación: NEGATIVO				

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital General “José María Velasco Ibarra - TENA” Ministerio de Salud Pública - 2019

Realizado por: Jeanneth Herrera

Tabla 3-2: Exámenes de laboratorio

Prueba: FROTIS EN SANGRE PERIFERICA	
SERIE BLANCA: NORMAL	SERIE ROJA: NORMAL

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital General “José María Velasco Ibarra - TENA” Ministerio de Salud Pública - 2019

Realizado por: Jeanneth Herrera

Tabla 5-2: Exámenes de laboratorio

Prueba: (ASTO CUANTITATIVO) ANTIESTREPTOLISINA O
<200 NEGATIVO
Prueba: AGLUTINACIONES FEBRILES
NEGATIVO

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital General “José María Velasco Ibarra - TENA” Ministerio de Salud Pública - 2019

Realizado por: Jeanneth Herrera

INDICACIONES:

- Aislamiento de contacto estricto
- Control de signos vitales cada 4 horas más curva térmica
- Control de ingesta y excreta
- Dieta líquida fría a tolerancia
- Hidratación con Lactato de Ringer 1000 mililitros intravenoso pasar 100 mililitros hora.
- Vancomicina 500 miligramos intravenoso cada 12 horas pasar en 3 horas en infusión lenta

16/02/2019 – 08:00

Paciente asintomático, signos vitales dentro de parámetros normales, frecuencia cardiaca: 65 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, temperatura: 36.2 °C, tensión arterial: 110/70 mmhg, saturación de oxígeno: 98%. Paciente que cursa el tercer día de

antibiótico: Vancomicina 500 mg intravenoso cada 12 horas pasar en 3 horas, infusión lenta. Se recibe resultados de hemocultivo.

Tabla 4-2: Exámenes de laboratorio

Prueba: HEMOCULTIVO
Muestra 1 y 2: sin desarrollo bacteriano

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital General “José María Velasco Ibarra - TENA” Ministerio de Salud Pública - 2019

Realizado por: Jeanneth Herrera.

17/02/2019 – 08:00

Paciente asintomático, se observa mejoría de lesiones a nivel de tórax antero-posterior, y en extremidades superiores e inferiores, sin signos de inflamación, mismas que se observó en proceso de cicatrización. Se realizó exámenes de laboratorio: biometría hemática, PCR (proteína c reactiva).

Tabla 5-2: Exámenes de laboratorio

Prueba	Resultados	Rangos
HEMATOLOGIA		
Leucocitos	6.30	4.50 - 10.00
Basófilos %	0.2	0.2-1.0
Eosinófilos %	0.9	0.5-4.0
Neutrófilos %	58	400 - 65.0
Linfocitos %	45	40.5 - 45.5

Monocitos%	6.5	5.5 - 11.7
Hematocrito %	41.8	42.0 - 52.0
Hemoglobina g/dl	14.3	14.0 - 18.0
Plaquetas k/uL	187.000	130.000- 400.000

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital General “José María Velasco Ibarra - TENA” Ministerio de Salud Pública - 2019

Realizado por: Jeanneth Herrera.

Tabla 6-2: Exámenes de laboratorio

Prueba:	Resultado	Rango
PCR	0.2	0.0 – 0.9

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital General “José María Velasco Ibarra - TENA” Ministerio de Salud Pública - 2019

Realizado por: Jeanneth Herrera.

18/02/2019 – 08:00

Paciente asintomático, se observa mejoría de lesiones a nivel de tórax antero-posterior, y en extremidades superiores e inferiores, sin signos de inflamación, con mejoría de clínica y de exámenes de laboratorio por lo cual se decide el alta.

CAPITULO III

3. Discusión

Se estudió el Síndrome de Stevens Johnson y la Necrólisis Epidérmica Tóxica, dos raras, pero severas formas de enfermedades ampollosas mucocutáneas, que comparten características clínicas e histopatológicas similares pero difieren en la extensión del compromiso dérmico. Son reacciones que se piensan están mediadas por procesos inmunológicos y cuya etiología está estrechamente relacionada con el uso de algunas drogas y la exposición a ciertas infecciones

Las reacciones medicamentosas pueden ocurrir a cualquier edad, aunque los jóvenes constituyen un grupo vulnerable. Dentro de los factores desencadenantes más del 50% es debido a fármacos, reacción que se evidencia con su inicio en un periodo menor a 3 meses cuando el paciente recibe tratamiento crónico con fármacos.

La extensión de las lesiones es el principal factor pronóstico, debido a que permite clasificar la enfermedad en SSJ (menos del 10 %), NET (mayor del 30 %) y la sobreposición de las dos entidades cuando el desprendimiento está entre 10 y 30 %. (Quintero Castro,2017 P 303)

Paciente que inicialmente cursa con cuadro febril y sin ningún síntoma y signo relevante el mismo que se le cataloga como un resfriado común y se le envió a la casa con Paracetamol y además se le indico reposo más hidratación, paciente que al tercer día de tratamiento mantiene relaciones sexuales sin protección con pareja desconocida, y en esta ocasión paciente acude al servicio de emergencia del Hospital José María Velasco Ibarra por presentar lesiones eritematosas en tórax anterior y posterior y en mucosas orales, acompañado de fiebre y malestar general.

Se realiza exámenes pertinentes los cuales son indicadores de Síndrome de Steven Johnson por agente etiológico virus de Dengue. Se le medica paracetamol para mejorar la fiebre, corticoides y a la vez hidratación, estricto aislamiento de contacto.

Paciente que pasa internado durante seis días, el cual presenta excelente mejoría clínica la cual se decide el alta.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

La perspectiva tanto del profesional médico, así como del paciente y de sus familiares es la recuperación total y descartar la progresión del Síndrome de Johnson por lo cual el seguimiento al paciente se realizará de forma prolongada considerando todos los factores que hay que considerar durante el tratamiento y las múltiples complicaciones.

Las características clínicas que ayudaron al diagnóstico del paciente fueron, la fiebre de 38 a 39°C, malestar general, disfagia, lesiones eritematovesicoampollares en piel y mucosa oral.

CONCLUSIONES

- La severidad del cuadro es proporcional a la extensión de piel afectada.
- La pérdida de piel necrótica puede dar lugar a infecciones que desencadenen una sepsis
- Las personas sobrevivientes a cualquier síndrome de hipersensibilidad deben evitar su exposición a drogas o medicamentos estructuralmente relacionados con el desarrollo de Síndrome Steven Johnson
- Es importante realizar un diagnóstico temprano de estas enfermedades para suspender lo más pronto posible el fármaco causante o tratar el agente causal.

RECOMENDACIONES

Identificar los marcadores de severidad para monitorizar la evolución e iniciar el tratamiento específico que permita la detención, curación y prevención de las complicaciones y secuelas de la enfermedad.

Realizar una adecuada selección de la terapia dentro del arsenal terapéutico de la epilepsia, poniendo siempre en consideración criterios de seguridad, conveniencia, y costo, para llegar a una escogencia óptima de la medicación.

BIBLIOGRAFÍA

AKINCI, D.B., SIVIŞ, D.Z.Ö., ŞAHİN, D.A., KARAPINAR, D.D.Y. y KAVAKLI, D.K., [sin fecha]. Síndrome de Stevens-Johnson asociado al tratamiento con metotrexato de la leucemia linfoblástica aguda: a propósito de un caso. , pp. 4.

ALDAMA CABALLERO, A. y ALDAMA NEGRETE, F., 2019. Necrólisis cutánea - Casuística de 25 años. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, vol. 52, no. 1, pp. 17-24. ISSN 18168949. DOI 10.18004/anales/2019.052(01)17-024.

CASTRO, D.Q., QUINTERO, Y.C. y MORGADO, D.D., 2017. Síndrome de Stevens-Johnson y uso de corticosteroides. *Revista Información Científica*, vol. 96, no. 2, pp. 297-305. ISSN 1028-9933.

ESTRELLA-ALONSO, A., ARAMBURU, J.A., GONZÁLEZ-RUIZ, M.Y., CACHAFEIRO, L., SÁNCHEZ SÁNCHEZ, M. y LORENTE, J.A., 2017. Toxic epidermal necrolysis: a paradigm of critical illness. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [en línea], vol. 29, no. 4. [Consulta: 3 octubre 2019]. ISSN 0103-507X. DOI 10.5935/0103-507X.20170075. Disponible en: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-507X.20170075>.

GONZALEZ, M.E., 2016. Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrólisis epidérmica tóxica (NET) - Trastornos cutáneos. *Manual MSD versión para profesionales* [en línea]. [Consulta: 12 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-cut%C3%A1neos/hipersensibilidad-y-trastornos-inflamatorios-cut%C3%A1neos/s%C3%ADndrome-de-stevens-johnson-ssj-y-necr%C3%B3lisis-epid%C3%A9rmica-t%C3%B3xica-net>.

GPC, 2016. *Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Stevens- Johnson/Necrólisis Epidérmica Tóxica en el adulto*. México: Gobierno Federal. ISBN 978-607-8290-18-5.

HERNÁNDEZ DINZA, P.A., GONZÁLEZ RIVERO, M. y IRAGORRI DORADO, C.A., 2018. *Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica en una lactante*. 2018. S.l.: s.n.

HUA, C. y VALEYRIE-ALLANORE, L., 2018. Síndromes de Stevens-Johnson y de Lyell. *EMC - Dermatología*, vol. 52, no. 2, pp. 1-9. ISSN 17612896. DOI 10.1016/S1761-2896(18)90892-7.

INTRAMED, 2019. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica - Artículos - IntraMed. [en línea]. [Consulta: 12 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=89704>.

LLANOS PALMIRA, L.E., FONSECA LEÓN, A., PANEQUE POCIO, M.E. y GUALY CUCHIMBA, D.A., 2012. Síndrome de Stevens-Johnson y sida. Conducción anestésica en una paciente obstétrica. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, vol. 11, no. 2, pp. 139-146. ISSN 1726-6718.

MARTÍNEZ-CABRIALES, S.A., [sin fecha]. Actualidades en farmacodermias severas: síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrólisis epidérmica tóxica (NET). *Gaceta Médica de México.*, pp. 11.

MAYO CLINIC, 2019a. Síndrome de Stevens-Johnson - Diagnóstico y tratamiento. [en línea]. [Consulta: 12 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stevens-johnson-syndrome/diagnosis-treatment/drc-20355942>.

MAYO CLINIC, 2019b. Síndrome de Stevens-Johnson - Síntomas y causas. [en línea]. [Consulta: 12 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stevens-johnson-syndrome/symptoms-causes/syc-20355936>.

SANTOS, V.M., BAZI, L.S., DAAMECHE, L.N.A., PEDROSA, D.L. y SOARES, A.M.R., 2019. Síndrome de Stevens-Johnson - relato de caso. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília* [en línea], vol. 7, no. 3. [Consulta: 12 septiembre 2019]. ISSN 2238-5339. Disponible en: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/9564>.

TORRES, M. y OLMOS, E., 2013. Severe drug reactions Stevens Johnson syndrome and DRESS syndrome. *Acta Medica Colombiana*, vol. 38, no. 2, pp. 76-82. ISSN 0120-2448.

WU HSIEH, S., 2011. Síndrome de Dress y síndrome de Steven Johnson. *Medicina Legal de Costa Rica*, vol. 28, no. 1, pp. 65-69. ISSN 1409-0015.

ANEXOS

Anexo A: Imágenes



