

Síndrome de Stevens Johnson secundario a sulfamidas. A propósito de un caso
Stevens Johnson`s syndrome secondary to sulphamides. A case report

Cristóbal Mayola Alberto (1), Kenia Téllez Frandín (2), Janet Romero Suárez (3), Manuel Zada González (4)

Resumen

Se presenta paciente de 31 años de edad, con antecedente de salud anterior, que después de 72 horas de haber iniciado terapéuticas con Sulfamidas (Sulfaprin) para una amigdalitis aguda exudativa, comenzó a presentar lesiones eritematosas de diversos tamaños algunas con flictenas o vesículas, no prurigena de bordes irregulares localizadas en piel de la cara, cuello, tronco con extensión a mucosas yugal, labial y conjuntival. Todo esto acompañado de fiebre de 39-40 o C, aumento de volumen de los ganglios linfáticos, carotídeo y espinal del cuello. Se realizó biopsia de las lesiones en piel del tronco y se procedió a la terapéutica con esteroide, antihistamínico y antibioticoterapia.

Palabras clave: SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON,

1. Especialista de 1er.Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.
2. Especialista MGI. Profesor instructor.
3. Enfermera Intensivista. Alumna de 5to. Año de Licenciatura en Enfermería.
4. Alumno 4to año de Medicina. Ayudante de Medicina Interna

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 31 años de edad, color de la piel blanca; que después de llevar 72 horas de tratamiento a base de sulfamidas (sulfaprin) para una amigdalitis aguda exudativa, comenzó a presentar lesiones eritematosas de borde irregulares con vesículas o flictenas, no prurigena

en piel de la cara, cuello, tronco con extensión a mucosas (yugal, labial y conjuntival). Este cuadro

se presentó acompañado de fiebre de 39-40 grados C, aumento de volumen ganglionar de cadena carotídea y espinal del cuello con toma marcada del estado general.

Al exámen físico se constató:

Mucosas- hiperemia en conjuntiva ocular.

Lesiones de aspecto eritematoso vesiculoso en mucosa labial. Presencia de flictenas en mucosa nasal.

Orofaringe-enrojecida, lesiones exudativas, pultácea en amígdala palatina. Lesiones de tipo aftosa en toda la mucosa yugal sobre todo en paredes laterales.

Piel- hipertermia, seca, lesiones diseminadas de borde irregulares, no prurigenas de base eritematosa con lesiones vesiculares o ampollones sobre los mismos en piel de la cara, cuello, tronco. Tinte ciosúrtico en lecho inagical de forma bilateral.

TCS- Edema palpebral, que ocupa párpado superior e inferior.

D. Respiratorio-Expansión torácica normal FR16

Vibraciones variables conservadas.

Precisión normal.

Auscultación.

Murmullo vesicular normal. No estertores.

D. Cardiovascular-

Ruidos cardíacos taquicárdicos. No soplo. No 3er. Ruido. No roce pericardio.

No gradiente termino TA 110/70 mmHg. FC 104/min.

Abdomen-Plano, sigue los movimientos respiratorios, no doloroso a los golpes de tos ni a la palpación superficial ni profunda,. No tumoración, viceromegalias palpable en hipocondrio derecho correspondiente a borde inferior del hígado rebasando el reborde costal derecho en 2 cm.

Neurológico- Consciente, orientado en tiempo, espacio y persona (TSP), No signos meningeos. No focalización neurológica.

Complementarios realizados:

Hb-12,6 gr/l

Eritro- 60 mn/h

Leucograma:

Leucocitos- 6.6 x 10 /l

Seg.- 0.56

E- 003

M-000

L-041

Glicemia- 5,3 mn/l

Creatinina-29,5 mn/l

Acido Urico-237,9 mn/l

Serología- UDRL n/r

Hemocultivo (I-II-III)- Negativo. Sin crecimiento bacteriano.

Exudado de lesiones en piel-Negativo de gérmenes patógenos.

Exudado orofaríngeo-flora normal

Citurgia- Albumina- trazas

Leucocitos 70 x c

Htes

Cilindros 0 x 10

Biopsia de piel.

Eritema multiforme hipodérmico con toma de mucosa conjuntival, nasal y oral compatible con Síndrome de Stevens-Johnson.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Stevens Johnson de ectodermosis erosiva pluriorificiales, es una enfermedad grave, a menudo fatal. Considerada por muchos como un tipo de eritema multiforme pero actualmente definida como una entidad distinta.

La enfermedad tiene un comienzo repentino con fiebre de 39-40 grados C, cefalea, malestar y dolor orofaríngeo coincidiendo dicha sintomatología con el cuadro inicial de nuestro paciente (1)

La estomatitis, la conjuntivitis bilateral y la hipertrofia ganglionar fue encontrada en nuestro paciente afectándose las cadenas ganglionares del cuello especialmente la carotídea y la espinal en correspondencia con la literatura revisada (2).

La piel de la cara manos y pies pueden afectarse invadida por una erupción hemorrágica, vesículo ampollar o petequial con inflamación de uno o de todos los orificios naturales. En nuestro caso se afectó la piel de la cara, cuello y tronco, predominando las lesiones vesiculares y los orificios afectados correspondiente a boca, nariz y conjuntiva ocular no así la uretra y el ano que se reportan en la literatura (3,4).

Al exámen físico del paciente observamos como llamativo un borde hepático palpable además de lo referido en piel y mucosas anteriormente pero en ningún momento de su evolución hubo inflamación de cavidades serosas como el pericardio ni manifestaciones neurológicas como convulsiones pero sí fue evidente la presencia de toma articular sobre todo la de los manos con cianosis del lecho inguinal.

La evolución fue favorable al suspenderse la medicina de sulfamidas previamente utilizado en el paciente y se impuso tratamiento a base de esteroides, antihistamínico y antibioticoterapia como respuesta a las lesiones de piel a pesar de que el exudado de las mismas no se obtuvo crecimiento de gérmenes patógenos, esto está relacionado con lo encontrado en la literatura donde la enfermedad puede seguir su curso sin terapéutica o con ella pero donde el uso de esteroides, antihistamínicos y antibióticos para la sepsis secundaria es resultado con gran fuerza por los autores. (5;6)

Finalmente la biopsia como en todos los casos es concluyente con muestras de tejido de piel de las lesiones donde se resaltó el eritema multiforme tipo dérmico con toma de conjuntiva, mucosas oral y nasal compatible con Síndrome de Stevens Johnson (7)

ABSTRACT

A thirty one year old patient is presented with history of previous good health. Seventy two hours later he was administered Sulfamides for acute tonsillitis. Different size erythematous lesions started to develop some of them, showing non-itchy blisters on vesicles with irregular borders, located on the face skin, neck and trunk, spreading over malar, labial and conjunctiva areas accompanied by fever 39-40 °C. Spinal, carotid and neck lymph nodes enlargements have been observed. Biopsies of trunk skin lesions were done and eventually steroids, antihistaminics and antibiotics were therapeutically administered.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Aihara M, Ikezawa Z. Steven Johnson Syndrome. Nippon Rinsho 2002; 60 (1): 322-7
- 2.- Fagot J P Nevirapine and the risk of Steven Johnson Syndrome or Toxic Epidermal Necrolysis IDS 2001; 28 (14): 1843-8
- 3.-Kasper M. Stevens Johnson Syndrome. Clin J Oncol Nurs 2001; 5 (1): 25-6
- 4.- Auquier Durant A. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiforme majus, Stevens Johnson Syndrome, and Toxic Epidermal Necrolysis: results of an International prospective study. Arch Dermatol 2002; 138 (8): 1019-24.
- 5.-Lockie M J, Rees R G. Steven Johnson Syndrome in a association with by dioxychloroquine treatment for rheumatoid arthritis. Rheumatology 2002; 41 (4): 473-4
- 6.- Cafasso A. Stevens Johnson Syndrome presumably induced by bromhexine. A case report. Minerva Stomatol 2002; 51 (4): 151-6
- 7.-Zardini V, Pavoni N. A case of Stevens Johnson Syndrome Latlante 1965; 36 (5): 1-10.