



199/134 - SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EN PACIENTE CON CATARRO DE VÍAS ALTAS

A. Cabello Chanfreut^a, F. Leiva-Cepas^b, R. Reyes Vallejo^c, J. Madeira Martins^d, A. López Matarín^e y J. Fernández García^f

^aMédico Residente de 4^º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 24 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales patológicos ni quirúrgicos. Acude por la presencia de tumefacción facial y edema lingual tras la instauración de tratamiento con azitromicina en Hospital de Alta Resolución por cuadro catarral de dos días de evolución; la noche anterior. Se administró corticoterapia intravenosa y ranitidina iv remitiéndose a la paciente a la consulta de Alergología.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, eupneica en reposo y estable hemodinámicamente. Tumefacción facial generalizada, incluyendo párpados, edema lingual, no de úvula. ACR: sin hallazgos patológicos. Presencia de febrícula de 37,8 °C, sin la existencia de lesiones cutáneas que hagan sospechar una NET. Se solicita: Rx de columna cervical lateral: sin aumento del espacio laríngeo. Analítica: hemograma normal, salvo la presencia de linfocitosis y trombocitosis reactiva. Bioquímica normal.

Juicio clínico: Síndrome de Stevens-Johnson secundario a la ingesta de azitromicina.

Diagnóstico diferencial: En el diagnóstico diferencial deben ser incluidos: dermatosis linear por inmunoglobulina A (IgA), pénfigo paraneoplásico, pénfigo bulloso, exantema agudo generalizado pustuloso, erupción bullosa fija secundaria a medicamentos, urticaria crónica, vasculitis necrosante, eritema tóxico infeccioso, meningococcemia, enfermedad del suero, enfermedad de Kawasaki, infección estreptocócica grave y, principalmente, síndrome estafilocócico de la piel escaldada; este último es producido por *Staphylococcus aureus*.

Comentario final: El SSJ y la NET forman parte de una misma enfermedad, con expresividad clínica y manifestaciones iniciales inespecíficas; la característica principal para diferenciarlas es la extensión y gravedad de las lesiones cutáneas. Existen evidencias actuales de susceptibilidad genética para desarrollar el síndrome, aunque estos estudios están limitados a algunos grupos raciales y a determinados fármacos. Es probable que, en un futuro cercano, estos marcadores genéticos puedan ser estudiados. Desde Atención Primaria, el diagnóstico, por ser el primer nivel

asistencial, es lo más básico así como registrar de forma inmediata la existencia de esa alteración en la historia del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Steven AM, Johnson FC. A new eruptive fever associates with stomatitis and ophthalmia; report of two cases in children. *Am J Dis Child.* 1922;24:526-33.
2. Lyell A. Toxic epidermal necrolysis: an eruption resembling scalding of the skin. *Br J Dermatol.* 1956;68:355-61.
3. Batsuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Rojeau JC. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome and erythema multiform. *Arch Dermatol.* 1993;129:92-6.
4. Roujeau JC, Stern RS. Severe adverse cutaneous reaction to drugs. *N Engl J Med.* 1994;331:1272-85.