



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/3281 - FIEBRE Y EXANTEMA

E. Calleja Nahon^a, Á. Fernández Huergo^b y M. Villanueva Morán^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuzco. Fuenlabrada. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 16 años, sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas. No precisa tratamiento habitual. Acude a Urgencias por odinofagia y febrícula, diagnosticándose de absceso periamigdalino izquierdo que se drena y trata con Augmentine cada 8 horas y Enantyum. Dos días después presenta exantema cutáneo generalizado de distribución proximal con intenso prurito, que se atribuye a reacción alérgica y se cambia antibiótico a eritromicina. Tres días después presenta cuadro febril de 38 °C e inflamación progresiva facial y de manos por lo que acude de nuevo a Urgencias. No refiere dolor torácico, ni disnea, niega contacto sexual, niega contacto con animales, ni consumo de drogas, vacunación en regla, niega viajes al extranjero, ni otros síntomas o datos epidemiológicos. Los días previos presentó buen estado general.

Exploración y pruebas complementarias: Exantema máculo-papular eritematoso-edematoso, de predominio en zona de pliegues axilar e inguinal, junto con edema facial y de manos con empastamiento cutáneo de consistencia media. No afectación de mucosas. Adenopatías subcentimétricas en cadenas cervicales e inguinales, no dolorosas. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos, MVC, no ruidos sobreañadidos. Es valorada por servicio de Otorrinolaringología y se completa estudio con TAC cervical que descarta complicaciones locorreregionales. En analítica sanguínea destaca: leucocitosis (45.000) con neutrofilia (87%) y eosinofilia. Coagulopatía. Acidosis metabólica. PCR 78. PCT 0,07. Lactato 3,9. Perfil hepático normal. Frotis sanguíneo: frotis de aspecto reactivo. Serología de EBV y CMV: negativas. Ecocardiograma: se descarta endocarditis infecciosa.

Juicio clínico: Síndrome de Dress.

Diagnóstico diferencial: Síndrome mononucleósido. Toxicodermia. Leucemia aguda.

Comentario final: El cuadro presentado por la paciente y el empeoramiento clínico progresivo, llevaron a realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo y rápido. El diagnóstico de sospecha fue toxicodermia tipo síndrome de Dress por lo que se retiraron los antiinflamatorios y la antibioterapia. Se mantuvieron medidas de soporte, fluidoterapia y corticoterapia. El síndrome de Dress es una reacción grave de hipersensibilidad y una entidad poco frecuente con una mortalidad elevada. Debe ser sospechada ante un cuadro de exantema cutáneo y fiebre con antecedentes de ingesta de fármacos y precisa de la suspensión precoz del fármaco involucrado como medida terapéutica más

efectiva.

Bibliografía

1. Cho YT, Yang CW, Chu CY. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms.
2. Waseem D, Muzamil L. Dress syndrome: a review and update.
3. Coscinea S, Franck N, Sogni P. Syndrome Dress et atteinte hépatique.

Palabras clave: Toxicodermia. Exantema cutáneo generalizado.