



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/802 - Doctora, algo pasa en mi piel

M.R. Grande Grande<sup>a</sup>, A. Santos Urrutia<sup>b</sup>, M.Á. Ruíz Guerra<sup>b</sup>, M.C. Domínguez Mosquera<sup>c</sup>, F.J. Lendines Ramiro<sup>d</sup>, M.S. Piris Santamaría<sup>e</sup>, S. Pardo del Olmo Saiz<sup>f</sup>, E.M. Bengoechea Botín<sup>g</sup>, J.L. González Fernández<sup>h</sup> y D.F. Mariño Cifuentes<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Rubayo. Medio Cudeyo. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Campoo. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Selaya. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. SUAP. Centro de Salud Santoña. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Castro Interior. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo. Cantabria. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria. <sup>h</sup>Médico de Medicina Interna. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>i</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Ampuero. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 88 años de edad, sin alergias médicas conocidas. Exfumador. HTA. Dislipemia. Diabetes. Cardiopatía isquémica. Colitis isquémica. Divertículos colónicos. Arteriopatía periférica. En las últimas 3 semanas, el paciente acude a urgencias en varias ocasiones por abdominalgia a nivel de hipogastrio y fosa iliaca derecha, asociándose náuseas y cortejo vegetativo. Se realiza eco y TAC, descartando patología quirúrgica urgente. Es tratado con diferentes analgésicos (metamizol y AINEs). Días después acude a consulta por aparición de lesiones eritematosas, con descamación en tronco, extremidades, palmas de manos y plantas de pies.

**Exploración y pruebas complementarias:** Lesiones vesículo-costrosas a nivel de labios. Eritema con descamación a nivel de palmas de manos y región testicular. Lesiones ampollosas de gran tamaño a nivel de plantas de pies, sin signos infecciosos. Analítica: 6.200 leucocitos. Hb: 10,58. Hto 32,2. Actividad Protrombina: 64%. PCR 0,7. Rx tórax: no cardiomegalia. Lobulación diafragmática derecha, aumento de trama broncovascular difusa, calcificación del botón aórtico. TAC abdominal: colelitiasis sin signos de colecistitis con vía biliar no dilatada. Divertículos colónicos.

**Juicio clínico:** Síndrome de Stevens-Johnson probablemente secundario a toma previa de Nolotil/AINEs.

**Diagnóstico diferencial:** Impétigo ampolloso. Pénfigo vulgar. Síndrome de Behçet.

**Comentario final:** Se trata de un paciente con patología vascular de base, que, en relación con la toma de analgésicos y AINEs, presenta un síndrome de Stevens-Johnson, con evolución favorable tras retirada de dichos fármacos y tratamiento con corticoides. La causa de este síndrome es idiopática en el 50% de los casos, otras causas son: infecciones víricas, bacterianas, sarcoidosis, cambios hormonales... Es una variante grave del eritema multiforme, consistente en una reacción de hipersensibilidad que afecta a piel y mucosas. La enfermedad es, en general autolimitada. Durante el transcurso de la misma, los pacientes deben ser observados para comprobar si hay signos de infecciones secundarias, deshidratación, desequilibrios electrolíticos...

### BIBLIOGRAFÍA

1. Del Pozzo-Magana BR, Lazo-Langner A, Carleton B, Castro-Pastrana LI, Rieder MJ. A systematic review of treatment of drug-induced Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2011;18:e121-33.
2. Wetter DA, Camilleri MJ. Clinical, etiologic, and histopathologic features of Stevens-Johnson syndrome during an 8-year period at Mayo Clinic. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(2):131-8.
3. Molgó M, Carreño N, Hoyos-Bachiloglu R, Andresen M, González S. Use of intravenous immunoglobulin for the treatment of toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson/toxic epidermal necrolysis overlap syndrome. Review of 15 cases. *Rev Med Chil*. 2009;137(3):383-9.
4. French LE. Toxic epidermal necrolysis and Stevens Johnson syndrome: our current understanding. *Allergol Int*. 2006;55(1):9-16.