

## 424/411 - SÍNDROME DE STEVEN-JOHNSON

B. Guerra Pérez<sup>1</sup> y A. López García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja. Jerez de la Frontera. Cádiz.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 45 años que acude por disnea a medianos esfuerzos, tos con expectoración mucopurulenta, y fiebre de hasta 38 °C de tres días de evolución. No focalidad clara de infección. Refiere contacto con animales en camping. Como antecedentes personales presentaba alergia a penicilina y derivados. Ataques repetidos de gota, en tratamiento con allopurinol en el momento del cuadro.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración se objetivó taquipnea en reposo, edema palpebral, fotofobia, inyección conjuntival y secreción purulenta en ambos ojos; lesiones eritematopustulosas en tórax, abdomen y ambos miembros inferiores, pápulas eritematosas en manos y en perineo vesículas ampollosas. En la auscultación pulmonar se objetivó sibilantes dispersos. Exploración neurológica normal, no focalidad neurológica, no alteraciones en pares craneales ni en fondo de ojo, no alteración de fuerza ni sensibilidad a nivel de miembros. La radiografía torácica no mostró cardiomegalia, ni derrame pleural, ni alteración a nivel pulmonar. Se sospecha de eritema multiforme grave por allopurinol. Hemograma y bioquímica normal, con ligera elevación de proteína C reactiva. Posteriormente se realizó serología completa y hemocultivos que descartó infección. Se procedió a la retirada de allopurinol, y tratamiento con corticoides inhalados y orales durante dos semanas, así como monitorización del paciente. Las lesiones desaparecieron, así como la fiebre.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Steven-Johnson secundario a tratamiento con allopurinol.

**Diagnóstico diferencial:** Impétigo ampolloso, pénfigo vulgar, septicemia, penfigoide, enfermedad vascular del colágeno, meningococcemia, síndrome de Behçet. Se deben hacer cultivos bacteriológicos de las fuentes sospechosas de infección.

**Comentario final:** La característica del síndrome es una lesión cutánea papular eritematosa, que se agranda por expansión periférica y normalmente desarrolla una vesícula central, también ocurren lesiones vesículo-lobulares en mucosas de las conjuntivas, fosas nasales, boca, región anorrectal, vulvo-vaginal y meato uretral, así como conjuntivitis con fotofobia. Se deben a tratamientos como anticonvulsivos, analgésicos como paracetamol e ibuprofeno, allopurinol, penicilina y derivados, así como a infecciones por virus del herpes simple o zóster, neumonía, VIH y hepatitis A. El diagnóstico suele ser clínico, por lo que la identificación de los primeros síntomas y el tratamiento precoz puede evitar complicaciones mayores. Por ello, es importante seleccionar los casos en los que son necesarios los tratamientos antibióticos, para evitar efectos secundarios indeseables.

### Bibliografía

1. Harr T, French LE. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Jonhson syndrome. *Orph J Rare Dis.* 2010;5:5-39.
2. Mulvey JM, Padowitz A, Lindely-Jones M, Nickles R. Mycoplasma pneumoniae associated with Stevens-Johnson syndrome. *Anaesth Intensive Care.* 2007;35(3):414-7.

**Palabras clave:** Síndrome Stevens-Johnson. Alopurinol. Efecto secundario.