

## Respuesta de los autores a la carta al director en relación con el artículo «Síndrome de Stevens-Johnson. A propósito de un caso de fiebre y erupción cutánea»

### Response by the authors to the Letter to the Editor on the article "Stevens-Johnson syndrome: Presentation of a case of fever and a rash"

Sr. Director:

Queríamos agradecer los comentarios aportados en la carta al director así como el interés que se ha mostrado con el caso del síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) publicado en su revista<sup>1</sup> enriqueciéndolo aún más con sus opiniones. Estamos absolutamente de acuerdo con su juicio de que los antibióticos no deben de ser utilizados de forma empírica sin una justificación clara y que deben de utilizarse con prudencia. En el caso que se relata en el artículo, la indicación de 1 g de amoxicilina fue prescrito por el médico de su centro de salud y desconocemos la sospecha clínica por la que fue indicado el antibiótico en aquel momento.

En cuanto a nuestra actitud en el servicio de urgencias, nos enfrentábamos a un varón joven con problemas de alcoholismo que es remitido por fiebre de 40°, deterioro del estado general y afectación sistémica, que a pesar del tratamiento inicial pautado por su médico, presenta mala evolución impresionando de gravedad a su llegada a nuestro servicio, presentando al menos dos criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS): temperatura en el centro de salud de 40° y frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto. Con estos datos y ante la sospecha de un proceso infeccioso en un paciente alcohólico, no podíamos descartar una sepsis con foco cutáneo y de partes blandas (*Staphylococcus aureus* o *streptococcus pyogenes*).

En una evaluación inicial, y ante la sospecha de un proceso séptico está ampliamente documentada la idoneidad de administrar un antibiótico empírico lo más precozmente posible, incluso sin disponer de otras pruebas, bastando sólo con la sospecha clínica, dado que la mortalidad asociada a sepsis, sepsis grave y shock séptico oscila en torno al 20-50% como se resume en la revisión que se referencia<sup>2</sup>.

Los antibióticos utilizados en urgencias fueron cloxacilina 2 g y gentamicina 80 mg, por vía endovenosa.

Los fármacos pueden estar implicados en el desarrollo del SSJ, en este caso, tomó amoxicilina además del tratamiento de base que llevaba (calbimida cálcica y tiaprizal). Por otro lado las infecciones pueden, por sí mismas, estar implicadas en la aparición del cuadro. No podemos implicar de forma categórica a ningún fármaco en concreto, si bien, al alta se retiró toda la medicación previa.

En un servicio de urgencias, ante la llegada de un paciente que presentaba deterioro de su estado general, con una anamnesis difícil e importante afectación cutánea se instauró el tratamiento antibiótico, dado que tampoco se podía descartar un cuadro séptico asociado planteándose también, en un principio, como diagnóstico diferencial el SSJ.

En este caso, conforme fueron llegando las pruebas bioquímicas, radiológicas y sobre todo la evolución del paciente en urgencias y en planta con unos hemocultivos y serología a los gérmenes habituales negativos con una biopsia cutánea compatible con Síndrome de Stevens-Johnson nos permiten decir con rotundidad que este paciente no había precisado la necesidad de antibióticos.

La indicación de antibióticos en muchas ocasiones resulta controvertida, sobre todo si la decisión se tiene que realizar en un momento concreto, puntual y urgente, siempre evaluando el binomio beneficio-riesgo.

## Bibliografía

1. Martínez-Pérez J, Caldevilla-Bernardo D, Perales-Pardo R, Pérez-Gómez F. Síndrome de Stevens-Johnson: a propósito de un caso de fiebre y erupción cutánea. *Semergen*. 2012;38: 245-7.
2. Caldevilla Bernardo D, Martínez Pérez J, Mateos Rodríguez F, Martínez García A. Sepsis. En: Cabrera Solé R, Peñalver Pardiñes C, editores. *Tratado de urgencias en medicina. Diagnóstico y tratamiento*. 4 ed. Madrid: Aula médica; 2009. p. 305-13.

J. Martínez-Pérez, D. Caldevilla-Bernardo\*,  
R. Perales-Pardo y F. Pérez-Gómez

*Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dcaldevillaber@yahoo.es  
(D. Caldevilla-Bernardo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.06.002>