



# Síndrome de DRESS como una reacción de hipersensibilidad inducida por sulfasalazina: Reporte de caso

Bañuelos-Díaz LD, Ramírez-Padilla M

## Resumen

El Síndrome DRESS es una toxicodermia que pone en riesgo la vida del paciente ya que no sólo es una afección cutánea sino sistémica, pudiendo ser mortal. Presentamos el caso, de una paciente femenina de 15 años, valorada de manera multidisciplinaria en nuestro hospital; por la gran diversidad de diagnósticos diferenciales a las que el médico se presenta ante esta situación, y con la finalidad de dar a conocer este síndrome poco reconocido fuera del ámbito dermatológico.

**Palabras clave:** *Hipersensibilidad, síndrome de DRESS, sulfasalazina, toxicodermia.*

## DRESS Syndrome triggered by sulfasalazine-induced hypersensitivity: Case Report

### Abstract

*DRESS Syndrome is a toxicoderma that endangers the patient's life and it is not just a skin condition but a systemic one been potentially mortal. We present the case of a 15- year-old female, multidisciplinary-assesed in our hospital diagnosed with DRESS syndrome.*

*Key words: DRESS Syndrome, hypersensitivity, sulfasalazine, toxicoderma.*

---

Servicio de Dermatología del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jalisco, MX.

---

#### Autor para correspondencia

Lourdes Daniela Bañuelos Díaz. Servicio de Dermatología del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jalisco, MX.

Contacto al correo electrónico: dra.dbanuelos@gmail.com

## Introducción

El síndrome de sensibilidad a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS por sus siglas en inglés) es una toxicodermia que pone en riesgo la vida del paciente ya que no sólo es una afección cutánea sino sistémica pudiendo ser potencialmente mortal.

La afección cutánea es un importante marcador diagnóstico, sin embargo, por la baja frecuencia del padecimiento (presentándose 1 de cada 100 mil habitantes)<sup>1</sup> es imperativa la valoración de un dermatólogo entrenado y mantener la posibilidad en mente al presentarse la tríada (fiebre, afección cutánea y daño a órgano blanco ante la presencia de eosinofilia, principalmente hígado), ya que una vez corroborado el diagnóstico dermatológico, se suspende el agente causal y se puede brindar de manera oportuna el tratamiento; evitando un desenlace fatal.

Presentamos el caso, de una paciente femenina de 15 años, valorada de manera multidisciplinaria en nuestro hospital; por la gran diversidad de diagnósticos diferenciales a las que el médico se presenta ante esta situación; y con la finalidad de dar a conocer este síndrome poco reconocido fuera del ámbito dermatológico.

## Presentación de caso

Paciente femenino de 15 años de edad, con antecedente de Artritis Idiopática Juvenil Sistémica de dos años de diagnóstico, sin manejo terapéutico; iniciando tratamiento seis semanas previas a su ingreso con metotrexato 5 mg semanales, sulfasalazina 500 mg cada 12 horas y prednisona 5 mg cada 24 horas.

Inicia su padecimiento cursando con cuadro febril, cefalea, dolor retroauricular, odinofagia, dolor abdominal, mialgias, artralgias y 48 horas posteriores inicia con exantema diseminado.

Ingresa al hospital ante la sospecha clínica de dengue, por fiebre y rash cutáneo; valorada por el servicio de Infectología, quien inicia manejo conservador; con una evolución insidiosa, agregándose otros datos sistémicos, motivo por el cual se solicitó valoración multidisciplinaria.

Fue valorada por Reumatología con la sospecha de lupus eritematoso sistémico, el cual se descarta por falta de criterios clínicos y un perfil reumatológico negativo, de igual forma por Hematología quien reporta un aspirado de médula ósea hipocelular con maduración megaloblástica de serie eritrocítica y eosinofilia; probablemente compatible con

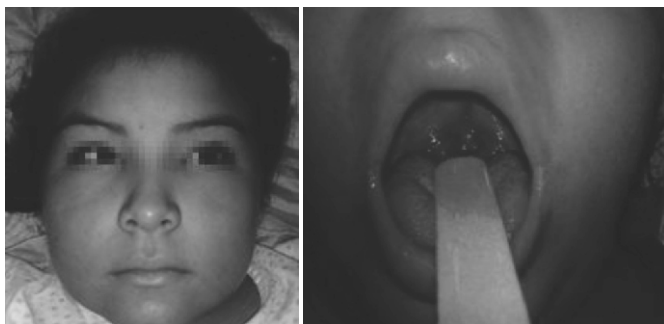


Figura 1. Afección de cara y mucosa oral, con exantema característico del Síndrome de DRESS.



Figura 2. Afección diseminada a extremidades superiores e inferiores, con respeto único de palmas, plantas y genitales.

proceso infeccioso.

Finalmente el examen dermatológico revela dermatosis diseminada que afectaba cara, mucosa oral, tronco, extremidades superiores e inferiores; respetando palmas, plantas y genitales, simétrica, constituida por numerosas pápulas milimétricas, algunas máculas eritematosas que confluyen formando grandes áreas cartográficas y edema; muy pruriginosa, de evolución aguda.

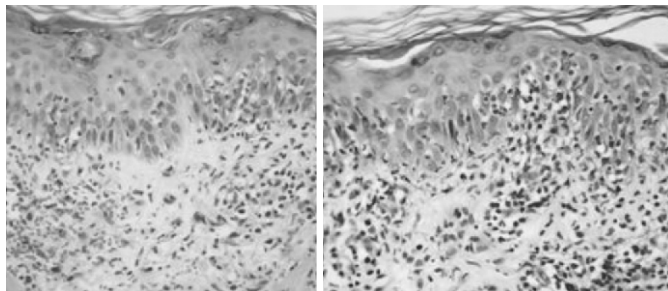
En el resto de la exploración se detectan adenopatías cervicales, hipoventilación bibasal y dolor abdominal en hipocondrio derecho. Los exámenes evidenciaron anemia, leucocitosis con neutrofilia y eosinofilia, elevación de azoados, de enzimas hepáticas e hiperbilirrubinemia.

En la tomografía axial computarizada de tórax se corrobora derrame pleural y el ultrasonograma abdominal descarta proceso obstructivo.

Fue valorada por el servicio de Gastroenterología, por afección hepática no esclarecida y probable hepatitis medicamentosa, solicitando biopsia hepática, la cual reporta: hepatitis subaguda con leve eosinofilia, esteatosis macrovesicular leve (10%), tumefacción celular y cambios reactivos consistentes con etiología metabólica-tóxica. Sin evidencia de malignidad o microorganismos.



Figura 3. Descamación residual y resolución completa de las lesiones, tras suspensión de la droga causal y manejo con esteroides.



**Figura 4.** Biopsia de piel. Se observa vacuolización de la membrana basal y células disqueratósicas, la dermis papilar muestra un denso infiltrado inflamatorio linfocitario con extravasación eritrocitaria. La imagen histológica corresponde a una reacción liquenoide inespecífica, compatible con Síndrome de DRESS.

La biopsia cutánea revela vacuolización de células basales y células disqueratósicas con un infiltrado linfocitario en dermis y extravasación eritrocitaria. Ante estos hallazgos y cumpliendo criterios se corrobora el Síndrome de DRESS.

Se inició manejo por parte del servicio de Dermatología, a base de 3 pulsos consecutivos de 1 gr de metilprednisona al día, con descenso posterior gradual, más manejo tópico con emolientes; además de suspensión inmediata de la droga implicada (sulfasalazina), con resolución completa del cuadro sistémico y de la dermatosis 2 semanas después.

## Discusión

El síndrome de DRESS es una muy infrecuente reacción de hipersensibilidad a fármacos que cursa con erupción cutánea, fiebre y adenopatías generalizadas, que puede originar grave daño visceral.<sup>1</sup> Las alteraciones hematológicas características son la eosinofilia y la presencia de linfocitos atípicos similares a los de la mononucleosis. La afectación visceral más frecuente es la hepática; otras manifestaciones orgánicas son

la neumonitis, carditis, nefritis y tiroiditis.<sup>5</sup>

Generalmente se presenta de dos a ocho semanas después de iniciar el medicamento responsable. Inicia con fiebre, adenopatías reactivas y exantema morbiliforme. Las lesiones maculopapulosas se van tornando más infiltradas y aparece edema dérmico, a veces tan intenso que origina ampollas.<sup>5</sup>

Los anticonvulsivantes aromáticos y las sulfonamidas son los fármacos que con mayor frecuencia se asocian a esta afección clínica.<sup>2</sup> El diagnóstico se establece por la exposición al fármaco, criterios clínicos y de laboratorio.<sup>3</sup>

Los criterios clínicos para hacer el diagnóstico son:

1. Erupción cutánea.
2. Alteraciones hematológicas: eosinofilia  $>1,500/\text{mm}^3$  y/o presencia de linfocitos atípicos.
3. Compromiso sistémico: adenopatías ( $>2$  cm de diámetro) y/o hepatitis (elevación de transaminasas al menos 2 veces de los valores normales) y/o nefritis intersticial, y/o neumonitis intersticial, y/o carditis.
4. Fiebre.<sup>6</sup>

El diagnóstico diferencial del síndrome de DRESS incluye numerosos procesos como infecciones virales, otras toxicodermias, síndrome de choque tóxico, sepsis, linfomas, leucemias, colagenosis, vasculitis, Kawasaki, síndrome hipereosinófilo y enfermedad de Still.<sup>5</sup>

El manejo terapéutico incluye la rápida retirada del fármaco responsable, el tratamiento de soporte, esteroides sistémicos y la prevención de la sepsis.<sup>2</sup>

La mortalidad del síndrome de DRESS es de aproximadamente el 10%. Las lesiones regresan en días-semanas aunque, en ocasiones, el exantema y la hepatitis son más persistentes.<sup>5</sup>

## Referencias bibliográficas

1. Criado P, Avancini J, Santi C, et al. Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS): A complex interaction of drugs, viruses and the immune system. *IMAJ* 2012; 14: 577-582.
2. Jeung Y, Lee J, Oh M, et al. Comparison of the causes and clinical features of drug rash with eosinophilia and systemic symptoms and Stevens-Johnson Syndrome. *Allergy Asthma Immunol Res* 2010; 2: 123-126.
3. Cervigón-González I, et al. Síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) por sulfonamidas. *Med Cutan Iber Lat Am* 2010; 34(3): 120-126.
4. López-Rocha E, et al. Prevalence of DRESS Syndrome. *Revista Alergia México* 2014; 61: 14-23.
5. Cervigón-González I, et al. Síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) por sulfonamidas. *Med Cutan Iber Lat Am* 2006; 34(3): 120-126.
6. Castagnino JP, et al. Síndrome DRESS inducido por fármacos anti tuberculosis. *Revista Americana de Medicina Respiratoria* 2011; 11(3).