

Recibido: 11/02/2026
Aceptado: 01/04/2026.

Síndrome de DRESS en un paciente pediátrico: un diagnóstico infrecuente con alta morbilidad y mortalidad

DRESS syndrome in a pediatric patient: an infrequent diagnosis with high morbidity and mortality

Erika Josefina Morales Pérez,^{*,‡} Acela Mejía López,^{*,§} Esmeralda Nancy Jiménez Polvo,^{*,¶} Luis Enrique Muñoz Pérez,^{*,||} Fernando Sandoval Silva^{*,**}

RESUMEN. El síndrome de DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) es una reacción de hipersensibilidad retardada grave, infrecuente y potencialmente mortal, asociada a la exposición a diversos fármacos. Se caracteriza por exantema cutáneo extenso, fiebre, alteraciones hematológicas y posible compromiso sistémico, lo que dificulta su reconocimiento oportuno, especialmente en población pediátrica. Se presenta el caso de un paciente masculino de 16 años con antecedente de enfermedad renal crónica, quien desarrolló eritema cutáneo de rápida progresión, compromiso mucocutáneo y fiebre tras la introducción reciente de alopurinol. Los estudios de laboratorio evidenciaron eosinofilia y leucopenia. El diagnóstico se estableció con base en los hallazgos clínicos y de laboratorio, utilizando los criterios del RegiSCAR, clasificándose como un caso posible de síndrome de DRESS, con confirmación histopatológica mediante biopsia de piel. Se suspendió el fármaco sospechoso y se inició tratamiento con corticosteroides sistémicos y gammaglobulina intravenosa, con evolución clínica favorable y sin evidencia de compromiso orgánico sistémico. Este caso resalta la importancia del reconocimiento temprano y del manejo multidisciplinario para mejorar el pronóstico.

Palabras clave: síndrome de DRESS, eosinofilia, farmacodermia, alopurinol, pediatría.

ABSTRACT. *Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) syndrome is a severe, uncommon, and potentially life-threatening delayed hypersensitivity reaction associated with exposure to various medications. It is characterized by extensive cutaneous rash, fever, hematologic abnormalities, and possible systemic involvement, which makes early recognition challenging, particularly in the pediatric population. We report the case of a 16-year-old male patient with a history of chronic kidney disease who developed rapidly progressive cutaneous erythema, mucocutaneous involvement, and fever following the recent initiation of allopurinol. Laboratory studies revealed eosinophilia and leukopenia. The diagnosis was established based on clinical and laboratory findings using the RegiSCAR criteria, classifying the case as possible DRESS syndrome, with histopathological confirmation obtained through skin biopsy. The suspected drug was discontinued, and treatment with systemic corticosteroids and intravenous immunoglobulin was initiated, resulting in favorable clinical evolution without evidence of systemic organ involvement. This case highlights the importance of early recognition and multidisciplinary management to improve patient outcomes.*

Keywords: DRESS syndrome, eosinophilia, drug-induced dermatitis, allopurinol, pediatrics.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) es una toxicodermia grave, infrecuente y potencialmente mortal, asociada a la exposición a diversos fármacos. Aunque su incidencia exacta es desconocida, se estima que ocurre en

Citar como: Morales PEJ, Mejía LA, Jiménez PEN, Muñoz PLE, Sandoval SF. Síndrome de DRESS en un paciente pediátrico: un diagnóstico infrecuente con alta morbilidad y mortalidad. *Alergia Asma Inmunol Pediatr.* 2026; 35 (1): 11-15. <https://dx.doi.org/10.35366/123527>

* Hospital Infantil de Tlaxcala. México.
‡ Residente de tercer año de Pediatría.
§ Residente de segundo año de Pediatría.
¶ Inmunología y Alergología pediátrica.
|| Urgenciólogo pediátrico.
** Genetista médico.

doi: 10.35366/123527



aproximadamente 1 por cada 1,000 a 10,000 pacientes expuestos al medicamento desencadenante.¹

Hasta la fecha, se han identificado al menos 44 fármacos implicados en el desarrollo de este síndrome. Entre los más comúnmente relacionados se encuentran los antiepilépticos, como carbamazepina, fenitoína, fenobarbital y lamotrigina; las sulfonamidas, en particular la dapsona; los antiinflamatorios no esteroideos, como ibuprofeno, diclofenaco y piroxicam; así como antibióticos betalactámicos, entre ellos amoxicilina y ampicilina. Otros fármacos asociados incluyen vancomicina y alopurinol.

La presentación clínica del síndrome de DRESS suele manifestarse de forma tardía, generalmente entre la segunda y la octava semana tras la exposición al fármaco responsable.¹ En un inicio, los pacientes pueden presentar síntomas prodrómicos inespecíficos, como malestar general, prurito y fiebre elevada (38-40 °C). Posteriormente, se desarrolla una erupción cutánea morbiliforme pruriginosa de rápida progresión, con distribución cefalocaudal, que se considera sugestiva de DRESS cuando afecta a más del 50% de la superficie corporal total. Con el tiempo, la erupción adquiere un aspecto violáceo, acompañado de descamación difusa, edema facial y periorbitario, así como eritrodermia. La afectación de mucosas se observa hasta en el 50% de

los casos, manifestándose con vesículas o ampollas, y suele acompañarse de compromiso de órganos diana, lo que confiere gravedad al cuadro clínico.²

El presente artículo tiene como objetivo concientizar sobre la importancia del reconocimiento oportuno de las farmacodermias en la población pediátrica, dado que el síndrome de DRESS constituye una urgencia dermatológica que puede evolucionar hacia insuficiencia multiorgánica y desenlace fatal si no se diagnostica y trata de manera precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 16 años de edad, con antecedente de enfermedad renal crónica de reciente diagnóstico en marzo de 2025, en seguimiento por el servicio de nefrología pediátrica. Como parte del manejo inicial se indicó tratamiento con polivitaminas y ácido fólico; posteriormente, en junio de 2025, se añadió al esquema terapéutico alopurinol, sevelámero y calcitriol.

El 05 de julio de 2025, el paciente inició con eritema en región auricular y retroauricular. Doce horas después, el eritema se extendió progresivamente a cara, cuello, tronco, así como a extremidades superiores e inferiores, acompañado de inyección conjuntival bilateral (*Figura 1*).



Figura 1: A-F) Se observa dermatosis diseminada a todos los segmentos, respetando piel cabelluda, palmas y plantas, con involucro de mucosa oral caracterizado por placas maculopapulares eritematovioláceas de bordes mal definidos e irregulares, asociado a prurito. Distribución cefalocaudal, con signo de Nikolsky negativo.



Figura 2: Se observa eritema y edema importante en región genital.

Cuarenta y ocho horas después, presentó eritema en región genital, acompañado de prurito generalizado, por lo que acudió al servicio de Urgencias, donde se indicó manejo sintomático (*Figura 2*).

Noventa y seis horas después, el cuadro clínico se agravó con la aparición de ampollas en mucosas, predominantemente en cavidad oral, región ocular y genital, asociadas a áreas de necrosis labial y fiebre cuantificada de 38.5 °C, motivo por el cual se decidió su hospitalización para manejo intrahospitalario (*Figura 3*).

A su ingreso, se realizaron estudios de laboratorio en los que se evidenció eosinofilia, así como leucopenia con recuento de leucocitos por debajo de 4,000 células/ μ L (*Tabla 1*).

El diagnóstico se estableció con base en los hallazgos clínicos y de laboratorio, utilizando los criterios del RegiSCAR, los cuales clasifican los casos como definitivos (> 5 puntos), probables (4-5 puntos), posibles (2-3 puntos) o negativos (< 2 puntos).³ En el presente caso, se documentó exantema cutáneo extenso que afectaba más del 50% de la superficie corporal total (1 punto), *rash* sugestivo de DRESS (1 punto), así como alteraciones hematológicas caracterizadas por eosinofilia y leucopenia con recuento leucocitario menor de 4,000 células/ μ L (1 punto), por lo que se clasificó como caso posible de síndrome de DRESS.

El paciente fue valorado por los servicios de inmunología y alergología pediátrica, quienes indicaron la suspensión de los medicamentos recientemente añadidos por nefrología pediátrica, identificándose al alopurinol como el principal fármaco sospechoso de haber desencadenado el cuadro. Se inició tratamiento con gammaglobulina intravenosa del 11 al 14 de julio

de 2025, así como pulsos de metilprednisolona del 12 al 14 de julio de 2025.

Como parte del abordaje diagnóstico, se realizó biopsia de piel el 14 de julio de 2025, la cual mostró hallazgos histopatológicos compatibles con síndrome de DRESS (*Figura 4*). Entre los hallazgos que pueden orientar al diagnóstico se incluyen espongiosis, acantosis, vacuolización de la capa basal, infiltrado linfocitario predominante en dermis papilar con distribución perivascular, presencia variable de eosinófilos, linfocitos atípicos y, en algunos casos, formación de granulomas.²

DISCUSIÓN

El diagnóstico del síndrome de DRESS constituye un reto en pediatría, por su baja frecuencia y variabilidad clínica.⁴ La similitud de sus manifestaciones con infecciones virales, enfermedades autoinmunes y otras reacciones cutáneas a fármacos puede retrasar su reconocimiento. En este caso, la presencia de fiebre, erupción cutánea extensa, compromiso mucoso y alteraciones hematológicas orientaron al diagnóstico, el cual fue confirmado mediante criterios de RegiSCAR e histopatología. El abordaje integral permitió instaurar de manera temprana el tratamiento inmunosupresor adecuado, impactando favorablemente en la evolución del paciente.

De acuerdo con la literatura, la mayoría de los pacientes con síndrome de DRESS presentan eosinofilia superior a 700 células/ mm^3 . La afectación hepática se observa en el 75-94% de los casos y puede manifestarse como transaminitis, hepatomegalia, hepatitis o insuficiencia hepática franca. El compromiso renal ocurre aproximadamente en el 40% de los pacientes y suele ser leve y reversible. La afectación pulmonar se presenta en alrededor de una tercera parte de los casos, con manifestaciones que incluyen alteración de la función pulmonar, neumonitis intersticial, pleuritis, síndrome de dificultad respiratoria aguda, neumotórax y neumomediastino. Asimismo, se han descrito alteraciones cardíacas, como disfunción del ventrículo izquierdo, miocarditis por hipersensibilidad y cambios electrocardiográficos, así como manifestaciones neurológicas, entre ellas cefalea, convulsiones, coma, deterioro de la función motora, parálisis de nervios craneales, meningitis y encefalitis.⁵

El paciente nunca presentó deterioro sistémico, probablemente debido al reconocimiento temprano del cuadro clínico y al inicio oportuno del manejo dirigido ante la sospecha diagnóstica de este síndrome.

Diversos estudios han reportado el uso de corticosteroides sistémicos como pilar del tratamiento, ya

sea prednisona oral a dosis de 1 mg/kg/día o pulsos de metilprednisolona a 30 mg/kg/día durante tres días, especialmente en casos con mala respuesta o exacerbación de los síntomas con esteroides orales. El uso de corticosteroides se asocia con mejoría clínica significativa, disminución progresiva de las lesiones cutáneas, reducción de la eosinofilia a menos de 200 células/ μ L y recuperación de la función de los órganos afectados.⁶

En cuanto al uso de gammaglobulina intravenosa, existen reportes de casos tratados exitosamente con dosis altas, particularmente en pacientes con formas graves o refractarias.² Cabe destacar que, aunque las guías españolas para el manejo del síndrome de DRESS en adultos recomiendan el uso de inmunomoduladores en casos refractarios a corticosteroides, actualmente no existen guías específicas para el manejo de esta entidad en población pediátrica.⁷ En este caso, se optó por el uso de gammaglobulina intravenosa debido a la gravedad del cuadro clínico y a la disponibilidad del fármaco.

CONCLUSIONES

El síndrome de DRESS constituye una reacción de hipersensibilidad retardada grave, potencialmente mortal, asociada a múltiples fármacos de uso común. El reconocimiento oportuno de sus manifestaciones clínicas resulta fundamental para establecer un diag-

Tabla 1: Exámenes de laboratorio.

Biometría hemática	07/07/25	11/07/25	13/07/25
Hemoglobina, g/dL	11.3	11	10
Hematocrito, %	32.8	30.2	28
Leucocitos, cél/ μ L	3,740	3,790	2,880
Neutrófilos	2,200	2,200	2,200
Linfocitos totales	720	690	530
Monocitos totales	300	390	140
Eosinófilos totales	190	490	0
Plaquetas, μ L	202	190	188

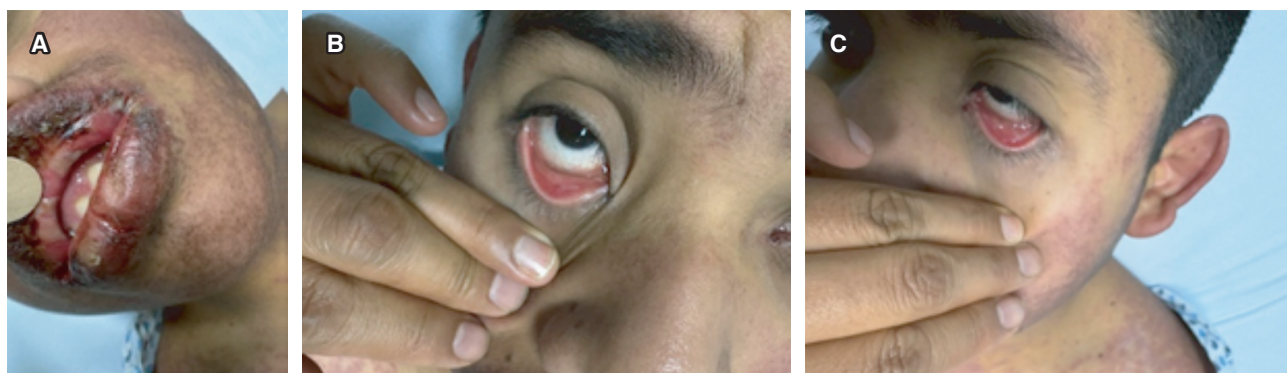


Figura 3: Afectación de mucosa oral y ocular. Presencia de ámpulas en cavidad oral y región conjuntival de parado inferior.

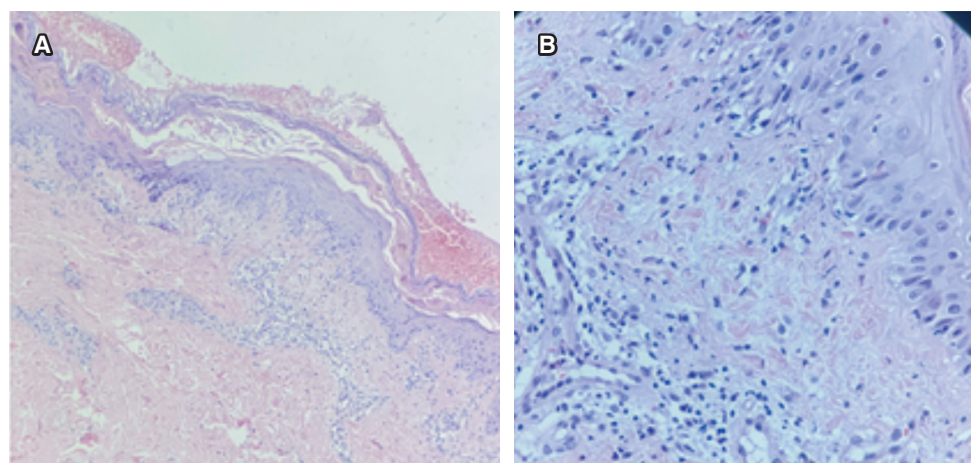


Figura 4:

Descripción microscópica: hiperqueratosis con paraqueratosis. Acantosis moderada irregular con espongiosis y exocitosis de linfocitos. En dermis superficial hay moderado infiltrado inflamatorio mixto compuesto por linfocitos e histiocitos en distribución perivascular e intersticial, los capilares lucen ectásicos.

nóstico temprano e iniciar un tratamiento adecuado, con el objetivo de prevenir daño orgánico irreversible y reducir la morbilidad asociada.

En México, la incidencia del síndrome de DRESS en población pediátrica es desconocida, lo que probablemente se relaciona con el subregistro de casos y con la confusión diagnóstica con otras entidades dermatológicas o infecciosas. Dicho síndrome debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes pediátricos con exantema extenso y síntomas sistémicos. La clave para mejorar el pronóstico radica en el alto índice de sospecha clínica, el uso de criterios diagnósticos estandarizados y la suspensión inmediata del fármaco causal, acompañados de un manejo especializado y multidisciplinario.

La difusión de reportes clínicos, como el presente caso, contribuye a fortalecer el conocimiento de esta patología y a sensibilizar al personal de salud sobre su identificación y manejo oportunos en edad pediátrica.

REFERENCIAS

1. Gómez CMT, Corrales MTM, Ugalde JO. Síndrome de DRESS: abordaje diagnóstico y terapéutico. *Revista Médica Sinergia*. 2019; 4 (6): 60-72. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.244>
2. Calle AM, Aguirre N, Ardila JC, Cardona Villa R. DRESS syndrome: a literature review and treatment algorithm. *World Allergy Organ J*. 2023; 16 (3): 100673.
3. Muciño MEY, Ortiz PTA, Ocaña UGG, Váscquez MRG. Toxicodermias graves: síndrome de DRESS. *RECIMUNDO*. 2022; 6 (4): 214-223. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.214-223](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.214-223)
4. Kuyucu S, Blanca-Lopez N, Caubet JC, Moral L, Sousa-Pinto B, Topal OY et al. Clinical diagnosis and management of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) in children: an EAACI position paper. *Pediatr Allergy Immunol*. 2025; 36 (7): e70103.
5. Silva-Tirado MP. Síndrome DRESS. *Med Interna Méx*. 2019; 35 (2): 325-331. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v35i2.2267>
6. Lagrutta L, Gamberale A, Bartoletti B, Rodríguez MA, Failde R, Bornengo F et al. Síndrome DRESS por fármacos antituberculosis. Revisión y comentarios. *Medicina (B. Aires)*. 2025; 85 (3): 572-585.
7. Sotelo-Barajas B, Elizalde-Morán N, Félix-Ramos G, Contrera-Navarro N. Síndrome de DRESS: otro gran imitador en urgencias pediátricas. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2025; 42 (1): 44-49.

Correspondencia:

Dra. Erika Josefina Morales Pérez

E-mail: eri_peaton5@hotmail.com