

**DOI:** 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.214-223

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1836>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 214-223



## Toxicodermias graves. Síndrome de Dress

Severe Toxicoderma. Dress syndrome

Toxicodermia severa. El síndrome del vestido

**Eduardo Yitzhak Muciño Mondragón<sup>1</sup>; Thalia Alejandra Ortiz Pineda<sup>2</sup>; Galo Geovanny Ocaña Urquiza<sup>3</sup>; Rommel Gustavo Vásquez Mora<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 11/07/2022 **ACEPTADO:** 03/09/2022 **PUBLICADO:** 01/10/2022

1. Magíster en Gestión de Servicios de Salud; Médico Cirujano; Investigador Independiente; Ciudad De México, México; andres.barragan@unl.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-2404-6663>
2. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; alejandraortiz1014@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3623-6811>
3. Médico; Investigador Independiente; Riobamba, Ecuador; gaoca1992@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9151-280X>
4. Magíster en Gerencia de Instituciones de Salud; Químico Farmacéutico; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; tavo\_quimico@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4481-2460>

### CORRESPONDENCIA

Eduardo Yitzhak Muciño Mondragón  
drmuccino@gmail.com

**Ciudad De México, México**

## RESUMEN

La gravedad de las toxicodermias es muy variable, algunos casos pueden ser importante y poner en riesgo la vida de los pacientes. Estas reacciones severas incluyen el síndrome de hipersensibilidad por fármacos conocido también como síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms por sus siglas en inglés), el cual constituye una de las principales afectaciones secundarias a reacciones adversas a medicamentos, principalmente a fármacos anticonvulsivantes. La gravedad de este síndrome está relacionada con la aparición de manifestaciones sistémicas, cuadro que puede progresar a afectación multiorgánica a pesar de haber suspendido la toma del medicamento causal. En consecuencia, el objetivo general de la presente investigación es compendiar lo relativo a las toxicodermias graves, específicamente los aspectos más resalantes del Síndrome de Dress. La investigación se desarrolló mediante una metodología de tipo documental bibliográfica bajo la modalidad de revisión. Por tanto, se puede decir que la identificación de las características clínicas es la base del diagnóstico. Asimismo, es importante descartar los diagnósticos diferenciales y puntualizar el fármaco que la está originando, por cuanto es el principio del tratamiento. En el tratamiento se emplea, además, el uso de corticosteroides sistémicos orales o parenterales. Igualmente, existen otras terapias asociadas como el uso de inmunoglobulina, antivirales como ganciclovir y otros inmunosupresores. En la desintoxicación de varios anticonvulsivantes entre ellos la carbamazepina, e como inhibidor de la respuesta inmunológica implicada en la patogenia de reacciones de hipersensibilidad, se utiliza la N-acetil cisteína. Por último, la ciclosporina podría ser usada como agente ahorrador de esteroide.

**Palabras clave:** Toxicodermias, Graves, Síndrome, Dress, Fármacos.

## ABSTRACT

The severity of toxicoderma is very variable, some cases can be important and put the lives of patients at risk. These severe reactions include drug hypersensitivity syndrome, also known as DRESS syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Examples), which is one of the main conditions secondary to adverse drug reactions, mainly to anticonvulsant drugs. . The severity of this syndrome is related to the appearance of systemic manifestations, a condition that can progress to multi-organ involvement despite having stopped taking the causal drug. Consequently, the general objective of this research is to summarize what is related to serious toxicoderma, specifically the most outstanding aspects of Dress Syndrome. The research was developed through a bibliographical documentary type methodology under the review modality. Therefore, it can be said that the identification of the clinical characteristics is the basis of the diagnosis. Likewise, it is important to rule out differential diagnoses and specify the drug that is causing it, since it is the beginning of treatment. In the treatment, the use of oral or parenteral systemic corticosteroids is also used. Similarly, there are other associated therapies such as the use of immunoglobulin, antivirals such as ganciclovir and other immunosuppressants. In the detoxification of various anticonvulsants, including carbamazepine, and as an inhibitor of the immune response involved in the pathogenesis of hypersensitivity reactions, N-acetyl cysteine is used. Lastly, cyclosporine could be used as a steroid-sparing agent.

**Keywords:** Toxicoderma, Graves, Syndrome, Dress, Drugs.

## RESUMO

A gravidade do toxicoderma é muito variável, alguns casos podem ser importantes e pôr em risco a vida dos pacientes. Estas reacções graves incluem a síndrome de hipersensibilidade às drogas, também conhecida como síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Examples), que é uma das principais condições secundárias às reacções adversas às drogas, principalmente às drogas anticonvulsivantes. . A gravidade desta síndrome está relacionada com o aparecimento de manifestações sistémicas, uma condição que pode progredir para o envolvimento de múltiplos órgãos, apesar de ter deixado de tomar o fármaco causal. Consequentemente, o objectivo geral desta investigação é resumir o que está relacionado com a toxicodermia grave, especificamente os aspectos mais notáveis da síndrome do Dress Syndrome. A investigação foi desenvolvida através de uma metodologia de tipo documentário bibliográfico sob a modalidade de revisão. Portanto, pode dizer-se que a identificação das características clínicas é a base do diagnóstico. Do mesmo modo, é importante excluir os diagnósticos diferenciais e especificar o fármaco que o está a causar, uma vez que é o início do tratamento. No tratamento, é também utilizado o uso de corticosteróides sistémicos orais ou parenterais. Do mesmo modo, existem outras terapias associadas, tais como o uso de imunoglobulina, antivirais como o ganciclovir e outros imunossuppressores. Na desintoxicação de vários anticonvulsivos, incluindo a carbamazepina, e como inibidor da resposta imunitária envolvida na patogénese das reacções de hipersensibilidade, utiliza-se N-acetil cisteína. Por último, a ciclosporina pode ser utilizada como agente separador de esteróides.

**Palavras-chave:** Toxicodermia, Graves, Síndrome, Vestido, Fármacos.

## Introducción

Las toxicodermias se definen como las manifestaciones cutaneomucosas no deseadas provocadas por diversas sustancias, en general medicamentos. Son dermatosis que pueden afectar a la piel, mucosas o anejos cutáneos por la administración de un medicamento ya sea por vía tópica, oral o parenteral. (Alvargonzález & Gijón Conde, 2019, págs. e-13)

La gravedad de las toxicodermias es muy variable, pero en determinados casos puede ser importante, con gran riesgo para la vida de los pacientes. Esto es especialmente grave en determinadas reacciones severas que incluyen el síndrome de hipersensibilidad a medicamentos o exantema medicamentoso con eosinofilia y síntomas sistémicos, en el síndrome de Steven-Johnson/necrosis epidérmica tóxica y en menor medida en la pustulosis exantemática aguda. (Guhl Millán & López-Bran, 2018, pág. 2847)

El síndrome de hipersensibilidad por fármacos, también conocido como síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms por sus siglas en inglés) constituye una de las principales afectaciones secundarias a reacciones adversas a medicamentos, principalmente a fármacos anticonvulsivantes. En 1996, Boquet propuso el acrónimo de DRESS a un síndrome caracterizado por una erupción cutánea grave, fiebre, alteraciones hematológicas (eosinofilia o linfocitos atípicos) y la afectación de órganos internos. (Castejon, López, Sanchez, Oviedo, & Ponce, 2016, pág. 65)

Su incidencia se estima entre 1 en 1.000 y 1 en 10.000 exposiciones a medicamentos. Los medicamentos que más se han asociado incluyen anticonvulsivantes como la fenitoína, carbamazepina o fenobarbital. Antibióticos como sulfonamidas, dapsona, doxiciclina. Otros medicamentos descritos incluyen los calcioantagonistas, antiinfla-

matorios no esteroideos, inhibidor de xantino oxidasa y antirretrovirales. (Peña et al., 2021, p. 2)

La mortalidad estimada es de 10%, en gran parte debido a la disfunción de múltiples órganos. (Agu, 2014)

Según la investigación de Castro, Gómez, & Celis, (2020) la gravedad de este síndrome está relacionada con la aparición de manifestaciones sistémicas, cuadro que puede progresar a afectación multiorgánica a pesar de haber suspendido la toma del medicamento causal. Otra consecuencia de gravedad es la aparición con poca frecuencia de hepatitis fulminante con una tasa del 10% mortalidad. (p. 51, 52)

El conocimiento de esta toxicodermia grave es de gran importancia para el adecuado diagnóstico y tratamiento, y a su vez para disminuir la morbimortalidad asociada. La importancia del diagnóstico preciso y precoz del síndrome de DRESS, además de una terapéutica adecuada se basa en el reconocimiento temprano y la suspensión del fármaco sospechoso, ya que su retiro tardío está asociado a daño orgánico y una pobre recuperación. (Gómez, Corrales, & Ugalde, 2019, pág. 69)

En consecuencia, el objetivo general de la presente investigación es compendiar lo relativo a las toxicodermias graves, específicamente los aspectos más resaltantes del Síndrome de Dress.

## Materiales y Métodos

La presente revisión se llevó a cabo por medio de computadores con conexión a internet, que sirvieron para ubicar en principio, los documentos digitalmente contentivos de la información de calidad y actualizada respecto al tema de las Toxicodermias graves y el síndrome de Dress. En virtud de lo expuesto, la presente investigación es de tipo documental bibliográfica, bajo la modalidad de revisión.

La revisión se encuentra enfocada en la búsqueda y revisión sistemática de literatura científico-académica seleccionada y disponible en determinadas bases de datos. Entre las bases utilizadas podemos destacar: SciELO, Dialnet, ELSEVIER, Cochrane, entre otras.

Asimismo, se realizó una búsqueda aleatoria y consecutiva en las mencionadas bases de datos, usando las expresiones "Toxicodermias", "Toxicodermias graves" y "Síndrome de Dress". El resultado de la búsqueda fue filtrado bajo criterios de: idioma español e inglés, relevancia, correlación temática y fecha de publicación, la cual estuvo comprendida entre 2014 y 2022.

El material usado consistió en títulos de artículos científicos, ensayos, revisiones sistemáticas, libros, boletines, folletos, tesis de grado, posgrado y doctorado, noticias científicas, entre otros documentos e información de interés científico y académico.

### Resultados

#### Formas graves de toxicodermias

Se denomina reacción adversa a un fármaco a aquella manifestación clínica no deseable tras la administración de un medicamento o sustancia química con fines profilácticos, diagnósticos o terapéuticos. Las reacciones secundarias a fármacos se pueden dividir en previsibles o imprevisibles. Se utiliza el término toxicodermia para denominar a aquellas dermatosis causadas por el efecto de diversas sustancias, en general medicamentos, que entran en contacto con el organismo por diferentes vías y que pueden afectar a la piel, las mucosas y/o los anejos. Las toxicodermias graves son reacciones mediadas inmunológicamente que se clasifican dentro de las reacciones adversas a fármacos como no predecibles. (Horcajada, Pulido, & Suárez, 2016)

El principio fundamental del tratamiento de las formas graves de toxicodermia es la retirada de todos los fármacos sospechosos.

Generalmente, la sola retirada del agente responsable produce mejoría y/o curación. Las formas leves solo suelen precisar tratamiento sintomático, con antihistamínicos orales y corticoides tópicos, los corticoides orales generalmente son innecesarios. Siempre debe hacerse un seguimiento cercano las primeras 24-48 h, debido a la posibilidad de evolución a formas graves. Las formas graves precisan hospitalización y, en algunos casos, ingreso en una unidad especializada de cuidados intensivos y/o quemados, donde se les manejará como a los grandes quemados. (Alvargonzález & Gijón Conde, 2019, págs. e-13, e-14)

El Síndrome de Steven Johnson y la necrosis epidérmica tóxica, en la actualidad se consideran ambas entidades como los dos extremos de una misma enfermedad. Son los cuadros más graves de toxicodermia que existen. Generalmente están producidos por medicamentos, aunque existen algunos casos relacionados con infecciones. La lista de medicamentos implicados es muy larga, siendo los más frecuentes las sulfamidas, los anticonvulsivantes, los AINE, alopurinol y algunos antibióticos. El cuadro clínico se caracteriza por placas eritematosas o eritematovioláceas, algunas pueden tener forma de diana que evoluciona a ampollas de gran tamaño que al romperse dejan grandes áreas de erosiones y, en ocasiones, úlceras. Es típico el signo de Nikolsky que consiste en el despegamiento de la epidermis con la fricción superficial de la piel. Existe afectación de la mucosa oral en el 80% de las ocasiones en forma de vesículas y ampollas que suelen curar con formación de costras que se suelen observar en los labios. Es frecuente observar síntomas sistémicos como dolor de la piel, de los ojos y las mucosas, cefalea, rinitis, malestar general y mialgias. El diagnóstico es clínico y puede complementarse con la realización de una biopsia cutánea que mostrará una intensa necrosis de queratinocitos que afecta a todas las capas epidérmicas, acompañada de un despegamiento der-

moepidémico con un grado variable de infiltrado inflamatorio perivascular superficial. El tratamiento más importante, a parte de la identificación y suspensión del medicamento implicado, es el de soporte, incluyendo las curas locales y un adecuado aporte de calorías, líquidos y electrolitos. (Guhl Millán & López-Bran, 2018, pág. 2849)

### **Síndrome de Dress**

El síndrome de reacción eosinofílica medicamentosa y síntomas sistémicos o síndrome de DRESS (acrónimo del inglés Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) o como es conocida en territorio oriental síndrome de hipersensibilidad inducida por fármacos (acrónimo del inglés Drug-Induced Hypersensitivity Syndrome DIHS), es una toxicodermia grave, infrecuente y potencialmente mortal. La gravedad está relacionada con la aparición de manifestaciones sistémicas que pueden evolucionar hacia un cuadro de insuficiencia multiorgánica, con el agravante de que puede seguir evolucionando aun después de haber sido suspendida la toma del medicamento causal. Comparado con las toxicodermias clásicas, este síndrome tiene características muy específicas, en particular cronológicas, con una evolución prolongada entre la toma del medicamento y las primeras manifestaciones clínicas. (Gómez, Corrales, & Ugalde, 2019, págs. 61, 62)

En cuanto a la patogenia, Castejon et al., (2016) refiere que no se conoce con exactitud, sin embargo, se presume que influyen factores genéticos, metabólicos, inmunológicos e inflamatorios. Al parecer se ha visto involucrado el exceso de metabolitos tóxicos en vías detoxificación farmacológica originado por alteraciones genéticas o ambientales. (p. 2)

Se han descrito algunos factores de riesgo para presentar síndrome DRESS tales como tener un familiar en primer grado que haya presentado síndrome DRESS, el antecedente conocido de alergia a ácido acetilsalicílico (los dos anteriores aumentan cuatro

veces el riesgo presentar DRESS), la presencia de colagenopatías (lupus eritematoso sistémico) aumenta el riesgo 10 veces y el VIH/SIDA lo aumenta 100 veces. Además, se considera que las formas graves son más frecuentes en las mujeres y en raza negra<sup>12</sup>, aunque algunos autores refieren que este síndrome no tiene predilección por la edad o el sexo. (Castro, Gómez, & Celis, 2020, pág. 52)

Las manifestaciones clínicas del síndrome de DRESS suelen iniciar de 4 a 8 semanas después de la ingesta del fármaco asociado. Los pacientes más susceptibles son aquellos con edad avanzada o portadores de nefropatías subyacentes tratados con tiazidas, o dosis inapropiadas del fármaco. (González, Pérez, & Roque, 2020, pág. 439)

Entre las manifestaciones clínicas, la fiebre y las erupciones cutáneas son las más comunes, la temperatura varía entre 38 y 40°C, lo que obliga a descartar un proceso de infección, la fiebre puede ser persistente incluso después de la interrupción del agente causal. La reacción cutánea más frecuente (95%) es el exantema morbiliforme maculopapular, el eritema que inicia en la cara y el tronco superior se vuelve confluyente y generalizado, el edema facial es distintivo de la enfermedad (76%), la boca y los labios son comúnmente afectados, a diferencia del paciente del caso comunicado, en el que las lesiones dermatológicas no afectaron la cara y las mucosas. La erupción puede volverse purpúrica en las piernas y rara vez afecta las palmas y las plantas, no afecta el cuero cabelludo, la descamación puede ocurrir con el alivio del cuadro. (Silva Tirado, 2019, pág. 328)

El diagnóstico del Dress debe ser considerado en los pacientes que presentan fiebre, máculas, pápulas o placas eritematosas generalizadas, eosinofilia, linfadenopatías y afección sistémica, asociado con la ingesta previa de medicamentos. Es importante saber diagnosticar este cuadro por cuanto la retirada precoz del fármaco responsable es

la medida terapéutica más eficaz para evitar la progresión del daño orgánico. (García Sánchez & Valencia Maturana, 2016, pág. 50)

El diagnóstico, según la revisión de González, Pérez, & Roque, (2020) es fundamentalmente clínico, y muchas veces resulta complejo debido a la gran variabilidad de patrones, tanto de la afección cutánea (erupción morbiliforme, erupción eritrodérmica y exantema como una púrpura diseminada que evolucionan hacia: descamación fina, edema facial, pústulas faciales, lesiones en diana atípicas y dermatitis exfoliativa con toma de mucosas) como de los órganos

internos que se ven involucrados (adenopatías, hepatitis tóxica aguda, insuficiencia renal, neumonía intersticial con eosinofilia, miocarditis, meningoencefalitis, hemorragia gastrointestinal y tiroiditis autoinmune). Por tanto, en un esfuerzo mancomunado por definir el síndrome DRESS, de manera precisa, se han creado varios sistemas. El más aceptado por la comunidad científica internacional es el sistema de puntuación RegiSCAR (acrónimo del inglés Severe Cutaneous Adverse Reaction), que constituye un registro europeo de reacciones cutáneas adversas de carácter grave (ver Tabla 1). (p. 433)

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos del síndrome de DRESS (se deben verificar al menos 3 de estos criterios)

1. Sospecha de relación causal entre la administración del medicamento y la aparición de la reacción adversa
2. Rash cutáneo agudo
3. Involucro de al menos un órgano interno
4. Linfadenopatías por lo menos en dos sitios diferentes
5. Cualquiera de las siguientes anomalías hematológicas <ul style="list-style-type: none"> <li>● Linfocitosis</li> <li>● Eosinofilia</li> <li>● Trombocitopenia</li> </ul>
6. Fiebre mayor de 38 grados

**Fuente:** Choudhary et al., (2013) citado por Londoño, Guerra, Hernández, Hoyos, & Jiménez, (2017).

En un sentido más amplio, el sistema RegiSCAR ha clasificado los casos de probable DRESS en: «no», «posible», «probable» y «definitivo», de acuerdo con el número de

criterios diagnósticos cumplidos, de la siguiente manera: Puntaje: < 2 = no; 2-3 = posible; 4-5 = probable; > 5 = definitivo (ver Tabla 2).



**Tabla 2.** RegiSCAR. Índice diagnóstico de síndrome DRESS

Manifestación clínica/laboratorio	No	Sí	Se Desconoce
Fiebre > 38.5°C	-1	0	-1
Linfadenopatías > 2 sitios > 1 cm	0	1	0
Linfocitos atípicos	0	1	0
Eosinofilia	0		0
700-1499 mm <sup>3</sup> o 10-19.9%		1	
1500 mm <sup>3</sup> o > 20% <sup>2</sup>		2	
<b>Exantema cutáneo</b>			
> 50% de superficie corporal total		1	
Exantema sugerente de síndrome DRESS	-1	1	0
Biopsia sugerente de síndrome DRESS	-1	0	0
<b>Alteraciones orgánicas</b>			
Hígado	0	2	0
Riñón	0	1	0
Músculo/corazón	0	1	0
Páncreas	0	1	0
Otros órganos	0	1	0
Alivio del exantema > 15 días	-1	0	-1
<b>Evaluación de otras potenciales causas</b>			
<b>Anticuerpos antinucleares</b>			
<b>Hemocultivos</b>			
<b>Serología HAV/HBV/HCV</b>			
Si ninguno es positivo y más de tres investigaciones biológicas son negativas		1	

**Fuente:** HAV: hepatitis A; HBV: hepatitis B; HCV: hepatitis C.\* Luego de excluir otras causas: un órgano = 1; > 2 órganos = 2. Puntaje: < 2 = no; 2-3 = posible; 4-5 = probable; > 5 = definitivo. Fuente: Silva Tirado, (2019).

Para Husain et al., (2013) citado por Castejón et al., (2016) es importante tener en cuenta los diversos fármacos que pueden ocasionar la aparición de este síndrome. Entre ellos podemos encontrar a los anti-convulsivantes (por ejemplo, fenitoína, carbamazepina, lamotrigina y ácido valproico), antimicrobianos (como vancomicina, fármacos antituberculosos, metronidazol, cefotaxima, etc.), antivirales (Abacavir, nevirapina y zalcitabina), antidepresivos (Bupropion y fluoxetina), antihipertensivos (Amlodipino

and captopril) AINES (Celecoxib y ibuprofeno), alopurinol y ranitidina por citar los más conocidos. (p. 68)

El diagnóstico diferencial del síndrome DRESS incluye las enfermedades del tejido conectivo, hipereosinofilia idiopática, hepatitis viral, linfomas, síndrome de Sézary, mononucleosis infecciosa y síndrome anti-retroviral. (Silva Tirado, 2019, pág. 328)

El síndrome de Dress en pacientes postoperados supone una complicación añadida a tener en cuenta para establecer un correcto diagnóstico y ofrecer un tratamiento precoz que disminuya sus consecuencias. La dificultad diagnóstica surge en el estadio inicial, donde destaca una clínica inespecífica, con mal estado general, fiebre y alteraciones hematológicas. En este momento, los síntomas derivados de esta entidad podrían ser superponibles a los derivados de una posible complicación postquirúrgica abdominal y conducir a un error diagnóstico por parte del cirujano. La retirada del fármaco responsable es el tratamiento fundamental, ya que su mantenimiento puede comprometer la vida del paciente (Casal, García, García, & Rey, 2019, pág. 92).

Con respecto al tratamiento, Quintero, Flores, & Torres, (2015) explican que un mal diagnóstico o retraso del mismo se ha traducido en un aumento de la mortalidad de hasta el 30%. Asimismo, que la suspensión inmediata del fármaco causante y el inicio del tratamiento con corticosteroides sistémicos son el pilar en el tratamiento.

Por su parte, Castro, Gómez, & Celis, (2020) manifiestan las siguientes consideraciones:

El tratamiento no está estandarizado; no obstante, es obligatorio suspender el medicamento implicado, si bien, esta descrito el uso de corticosteroides sistémicos orales o parenterales principalmente cuando en la evolución del paciente se presente afectación orgánica, especialmente con compromiso hepático, los corticoesteroides han demostrado adecuada eficacia clínica por la rápida resolución de las lesiones, sin embargo, el esteroide se debe reducir gradualmente durante los siguientes 3 meses debido a que una rápida reducción de la dosis, puede generar recaídas, con cuadros clínicos más severos. Se han descrito otras terapias asociadas como el uso de inmunoglobulina, antivirales como ganciclovir y otros in-

munosupresores. Estos agentes antivíricos están justificados en pacientes que se demuestre la reactivación del virus y sospecha de complicaciones graves como encefalitis y colitis erosiva severa. Asimismo, se evidencio que la N-acetil cisteína en dosis de 400-800 mg cada 8 horas durante 7 a 14 días, interviene en la desintoxicación de varios anticonvulsivantes entre ellos la carbamazepina, e inhibe la respuesta inmunológica implicada en la patogenia de reacciones de hipersensibilidad. La ciclosporina es una de las terapias consideradas como segunda línea para paciente con lesión orgánica grave en el que los corticosteroides están contraindicados. Igualmente, la ciclosporina podría ser usada como agente ahorrador de esteroide. (p. 54)

### **Conclusión**

El síndrome DRESS es una forma de toxicodermia grave que genera una reacción consecuencia de la administración de algunos fármacos, y aunque es poco frecuente puede llegar a ser mortal. Es importante la sospecha de este síndrome en cualquier paciente que presente erupción cutánea, fiebre y la ingesta de fármacos, con compromiso orgánico interno. Por tanto, se puede decir que la identificación de las características clínicas es la base del diagnóstico. Asimismo, es importante descartar los diagnósticos diferenciales y puntualizar el fármaco que la está originando, por cuanto es el principio del tratamiento.

En el tratamiento se emplea, además, el uso de corticosteroides sistémicos orales o parenterales. Igualmente, existen otras terapias asociadas como el uso de inmunoglobulina, antivirales como ganciclovir y otros inmunosupresores. En la desintoxicación de varios anticonvulsivantes entre ellos la carbamazepina, e como inhibidor de la respuesta inmunológica implicada en la patogenia de reacciones de hipersensibilidad,

se utiliza la N-acetil cisteína. Por último, la ciclosporina podría ser usada como agente ahorrador de esteroide.

Es importante destacar la relevancia de reacciones cutáneas a medicamentos que pueden amenazar la vida, como en el caso del Síndrome de Dress. En virtud de lo cual el conocimiento adecuado de esta toxicodermia permite un diagnóstico temprano y preciso; y al mismo tiempo un manejo oportuno.

## Bibliografía

- Agu, C. C. (2014). Síndrome de Basheer H. DRESS asociado con alopurinol. *Revista internacional de informes de casos e imágenes*, 5(2), 145-149. Recuperado el 10 de septiembre de 2022, de <http://www.ijcasereportsandimages.com/archive/2014/002-2014-ijcri/012-02-2014-agu/ijcri-012022014112-agu-full-text.php>
- Alvargonzález, M., & Gijón Conde, T. (2019). Toxicodermia: a propósito de un caso. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 45(3), e13-e14. doi:<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.01.008>
- Casal, I., García, M., García, M., & Rey, I. (2019). Síndrome de DRESS en el diagnóstico diferencial de las complicaciones. *An. Sist. Sanit. Navar*, 42(1), 89-92. Recuperado el 11 de septiembre de 2022, de <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v42n1/1137-6627-asisna-42-01-89.pdf>
- Castejon, O., López, D., Sanchez, R., Oviedo, E., & Ponce, M. (2016). Síndrome de DRESS desencadenado por Fenitoína: Comunicación de un caso. *CIMEL*, 21(2), 65-68. Recuperado el 15 de septiembre de 2022, de <https://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/download/650/368/>
- Castro, L., Gómez, C., & Celis, L. (2020). Reporte de caso Purpura Diseminada como primera manifestación de Síndrome de Dress J. *Revista Argentina De Dermatología* *Revista Argentina De Dermatología*, 101(2), 40-56. Recuperado el 25 de septiembre de 2022, de <http://rad-online.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/Reporte-de-caso-Purpura-Diseminada-como-primera-manifestaci%C3%B3n-de-S%C3%ADndrome-de-Dress.pdf>
- García Sánchez, M., & Valencia Maturana, J. (2016). Síndrome DRESS: presentación de un caso clínico. *MEDICINA U.P.B*, 35(1), 47-51. Recuperado el 28 de septiembre de 2022, de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/download/1217/1038/1965>
- Gómez, M., Corrales, T., & Ugalde, O. (2019). Síndrome de DRESS: abordaje diagnóstico y terapéutico. *Revista Médica Sinergia*, 4(6), 60-72. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms196g.pdf>
- González, M., Pérez, N., & Roque, L. (2020). Síndrome de DRESS secundario a alopurinol. *Medicent Electrón*, 24(2), 430-443. Recuperado el 18 de septiembre de 2022, de <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n2/1029-3043-mdc-24-02-430.pdf>
- Guhl Millán, G., & López-Bran, E. (2018). Toxicodermias. *Medicine*, 12(48), 2846-2853. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de <http://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/300%20Toxicodermias.pdf>
- Horcajada, C., Pulido, A., & Suárez, R. (2016). Toxicodermias graves: ¿existen las formas combinadas? . *Actas dermo - sifiligráficas*, 107(1), 23-33. Recuperado el 29 de septiembre de 2022, de <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S0001731015003762>
- Londoño, H., Guerra, M., Hernández, C., Hoyos, D., & Jiménez, K. (2017). Anticonvulsivantes inducen síndrome de reacción a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) con falla hepática fulminante . *Rev. Fac. Med*, 65(1), 165-168. Recuperado el 21 de septiembre de 2022, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n1/0120-0011-rfmun-65-01-00165.pdf>
- Peña, a., Araque, F., Sarmiento, J., Peñaranda, D., Lopez, B., Pérez, C., . . . Ospino, M. (2021). Síndrome de DRESS, Reacción Farmacológica. *Archivos de Medicina*, 17(1), 1-5. Recuperado el 20 de septiembre de 2022, de <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/sndrome-de-dress-reaccioacuten-farmacoloacutegica-inducida-por-vancomicina.pdf>

Quintero, D. C., Flores, R. A., & Torres, L. (2015). Síndrome de DRESS asociado con carbamazepina. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 72(2), 118-123. Recuperado el 29 de septiembre de 2022, de [https://www.researchgate.net/publication/282533212\\_Sindrome\\_de\\_DRESS\\_asociado\\_con\\_carbamazepina/fulltext/56120f2a08aec422d1172c92/Sindrome-de-DRESS-asociado-con-carbamazepina.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/publication/282533212_Sindrome_de_DRESS_asociado_con_carbamazepina/fulltext/56120f2a08aec422d1172c92/Sindrome-de-DRESS-asociado-con-carbamazepina.pdf?origin=publication_detail)

Silva Tirado, M. P. (2019). Síndrome DRESS. Med Int Méx, 35(2), 325-331. Recuperado el 10 de septiembre de 2022, de <https://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v35n2/0186-4866-mim-35-02-325.pdf>

### CITAR ESTE ARTICULO:

Muciño Mondragón, E. Y., Ortiz Pineda, T. A., Ocaña Urquizo, G. G., & Vázquez Mora, R. G. (2022). Toxicodermias graves. Síndrome de Dress. RECIMUNDO, 6(4), 214-223. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.214-223](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.214-223)

