

Manifestaciones Oftalmológicas del Síndrome de Stevens-Johnson

Ophthalmological manifestation of Stevens-Johnson Syndrome

MORENO PÉREZ LM¹, HERRERA RAMOS LF², HERRERA MORENO R³, PERAZA MARTÍNEZ E⁴

RESUMEN

Se presenta una paciente portadora de un Síndrome de Stevens-Johnson, secundario a la utilización de un antibiótico sistémico contra Bacterias Gram positivas como la Vancomicina, exponiéndose la evolución de la enfermedad, así como la repercusión que en el órgano visual tuvieron las manifestaciones oftalmológicas presentadas en la paciente.

Palabras claves: Síndrome de Stevens-Johnson/diagnóstico, síndrome de Stevens-Johnson/complicaciones, oftalmopatías/complicaciones.

ABSTRACT

Case report: We present the case of a patient with Stevens-Johnson Syndrome secondary to the use of a systemic antibiotic (Vancomycin) against Gram Positive Bacterium. We present the development of the illness as well as the repercussions of the ophthalmological manifestations on the visual organ of this patient.

Key words: Stevens-Johnson syndrome/ diagnostic, Stevens-Johnson/complications, ophthalmopathy/complications.

INTRODUCCIÓN

El eritema multiforme o polimorfo se define como el estado patológico inflamato-

rio de la piel, consecutivo a una reacción inmunológica, precipitada por una gran cantidad de agentes causales, dentro de los que se destacan: los virus, bacterias, hongos,

Policlínico Docente Dr. Tomás Romay, Artemisa. Provincia La Habana. Cuba.

¹ Especialista de I Grado de Oftalmología. Instructor. Policlínico Tomás Romay, Artemisa.

² Especialista de I Grado de Pediatría. Instructor. Policlínico Tomás Romay, Artemisa.

³ Médico General. Hospital José R. Martínez, Guanajay, La Habana, Cuba.

⁴ Técnico en Programación de Máquinas Computadoras. Instituto Pedro Kourí. Ciudad de la Habana. Cuba.

Correspondencia:

Lourdes M. Moreno Pérez

Calle 70, n.º 6718 e/ 67 y 69, Guanajay

Provincia La Habana, Cuba

lmorenop@infomed.sld.cu

medicamentos, enfermedades malignas, frío, calor y luz solar; embarazo, enfermedades del colágeno y agentes exógenos como la irradiación (1-5). Esta enfermedad tiene dos formas clínicas: eritema polimorfo menor y eritema polimorfo mayor o síndrome de Stevens-Johnson.

Motivados por la presencia de una enfermedad sistémica grave, expresada por una gran diversidad clínica y provocada por tan diversas causas, decidimos hacer la presentación de un caso.

CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años de edad, sexo femenino y raza blanca, del municipio de Artemisa, provincia La Habana, con antecedentes de sepsis urinaria a repetición, refiere que posterior a la administración de vancomicina, comienza a presentar malestar general, cefalea, sequedad y ulceraciones de la mucosa oral, odinofagia, conjuntivitis, presencia de lesiones muy dolorosas en la vagina y el ano. Se acompañaba también de erupción en la piel del tórax anterior y espalda. Es intercon-

sultado el caso con el dermatólogo llegando al diagnóstico de un síndrome de Stevens Johnson. Se suspende la Vancomicina y se comienza a tratar con fomentos de manzanilla en piel y prednisolona oral.

Tres días más tarde, se aprecia agudización del cuadro, presentando intensas vesículas supurativas de la piel, disminución de la visión, edema palpebral intenso, dolores oculares con gran congestión de la conjuntiva bulbar, edema en orofaringe que le dificulta la deglución, decidiéndose internarla en un servicio de terapia intermedia. Se le administra ceftriaxona y prednisolona EV, nitrato de plata en las lesiones de la piel y tratamiento sintomático en el resto de las mucosas. Evolutivamente presenta un gran edema palpebral, violáceo, sobre todo en ojo izquierdo, intenso lagrimeo, reacción cilio-conjuntival moderada. Se solicita valoración por oftalmología, detectándose una queratoconjuntivitis severa, con la presencia de simbléfaron bilateral a predominio de los ángulos, el cual dificulta la motilidad ocular, responsable de la sintomatología de la paciente.

Se incrementa la dosis de prednisona oral a 60 mg diarios, además de adicionarle lágrimas artificiales para reducir la sequedad de las mucosas y fomentos fríos para reducir el edema. Evoluciona favorablemente drenando todo el líquido subcutáneo palpebral, pero mantiene cuadros de conjuntivitis a repetición como lesión residual.

DISCUSIÓN

El síndrome de Stevens-Johnson es la expresión más grave de la enfermedad, teniendo una mortalidad que oscila entre 5 y 15%, más frecuente en niños y adultos jóvenes. Desde el punto de vista clínico, comienza el cuadro con pródromos como cefalea, artralgias, decaimiento, fiebre, vómitos, diarreas, seguido de afectación de piel y mucosas. Dentro de las primeras se aprecian lesiones extensas, eritematosas con placas diseminadas y bulas hemorrágicas, que al necrosarse dan lugar a zonas erosivas, rojas, exudativas y que al curar dejan zonas hiperpigmentadas. En cuanto a las mucosas son las pri-



Fig. 1:
Manifestaciones
oculares.



Fig. 2:
Manifestaciones
en piel y espalda.

meras estructuras en afectarse, la oral participa invariablemente, siguiéndole en frecuencia la mucosa ocular, la anal y la vaginal. Se presentan vesículas, ulceraciones, pseudo membranas y costras hemorrágicas, siendo lesiones muy dolorosas, que se acompañan de ardor y quemazón.

En la conjuntiva se presentan vesículas dolorosas, lagrimeo, conjuntivitis purulenta, alteraciones en el contenido de la capa mucinosa, pseudo membranas y zonas hemorrágicas que al pasar de los días dejan serias cicatrices y secuelas, como el simbléfaron, triquiasis, opacidades de córnea y ceguera (1,6).

El cuadro puede cursar con otras sintomatologías como postración, tos, expectoración, trastornos en la respiración y deglución; confusión mental, coma, septicemia, neumonías, sangramientos gastrointestinales, hepatitis, entre otros.

Las lesiones histológicas ocurren en la membrana basal y dermis papilar, oscilando desde afectación se caracteriza por placas eritematosas urticarioides de crecimiento excéntrico que evoluciona hacia una exocitosis dentro de la epidermis y en la membrana basal, conduciendo a la necrosis eosinofílica del queratinocito provocando la aparición de vesículas intraepidérmicas que al desprenderse los techos de las mismas dejan lesiones erosionadas en la piel.

Su patogenia es aún desconocida, estudios recientes plantean que existe una reacción inmunológica tardía mediada por células y una respuesta humoral dado por auto anticuerpos dirigidos contra la dermoplaquina (1).

En cuanto al tratamiento, lo más importante es detectar la enfermedad y eliminar la causa. En casos leves se trata con soluciones alcalinas en la boca, crema corticoidea, esteroides, antihistamínicos y cuando hay recurrencias aciclovir; en cambio en casos graves deben atenderse en unidades de quemados donde se les haga un buen balance hidromineral, drenaje postural, esteroides sistémicos a altas dosis, antibióticos si sepsis, desbridamiento de la piel enferma cuando haya mejo-

rado el cuadro y tratamiento oftalmológico especializado para evitar las complicaciones oculares. En caso de aparecer estas últimas, tratamientos quirúrgicos reconstructivos (7).

En casos extremadamente graves, puede usarse la hemodiálisis y la plasmaféresis, usando también ciclosporina (1).

Como conclusión de este trabajo se plantea que es de obligación de todos los médicos tener presente que este cuadro clínico es grave, que puede presentarse secundario a múltiples entidades, fármacos y agentes físicos, que son frecuentes e importantes la toma de las mucosas fundamentalmente la conjuntiva, provocando serias secuelas que pudieran afectar de una manera permanente al órgano visual y que con un buen control médico basado en un tratamiento rápido y enérgico pudiéramos reducir en gran medida las secuelas oculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manzur J, Díaz Almeida J, Cortés M. Dermatología. La Habana: Editorial ECIMED; 2002; 4: 79.
2. Chang, P. Síndrome de Stevens-Johnson: reporte de 2 casos. Rev Med Int; 1997; 8 (1): 27-9.
3. Alfonso Rittoles A, Ricardo Fonseca ME, Feliz Lamarque N, Rodríguez Barreras ME. Síndrome de Stevens-Johnson en el curso del SIDA. Acciones de enfermería ante la infección. Rev Cub Enfermería; 1997; 13(1): 47-53.
4. Cabezas Rodríguez A, Arganibar DL, Benedetto BA, Amaro P. Síndrome de Stevens-Johnson secundario a fenitoína. Rev Chil Dermatol; 1996; 12 (4): 218.
5. Heredia Zelaya A, Sáenz Portillo A, Moscol Ledesma A, Zaharia Bassan M. Eritema multiforme y Síndrome de Stevens Johnson asociado a irradiación y uso de difenilhidantoína. Acta Cancerol; 1990; 2191: 37-9.
6. Bartra Tomas J, Arrondo Murillo E. Actualización en Alergia Ocular. Barcelona. 2003; Editorial Glosa; I: 74; II: 47.
7. Schliapnik BR, Behamondes CM. Rehabilitación de la superficie ocular; decorticación corneal, queratectomía laminar superficial y trasplante de epitelio conjuntival limbar. Arch Cli Oftalmol; 1991 48 (2): 21-34.