



# Revista Clínica Española

<https://www.revclinesp.es>



## V-091 - EXANTEMA, EOSINOFILIA Y FIEBRE: ¡REVISAR LOS FÁRMACOS!

C. Smilg Nicolás<sup>1</sup>, A. Camacho Aguirre<sup>2</sup>, A. Guillén Martínez<sup>1</sup>, E. Ruiz Belmonte<sup>1</sup>, P. Escribano Viñas<sup>1</sup>, R. Rojano Torres<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Conocer los fármacos implicados, evolución clínica y analítica así como el tratamiento del síndrome de Dress a través de la revisión de un caso clínico y la revisión de la literatura actual.

**Métodos:** Se describe un caso de sd. de Dress valorado en el Hospital Ramón y Cajal, Madrid, y se realiza una revisión bibliográfica de los últimos artículos publicados.

**Resultados:** Caso clínico: mujer de 41 años natural de Bolivia sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Durante el estudio ginecológico por clínica de infertilidad se realiza una biopsia endometrial que muestra endometritis granulomatosa. Es derivada a consulta de Medicina Interna siendo diagnosticada finalmente de tuberculosis genital e iniciando tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Veinte días después del inicio del tratamiento la paciente comienza con fiebre, mal estado general, disnea, exantema maculo-papuloso generalizado, y edema facial. El estudio analítico muestra linfocitosis con eosinofilia y elevación de enzimas hepáticas. Tras descartar otras causas posibles de exantema maculo-papuloso con afectación sistémica, se diagnostica de sd. de Dress. La paciente recibió tratamiento con corticoides sistémicos con muy buena respuesta clínica y analítica.

**Discusión:** El sd. de Dress, acrónimo de Drug Rash, Eosinophilia and Systemic Symptoms, tiene una incidencia desconocida, es más frecuente en la edad adulta y no tiene predilección por sexos. Los fármacos más frecuentes asociados son los antiepilépticos, antibióticos, antiinflamatorios y antirretrovirales. Existe un periodo de latencia entre 3-8 semanas entre la toma del fármaco y la aparición de la clínica. La patogenia es también desconocida. Se ha descrito la relación con la activación del virus herpes 6. La fiebre, el mal estado general, las linfadenopatías y la erupción cutánea son los síntomas iniciales más frecuentes. La afectación de al menos un órgano ocurre en casi el 90%, siendo el hígado el más frecuentemente implicado. La hepatomegalia y la ictericia suelen estar presentes pero lo más frecuente es la hepatitis asintomática. La afectación renal ocurre en un 10-30% de los casos y se manifiesta como nefritis intersticial. Las anomalías analíticas incluyen elevación de creatinina, proteinuria y alteración del sedimento urinario. La afectación pulmonar se manifiesta con síntomas inespecíficos como tos, fiebre y disnea que se pueden acompañar de baja saturación de oxígeno. Los datos de laboratorio típicos del paciente con Dress son la leucocitosis con eosinofilia (> 700  $\mu$ L), linfocitosis con linfocitos atípicos y elevación de GPT u GOT. Debe plantearse el diagnóstico diferencial con otras erupciones cutáneas inducidas por

fármacos, infecciones bacterianas y víricas, sd. hipereosinofílico, linfoma y enfermedades del tejido conectivo. En cuanto al curso evolutivo, la erupción cutánea y el daño orgánico se suelen resolver progresivamente después de la retirada del fármaco. El tiempo medio de recuperación es entre 6 y 9 semanas pero puede alargarse durante meses. En el tratamiento es fundamental retirar el fármaco ante la primera sospecha. Si no existe evidencia clínica, analítica o de imagen de afectación pulmonar, renal o hepática, se debe hacer un tratamiento sintomático con corticoides tpicos e alta potencia. Si existen datos de afectación pulmonar o renal están indicados los corticoides sistémicos.

*Conclusiones:* El sd. de Drees es una reacción de hipersensibilidad a fármacos poco frecuente pero muy grave, que puede llevar a la muerte del paciente. Dada la variabilidad clínica de presentación el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. Siempre hay que recordarlo ante un paciente que ha iniciado un tratamiento farmacológico recientemente y que presenta erupción cutánea, fiebre, edema facial, alteraciones hematológicas y afectación hepática, renal o pulmonar.