

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
DR. GAUDENCIA GONZALEZ GARZA
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.

PREVALENCIA DE SINDROME DE STEVENS-JOHNSON EN POBLACION
PEDIATRICA DE LA UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE

PEDIATRIA MEDICA

P R E S E N T A

DR. GERMAN XOCHIHUA CARVAJAL

TUTOR
DR. FRANCISCO RUIZ OLIVO

CO-TUTOR
DR. MARIO GONZALEZ VITE

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA
CENTRO MEDICO NACIONAL
“LA RAZA”**

**Dr. José Luis Matamoros Tapia
Jefe de la División de Educación e Investigación Médica
Unidad Médica de Alta Especialidad
Dr. Gaudencio González Garza
Centro Médico La Raza**

**Dr. Jorge Enrique Menabrito Trejo
Jefe de la División de Pediatría
Unidad Médica de Alta Especialidad
Dr. Gaudencio González Garza
Centro Médico La Raza**

**Dr. Mario González Vite
Profesor Titular del curso de especialización en Pediatría Médica
Unidad Médica de Alta Especialidad
Dr. Gaudencio González Garza
Centro Médico La Raza**

**Dr. Francisco Cruz Olivo
Asesor de Tesis
Médico de Base, adscrito al servicio de Medicina Interna Pediátrica
Unidad Médica de Alta Especialidad
Dr. Gaudencio González Garza
Centro Médico La Raza**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios la vida, la cual ha colmado de muchas bendiciones.

Agradezco a mi madre Sofía Carvajal el espíritu de lucha y perseverancia enseñados los cuales son me han forjado el hombre que soy ahora.

A mis hermanos Elvis y Coral les doy las gracias por el apoyo y cariño incondicional de toda la vida.

Agradezco a mi Esposa Fabiola su amor, comprensión, confianza y apoyo incondicional para la realización de una de mis grandes metas propuestas en la vida.

Al amor de mi vida, mi hija Citlalli Fabiola la cual es la bendición más grande que Dios me ha dado dedico este logro.

A mis profesores y compañeros Residentes les doy las gracias por sus enseñanzas en estos cuatro años pero sobre todo agradezco la amistad brindada.

A los Doctores Cruz Olivo y González Vite un especial agradecimiento por sus enseñanzas y por su gran apoyo en la realización de esta tesis.

Finalmente agradezco la amistad de casi quince años e mi amigo, hermano y compadre José Luis cuyo compañerismo y complicidad fueron fundamentales en el logro de la residencia.

RESUMEN

INTRODUCCION. El Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) constituye una emergencia dermatológica, caracterizada por erupciones maculares purpúricas, eritematosas, empolladas, rápidamente progresivas. Se presenta comúnmente secundario a procesos infecciosos, ingesta de tóxicos, drogas, procesos malignos o autoinmunes. Es más común en adultos; en niños existe poca acerca de su epidemiología y características clínicas.

OBJETIVO. Determinar la prevalencia del Síndrome de Steve-Johnson en el periodo comprendido de Enero de 1999 a Diciembre del 2004, así como las características clínicas y demográficas, tratamiento utilizado y complicaciones en este grupo de pacientes.

DISEÑO. Encuesta descriptiva observacional, retrospectiva.

MATERIAL Y METODOS. Durante este periodo comprendido de Noviembre de 1999 a Diciembre de 2004 se estudiaron los expedientes de pacientes atendidos en la UMAE Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza, se incluyeron a pacientes de 0 a 16 años que ingresaron con el Diagnóstico de SSJ, no se incluyeron aquellos en quienes por evolución se concluyó un diagnóstico diferente y aquellos con expediente incompletos. Se obtuvo, de los expedientes, la edad, sexo, eventos o condición previa al inicio del padecimiento, el tratamiento utilizado y las complicaciones que presentaron.

RESULTADOS. De un total de 24 casos encontrados en los registros, fueron elegibles 15, en los restantes no se localizo el expediente o estaba incompleta. La prevalencia de la enfermedad fue de 0.0321% (3 casos por cada 10,000 egresos/años). De los 15 que se incluyeron 8 (53%) fueron del sexo femenino, el rango de edad fue de 5ª 14 años, con una media de 9.6 años. En 10 de ellos existió el antecedente de proceso infeccioso previo, en

los otros 5 la ingesta de medicamentos anticonvulsivantes. La estancia hospitalaria fue un promedio de 12.3 días.

El tratamiento establecido fue a base de esteroides en 9 de los 15 y gammaglobulina en 1 de ellos, se utilizó antibióticos en 11 casos, con un promedio de 2 antibióticos por paciente, siendo los más frecuentes amikacina y dicloxacilina (7 pacientes cada uno). Las complicaciones más frecuentes fueron los eventos de infección localizada (conjuntivitis) en 6 casos y neumonía en 2, No hubo defunciones.

CONCLUSIONES. La prevalencia del SSJ en la población estudiada fue de 0-0321%. Este resultado no refleja la frecuencia de la enfermedad no solo por la fuerza de la extracción de la información, sino además por la deficiencia en el registro, recuperación y permanencia de lo expedientes. Las características clínicas de la población de estudio son semejantes a los reportado en la literatura internacional, no obstante la falta de consenso con respecto al uso de esteroides en esta entidad, en el grupo de estudio se empleo en más de la mitad de los casos, si bien el tipo de diseño no permite hacer otro tipo de inferencias, no parece haber diferencia en lo que respecta a estancia hospitalaria ni la presencia de complicaciones en quienes recibieron esteroides.

Palabras clave: Síndrome de Stevens-Johnson, niños, prevalencia.

INDICE

1. RESUMEN	4
2. MARCO TEORICO	7
3. JUSTIFICACION	15
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACION	16
5. OBJETIVOS	17
6. MATERIAL Y METODOS	18
• DISEÑO DEL ESTUDIO	
• POBLACION DE ESTUDIO	
• CRITERIOS DE SELECCIÓN	
• VARIABLES	
• DESCRIPCION DEL ESTUDIO	
• ASPECTOS ETICOS	
7. RESULTADOS	25
8. DISCUSION	27
9. CONCLUSIONES	29
10. ANEXOS	39
11. BILIOGRAFIA	33
12. TABLAS Y GRAFICOS	36

MARCO TEORICO

En 1922 Stevens y Johnson describieron a dos niños que presentaron fiebre, conjuntivitis, estomatitis, y exantema generalizado con lesiones en piel diferente a eritema multiforme.

⁽¹⁾ Aunque anteriormente en 1866 Ferdinand Von Hebra describió a otra enfermedad aguda autolimitada que afectan a piel y mucosas y que estas lesiones dérmicas son distribución simétrica y acral con tendencia a recurrir y se le denomina eritema multiforme.⁽²⁾

DEFINICION.

El síndrome de Stevens-Johnson se define como una emergencia dermatológica.⁽³⁾ Y es una enfermedad autolimitada mucocutánea.⁽⁴⁾ Caracterizada por erupciones maculares purpúricas, eritematosas, ampollazas, rápidamente progresivas.^(5,7) afectando menos del 10% de la superficie corporal, que implica mas de una mucosa superficial desde oral, conjuntival y anodenital, con complicaciones viscerales o sistémicas.⁽⁶⁾

Eritema mayor se define como un proceso que se presenta con características lesiones tiro al blanco, donde dos o más mucosas se encuentran implicadas con distribución acral.⁽⁷⁾

EPIDEMIOLOGIA

La enfermedad se presenta de acuerdo a los diferentes reportes, en 1.2-6 casos por millón por año.⁽⁸⁾ Aunque siguiendo las condiciones médicas hay cierta predisposición de los individuos a un riesgo elevado de desarrollar esta patología y son infección por VIH, exposición a corticosteroides, transplante de medula ósea, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de injerto contra huésped, enfermedad inflamatoria intestinal, individuos expuestos a radicación o quimioterapia y neurocirugía por tumores cerebrales.⁽⁹⁻¹⁰⁾ Con respecto a la mobimortalidad algunos autores comentan alrededor del 5% pero otros

autores comentan un rango del 3 al 15%.⁽¹¹⁾ Y esto es directamente proporcional al área total de la superficie corporal del epitelio que esta comprometido y la sepsis es la causa principal de muerte por disminución de la barrera cutánea. También se consideran otros factores que incrementan el riesgo de morbimortalidad como: la edad, implicaciones viscerales, incremento en los niveles séricos de nitrógeno ureico, y hasta antes del trasplante de medula ósea los factores pronósticos eran pobres, sorpresivamente la incidencia incrementa entre los individuos con VIH de 1-1000 individuos por año pero ellos al parecer no incrementa su mortalidad. Con respecto al grupo racial afectado no hay predisposición ya que todo aquel grupo étnico que este expuesto a medicamentos tiene el riesgo de cursar con Síndrome Stevens-Johnson, aunque algunos reportes mencionan predominancia en la raza caucásica. Hasta antes de la epidemia del VIH entre los jóvenes del sexo masculino hubo un discreto predominio de hombre sobre mujer de 2 a 1.⁽¹²⁾ Con respecto a la edad todos son susceptibles de padecerla preferentemente entre la segunda y cuarta década de la vida pero la media es de 48 años de edad.⁽¹¹⁾ Se han reportados casos en pacientes pequeños de hasta 3 meses de edad. En el anciano tiene un incremento en la incidencia de la severidad de la enfermedad.⁽¹³⁾ En nuestro medio no se ha logrado documentar alguna casuística que permite observar el comportamiento en la población pediátrica.

ETIOLOGIA.

El uso de medicamentos y enfermedades malignas es la etiología más frecuente en el adulto y en el anciano, Las causas de este síndrome se mencionan cuatro categorías etiológicas en el grupo pediátrico la exposición a medicamentos, las enfermedades infecciosas, malignas o reumatológicas se consideran en este grupo y como las más frecuentes se considera a las infecciosas y dentro de este se incluyen, virus del Herpes Simple, Influenza, Parotidis, Fiebre por arañazo del gato, Linfogranuloma venéreo, Histoplasmosis, Cólera, Adenovirus, virus Calmette-Guerin, infecciones profundas micóticas, enterobacterias, Sarampión, Mycobacterium Tuberculosis, Micoplasma pneumoniae, estreptococo, Treponema pallidum, fiebre tifoidea. Además en los niños se ha identificado a virus del

Epstein-Barr y Entero virus. La inducción por drogas se ha relacionado alrededor del 50% y se tiene el antecedente del uso de drogas aunque no hay aun confiabilidad en las pruebas para demostrar la relación entre un caso de Stevens Johnson y la droga específica, existen más de 100 drogas las que pueden inducir el cuadro y se han implicado en numerosos casos reportados. Dentro de estos se ha considerado a un grupo como la causa más común y son los antibióticos alrededor del 30% del grupo de las Sulfonamidas y dentro de estas se exponen las más frecuentes, Fansidar-r, Sulfadiazina, Sulfadoxina, Sulfalazina, Trimetropim y Sulfametoxazol. También en segundo lugar los anticonvulsivantes como la Carbamazepina. Acido Valproico, Fenobarbital, Fenitoina y Lamotrigina. Existen otros medicamentos que se han relacionado con este fenómeno y dentro de los más frecuentes son : Acetaminofen, Amino penicilina, Cefalosporinas, Clobazam, antifungicos imidazoles, Macrolidos, antiinflamatorios no esteroides como, Diclofenaco, Piroxicam y Oxicam, Propanolol, derivados de la Pirazolonas como el Metamizol, Quinolonas, Salcilotos, Tetraciclinas dentro de muchos otros. La tercera causa se considera a las Enfermedades malignas y enfermedades reumatológicas en especial varios carcinomas y Linfomas o Lupus

Eritematosos Sistémico. La cuarta causa se considera Idiopática alrededor del 25 al 50% de los casos (1,14-15)

FISIOPATOLOGIA

El Síndrome de Stevens Johnson su fisiopatología no es bien conocida aun, y probablemente este mediada por una respuesta inmunológica y que posteriormente implica al metabolismo anormal en respuesta a la droga. Los queratinocitos es el último blanco del proceso de la enfermedad, con necrosis del queratinocitos, los pacientes presentan alteración en el metabolismo responsable de la droga, y ellos son considerados bajos acetiladores, ambos genotípicamente y fenotípicamente, esto quiere decir que incrementa proporcionalmente el metabolismo de la droga, y que es dirigido hacia la ruta alternativa de la oxidación por el sistema del citocromo P450, resultando un incremento en la

producción de metabolitos potencialmente tóxicos. Los individuos afectados tiene un defecto en la capacidad de desintoxicar estos metabolitos, que pueden comportarse como haptenos que comprometen a proteínas de la superficie celular, Esto induce la respuesta con la lesión principal en la piel. ^(1,16) La inmunidad celular parece ser responsable de la destrucción de células apiteliales que se observan en el Síndrome de Stevens-Johnson. En el proceso inmediato de la enfermedad, la epidermis es infiltrada por linfocitos CD8 y macrófagos, la exposición superficial de la dermis se debe una afluencia ligera de linfocitos CD4. Estas células inmunológicamente activas no se presentan en número suficiente para ser responsables directas de la muerte celular y una vez liberadas las citosinas que son mediadoras de la reacción inflamatoria y que resultan de la apoptosis celular. En algunos pacientes las células T circulantes demostraron como responsables a la citosina TH1. Otra evidencia que apoya la hipótesis que el Síndrome de Stevens-Johnson es el resultado de las reacciones inmunes reguladas celularmente y los humanos poseen antígenos linfocitarios (HLA) B12 este se desarrolla en tres tiempos. El tiempo clásico para la reacción inmune primaria regula celularmente es de 9 a 14 días posterior a la agresión de la droga, dentro de la exposición recurrente la reacción severa puede ocurrir en horas o de uno a dos días, y esto consistirá en el tiempo secundario de la respuesta inmune regulada celularmente. ^(1,16)

CUADRO CLINICO

Antecedentes clínicos en los pacientes que cursan con Síndrome de Stevens Johnson, es la infección del tracto respiratorio superior, exposición a medicamento dos meses antes del síndrome, infección por M. Pneumonie o virus del Herpes Simple o alguna otra enfermedad viral e historia de ansiedad.

Inicialmente el proceso es inespecífico y presenta datos de fiebre, mialgias, malestar en faringe y laringe, escalofríos, cefalea y ocasionalmente diarrea y vomito, esto corresponde a los pródomos de la enfermedad. Se comenta que esta historia la presentan alrededor del 10 al 30% de los pacientes afectados. Clínicamente se manifiesta súbitamente al desarrollar lesiones mucocutáneas caracterizada por grupos de erupciones como pápulas, masculas, vesículas, bulas, ampollas o eritema confluyente las cuales no son pruriginosas y

pierden su integridad superficial dejando piel desnuda siendo susceptible a infección y son rápidamente progresivas. Además las lesiones inicialmente son simétricas y el centro de estas pueden ser vesiculares, purpúricas o necróticas. Tienen la apariencia del tiro al blanco y es considerado como signo patognomónico. Su distribución abarca desde el rostro, tórax y extremidades proximales e inferiores inclusive región genital, ocular y oral. Pero se ha mencionado por algunos autores que se confina la lesión más a tórax. Aunque también se ha descrito lesiones en palmas, plantas de pies, dorsos de manos y superficies extensoras. La fiebre es cada vez peor que nos sugiere infección agregada, sin embargo; se ha reportado fiebre alrededor del 85% de los casos de Síndrome de Stevens-Johnson. En la evolución clínica manifiestan alteraciones para masticar, deglutir, cefalea, mialgias, artralgias, tos productiva con esputo purulento, dolor a la micción, fotofobia, alteraciones visuales, epistaxis, diarrea profusa y alteraciones respiratorias lo anterior secundario a la ulceración de mucosas. En la evolución triste, decaído, fiebre, taquicardia, ulceración corneal, conjuntivitis, erosión vulvar y vaginal, balanitis, deshidratación, convulsiones, coma y las lesiones dérmicas ya descritas anteriormente.

DIAGNOSTICO

Dentro de los estudios de laboratorio no existe prueba específica y algunas de estas solo son anomalías más frecuentes, como linfopenia alrededor del 90% de los pacientes lo presentan y esto es el resultado de la depleción de linfocitos CD4. Se presenta trombocitopenia alrededor del 15% de pacientes, anemia, sedimentación eritrocitaria y aminotransferasas elevadas. Es conveniente monitorizar electrolitos séricos y considerar gasometría arterial en caso de compromiso hídrico y respiratorio. Existen indicadores de mal pronóstico como azoemia prerrenal, neutropenia y el 30% de los pacientes lo presentan así como elevación del nitrógeno ureico sérico. El estudio radiológico de tórax es importante para descartar la posibilidad de neumonitis. Otras pruebas como la inmunofluorescencia directa sirve para examinar e identificar otros diagnósticos alternativos como pénfigo o dermatosis por IgA lineal. Al examinar histológicamente a las biopsias de piel en el síndrome de piel escaldada por estafilococo revelan escisión de las capas celulares adentro de la epidermis. Llevándose a cabo la biopsia de piel de las

lesiones cutáneas el diagnóstico puede excluir otras entidades ampollazas. Los hallazgos histológicos inicialmente son cambios vacuolares en la unión dermoepidérmica existe escasa exposición a los linfocitos e infiltración de macrófagos. Estos cambios vacuolares se presentan individualmente o en pequeños grupos necrosis de queratinocitos. La epidermis reparada muestra todo el espesor de necrosis y deshacerse al final de la unión dermoepidérmica hasta dejar una aparente normalidad de la epidermis al final de la zona expuesta. La epidermis muestra una inflamación leve con infiltración peri vascular linfocitaria. Los análisis inmunohistopatológicos muestran una determinancia de células T CD8 y macrófagos en la epidermis. Mientras que las células T CD4 forman infiltrado peri vascular en la dermis papilar. ^(1.7.18)

TRATAMIENTO

Dentro del manejo médico se requiere cuidado especial de preferencia en la unidad de quemados donde aumenta enormemente la probabilidad de supervivencia ya que el aislamiento disminuye el riesgo de infección nosocomial. El éxito del tratamiento se basa en la rapidez del diagnóstico y la agresividad de este. La muerte ocurre por el manejo inapropiado con fluidos además de su retraso en su administración, por lo que debemos considerar que el riesgo de infección como la deshidratación son elementos que debemos considerar desde su ingreso así como retirar el agente agresor. La alteración en la función inmunológica de estos pacientes ocasiona que tengan la probabilidad de sepsis que es la causa más frecuente de muerte en el Síndrome de Stevens-Johnson. También el manejo apropiado de la piel es parte fundamental ya que el proceso de reparación es aproximadamente de dos semanas por lo que se deberá evitar colocar materiales adhesivos sobre la piel ⁽¹⁹⁾ Aplicar agentes tópicos como nitrato de plata al 0.5% o solución de clorhexidina al 0.05%, esto se deberá hacer a temperatura adecuada al administrarse. Se debe considerar a la mucosa oral ya que se encuentra lesionada importantemente por lo que se deberá administrar colutorios donde se administrara anestésico local y probablemente antibióticos tópicos ⁽²⁰⁾ Con respecto a la resucitación con fluidos y electrolitos es importante ya que al perder la solución de continuidad de la piel, la diarrea profusa, incremento en la temperatura corporal así como inhabilidad de los pacientes para manejar la vía oral ocasiona grandes pérdidas de líquidos y electrolitos por lo que alrededor del 66-

75% de los pacientes requieren resucitación con líquidos y electrolitos y esto se deberá hacer con soluciones a temperatura adecuada. Se deberá considerar en colocar catéter venoso central pero el riesgo de infección es muy elevado pero esto se podría hacer en zonas de piel sana aunque lo ideal podría ser por catéter periférico. Y todos los catéteres ya sean centrales o periféricos deberán ser removidos en intervalos regulares así como el cuidado en su limpieza. Se podrá determinar el efecto de la resucitación con fluidos por el gasto urinario y esto se hará por sonda vesical. Otro factor a cuidar es la temperatura corporal con un medio ambiente entre 30 y 32 grados centígrados y esto se logra con la administración de fluidos con una temperatura aproximada entre 30 y 32 grados centígrados y lámparas ambientales. Se recomienda mantener a los pacientes en camas especiales o colchones de gel para evitar úlceras por presión. ⁽¹¹⁻¹²⁾ Pacientes con implicación traqueó-bronquial que se manifiesta con hiperventilación e hipoxemia tendremos que estar al pendiente y en caso de deterioro manejaremos soporte pulmonar agresivo para evitar síndrome de distress respiratorio. Dentro del manejo complementario debemos determinar si existe algún agente infeccioso agresor por lo que se deberá de tratamiento (virus del Herpes Simple, M. Pneumoniae). ⁽⁹⁾ El control adecuado del dolor, administrar anticoagulantes para evitar tromboflebitis profunda, manejo de antiácidos o inhibidores de la bomba de protones para evitar úlceras pro stress es el manejo que se administrará para evitar algunas complicaciones. El manejo es multidisciplinario por lo que también debemos apoyarnos con médicos cirujanos que están familiarizados con lesiones expuestas y sobre todo cuando se encuentra al paciente en la etapa de recuperación así como acudir con el fisioterapeuta. En caso de infecciones recurrentes acudir con el infectólogo para apoyo del tratamiento, también se consultara el fisioterapeuta respiratorio, psiquiatría o psicólogo, además de considerar al gastroenterólogo y nefrólogo según las complicaciones. El oftalmólogo es importante en el seguimiento por implicación ocular como sinequias, lubricación del ojo y en su momento valorar administrar antibiótico tópico. La dieta es importante en estos pacientes y el soporte nutricional es especial ya que las erosiones orales condicionan mucho dolor, requiriendo dieta blanda, inclusive la diarrea resultado de la implicación de la mucosa intestinal motivadora a iniciar nutrición parenteral apropiada por el gasto calórico que presenta este paciente, donde el balance nitrogenado y otras características de la alimentación son esenciales en la eficacia de la terapia nutricional. En el Síndrome de Stevens-Johnson a menudo ocurre disminución de la insulina por lo que aparece resistencia tisular a la insulina por lo que se requerirá insulina

suplementaria. ^(10,11,14) Dentro del tratamiento en base a medicamento no hay nada aun establecido solo el que merece mencionar es el tópico ya comentado anteriormente el uso de esteroides en el Síndrome de Stevens-Johnson es controversial ya que se ha identificado cierta correlación con el uso de esteroides y esta enfermedad, además de aumentar el riesgo de complicaciones por sepsis y que podría ser causa de muerte. ^(10,12) El manejo profiláctico de antibióticos no esta indicado hasta tener la evidencia de infección por lo que el uso indiscriminado puede condicionar resistencia a estos y probablemente no sería el ideal por no tener la sensibilidad para el germen, por lo tanto algunos autores recomiendan cultivos de biopsia de piel rutinarios además de sangre para tener especialidad y determinar entre simple colonización y sepsis. Debemos considerar que la re-epitelización es de 10 a 14 días y que si en este periodo no presenta complicaciones se le podrá otorgar el seguimiento fuera de la unidad de cuidados intensivos en el área de hospitalización. ^(10,12,19,21)

COMPLICACIONES

Alrededor del 20% de lospacientes con Síndrome de Stevens-Johnson presenta complicaciones a nivel ocular y se caracteriza por sinequias conjuntivales, epufora secundaria a obstrucción del conducto lagrimal, síndrome del ojo seco, keratitis, deficiencia en producción de lagrime, cicatriz corneal, neo-vascularización corneal y conjuntival, proliferación epitelial, metaplasia escamosa, fotofobia, disminución de la agudeza visual y ceguera, también alteraciones en piel como apariencia en mosaico, con regiones hipopigmentadas e hipertróficas. De las más severas neumonía con síndrome de dificultades respiratoria severa, alteraciones esofágicas sinequias genitales y nefritis. ^(2,19,23)

PRONOSTICO

Si el diagnóstico es rápido y el tratamiento es agresivo generalmente es bueno el pronóstico. Sin embargo, cuando la enfermedad progresa y se complica la mortalidad es alrededor del 5%.^(12,19)

JUSTIFICACION

En nuestro medio, si bien es posible que la enfermedad se presente de manera igual poco frecuente como lo reporta la literatura internacional, no existen información al respecto, por lo que es importante conocer, en el servicio de Medicina interna Pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad Dr. Gaudencio González Garza del Centro médico nacional la Raza, que es el servicio donde son atendidos habitualmente estos pacientes, cuál es su prevalencia y las principales características que presentan, que permitan elaborar nuevas líneas de investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACION

El Síndrome Steven-Johnson es una enfermedad que se presenta asociado, habitualmente, a otros factores; ya sea como consecuencia de la ingesta de medicamentos, exposición a tóxicos, drogas o desencadena por proceso infecciosos, no obstante en muchos casos no se logra identificar el factor o factores implicados. La verdadera frecuencia de la enfermedad se desconoce, así como las características que la determinan. La Unidad médica de Alta Especialidad Dr. Gaudencio González Garza, como centro de referencia, concentra un número importante de padecimientos que por su complejidad o severidad, son enviados para su atención. Con base a lo anterior y ante la ausencia de información al respecto de esta entidad en nuestro país, consideramos necesario llevar a cabo un estudio para identificar su frecuencia, aún cuando lo sea en una población especialmente delimitada (derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, atendidos en esta unidad), pero que permita un conocimiento de las características de la enfermedad en nuestra población.

Por lo que planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Prevalencia de Síndrome Stevens-Johnson en la Población Pediátrica que es atendida en el Servicio de Medicina Interna Pediátrica, de la Unidad Médica de Alta Especialidad Dr. Gaudencio González Garza, en el periodo comprendido de Enero 1999 a Diciembre del 2004?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar, en los pacientes que son atendidos en el servicio de Medicina Interna Pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad Dr. Gaudencio González Garza, la prevalencia del Síndrome de Steven-Johnson en el periodo comprendido de Enero de 1999 a Diciembre del 2004.

OBJETIVOS PARTICULARES

Identificar, en los pacientes pediátricos que son atendidos en el servicio de Medicina Interna Pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad Dr. Gaudencio González Garza, con el diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson en el periodo comprendido de Enero de 1999 a Noviembre del 2004, las siguientes características:

- La edad de presentación más frecuente del Síndrome de Stevens-Johnson.
- El sexo en el que es más frecuente del síndrome de Stevens-Johnson.
- Presencia de infección previa al síndrome de Stevens-Johnson.
- Ingesta de medicamentos previo al inicio del Síndrome de Stevens-Johnson.
- Los medicamentos utilizados para su tratamiento, una vez establecido el diagnóstico.
- Las principales complicación del síndrome de Stevens-Johnson.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Observacional
- Retrospectivo
- Transversal
- Descriptivo

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Expedientes de Paciente Pediátricos, atendidos en el servicio de Medicina Interna Pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad General Dr. Gaudencio González Garza en el periodo comprendido del Enero de 1999 a Diciembre de 2004.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Edad 0 a 16 años
- Sexo masculino y femenino
- Con diagnóstico de ingreso de Síndrome Stevens-Johnson (En base a los criterios establecidos)¹³.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes en quienes, por la evolución y características del proceso, se considere un diagnóstico diferente al Síndrome de Stevens-Johnson.
- Pacientes con expedientes incompletos.

VARIABLES

Prevalencia.

Definición conceptual. Proporción de personas que tienen una enfermedad o trastorno dado en un punto específico del tiempo. No es un índice verdadero, aunque con frecuencia se designa de manera incorrecta como índice de prevalencia. ⁽²⁴⁾

Definición operacional. Proporción de personas que padecieron síndrome de Stevens-Johnson en el periodo de Enero de 1999 a Diciembre del 2004.

Tipo de variable: Numérica, continúa.

Indicadores: porcentajes.

Edad.

Definición conceptual.

Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. ⁽²³⁾

Definición operacional.

Tiempo transcurrido desde la hora de nacimiento que se registra en la hoja de alumbramiento hasta el momento de ingresar al estudio expresado en meses o años.

Tipo de variable: Numérica, continúa.

Indicadores: Años y meses cumplidos al momento del diagnóstico.

Sexo.

Definición conceptual.

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. ⁽²³⁾

Definición operacional.

Características fenotípicas que distinguen a los hombres de las mujeres que se identifican en la exploración que se efectuó al ingreso.

Tipo de variable: Cualitativa, dicotómica.

Indicadores: hombre o mujer.

Vacunas.

Definición operacional. Preparación antigénica específica cuya administración provoca en el organismo la inmunización activa contra una enfermedad determinada.⁽²³⁾

Definición conceptual. Aplicación de vacunas para evitar alguna enfermedad determinada y que desencadenen el síndrome de Stevens-Johnson.

Tipo de variable: Cualitativa, categórica.

Indicadores: Si o no.

Infección.

Definición conceptual. Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivos patógenos, y acción morbosa de los mismos y reacción orgánica consecutiva.⁽²³⁾

Definición operacional. Presencia de proceso infeccioso iniciado dos meses previos al momento del diagnóstico de síndrome de Stevens-Johnson.

Tipo de variable: Dicotómica, nominal.

Indicadores: Presente o ausente.

Complicación.

Definición conceptual. Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad sin ser propio de ella, agravándola generalmente. O coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo paciente.⁽²³⁾

Definición operacional. Presencia de fenómenos no esperados sobre agregados a la enfermedad agravando a el paciente durante el síndrome de Stevens-Johnson.

Tipo de variable. Cualitativas, categóricas.

Indicadores: Presente o ausente.

Tóxicos.

Definición conceptual.- Cualquier sustancia que incorporada al organismo es capaz de producir graves alteraciones orgánicas o funcionales inclusive la muerte. ⁽²³⁾

Definición operacional. Sustancia que al administrarse es capaz de producir el síndrome de Stevens-Johnson.

Indicadores. Ingestión, dos meses antes del diagnóstico, de algún tóxico.

Tipo de variable: Cualitativa, categórica.

Indicadores: presente o ausente.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

El estudio se realizó en el Servicio de Medicina Interna Pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad Dr. Gaudencio González Garza del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el periodo comprendido de Enero de 1999 a Diciembre del 2004. De las libretas de control de ingresos y egresos del servicio se obtuvo la relación de pacientes con el diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson, de los expedientes clínicos obtenidos en el archivo del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza por medio de nombre y afiliación, se incluyeron aquellos quienes cumplieron los criterios de selección y se procedió a capturar la información en hojas elaboradas exprofeso. (Anexo 1).

ASPECTOS ETICOS.

El estudio fue autorizado por el comité local de investigación en salud de la Unidad Médica de Alta especialidad Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por tratarse de un estudio observacional, donde la información se obtuvo de los expedientes de pacientes, sin identificar la identidad de los mismos, no fue necesario la autorización del paciente o tutor responsable del mismo.

RECURSOS Y FACTIBILIDAD.

RECURSOS HUMANOS

Participaron en el estudio; el tesista, el tutor de tesis y el co-tutor

RECURSOS MATERIALES

Para el estudio se utilizaron los recursos con que cuenta el Hospital.

RESULTADOS.

De un total de 24 casos encontrados en los registros durante el período de estudio, fueron elegibles 15; de los restantes, 3 no reunían los criterios de inclusión y en 6 no se localizó el expediente. En relación al número de total de egresos registrados en la división de pediatría durante el período de estudio (46664 egresos)^a, los casos encontrados representan el 0.0321% (1 casos por cada 3,000 egresos/año).

De los 15 pacientes que fueron incluidos, 8 (53%) fueron del sexo femenino (gráfica 1), la edad más frecuente de presentación fue a los 12 años con 3 pacientes (20%), con un promedio de edad al momento de la presentación de 9.6 años y un rango de 5 a 14 (Gráfica 2).

En 10 casos (66%) existió el antecedente de proceso infeccioso y, en los otros 5 (33.3%) de epilepsia (Gráfica 3). En uno de ellos coincidieron ambos. En los pacientes que cursaron con proceso infeccioso previo al inicio del Síndrome de Stevens-Johnson, los antibióticos utilizados se muestran en la Tabla 1, en uno de estos pacientes no existió ingesta previa de medicamentos.

En los pacientes con antecedentes de epilepsia (5), 3 de ellos tomaban más de un anticonvulsivante y solo dos de ellos eran tratados con monoterapia (Tabla 2).

La distribución corporal de las lesiones fue semejante en todos los pacientes, sin encontrar afectación a sistema nervioso central en ningún caso. (Tabla 3).

Se presentaron complicaciones en 9 de los 15 pacientes, las más frecuentes fueron procesos infecciosos a nivel ocular en 6 casos, seguido de neumonía e infección del tracto urinario en 2 pacientes (tabla 4).

La estancia hospitalaria fue en promedio de 12.3 días; en los pacientes con antecedente de haber cursado con proceso infeccioso previo al inicio del SSJ, se observó una estancia hospitalaria mayor (13.8 días en promedio) comparado con aquellos en quienes el antecedente fue de epilepsia y uso de anticonvulsivantes (8.8 días) como se observa en la gráfica 4.

Se utilizó esteroide, como parte del tratamiento, en 9 de ellos (60%) y gammaglobulina, en 1. En 11 de los 15 pacientes se emplearon antibióticos, con un promedio de 2 por

paciente, los más utilizados fueron dicloxacilina y amikacina (7 casos) como se observa en la tabla 5. Al evaluar la estancia hospitalaria en relación al uso o no uso de esteroides se encontró una estancia para los 9 pacientes tratados con esteroides de 10.6 días en promedio, comparada con 14.3 días para los que no recibieron esteroides (gráfica 5). Las complicaciones infecciosas se presentaron en 3 de los 9 pacientes tratados con esteroides (33.3%) y en 4 de los 6 (66.6%) que quienes recibieron esteroide (gráfica 6).

^a Fuente SIMO, UMAE 2005.

DISCUSIÓN.

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia del Síndrome de Stevens-Johnson en la población pediátrica atendida en la UMAE Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional la Raza, nuestros resultados pueden reflejar la frecuencia de la enfermedad en una población muy delimitada, siendo el nuestro un centro de referencia a nivel regional. Consideramos la inconveniencia de comparar estos resultados con la información existente a nivel mundial, con respecto a la epidemiología, debido a la fuente de nuestra población en estudio.

Los mismos resultados que encontramos se ven afectados por problemas locales como el registro, archivo y permanencia de los expedientes.

En relación a las características de nuestros pacientes, encontramos una distribución, en la presentación, semejante en ambos sexos, lo cual coincide con lo reportado en la literatura mundial. La edad de presentación más frecuente fueron los 12 años, con un rango entre 5 y 14 años; si bien la enfermedad se presenta más comúnmente entre la segunda y cuarta década de la vida, los reportes de la enfermedad en la edad pediátrica son escasos.

Los factores o procesos encontrados en nuestra serie, previos a la instalación del SSJ, fueron enfermedades infecciosas en 10 casos y uso de medicamentos anticonvulsivantes en los otros 5 pacientes, lo anterior es semejante a los reportados por otros autores; si bien en nuestra serie los procesos infecciosos predominaron en un 66% de los casos, no es fácil señalar si el proceso infeccioso y no el uso de antibióticos empleados para su tratamiento, son los probables responsables del evento. Excepto un paciente, con proceso infeccioso previo al SSJ, que no ingirió medicamento alguno.

Nuestro estudio no pretende establecer asociaciones causales (etiología) para la presentación del SSJ, se describe únicamente características de los mismos; observamos que estos datos concuerdan con lo reportado en la literatura internacional. En nuestra serie encontramos un caso asociado a enfermedades de Hodgking el cuál cursó con un proceso de infección respiratoria alta previa al inicio del SSJ.

Los medicamentos que recibieron los pacientes, previo al inicio del cuadro, en general son similares los que se describen por otros autores en pacientes con SSJ, observamos que los antibióticos del tipo de las penicilinas y sus derivados, así como las sulfas, estuvieron presentes en nuestra serie.

No se encontró ningún caso asociado a aplicación de vacunas, ingesta de tóxicos o procesos auto-inmunes como también se señala en la literatura.

Las complicaciones que se presentaron más comúnmente fueron procesos infecciosos locales (en 4 casos), solo 2 pacientes desarrollaron neumonía; no hubo defunciones en la serie estudiada, estos datos coinciden en lo reportado por otros autores.

Como parte del tratamiento instaurado en los pacientes, 9 de los 15 recibieron esteroides y uno gammaglobulina. Por el tipo de diseño, nuestros resultados no nos permiten hacer inferencias por comparación de grupos, sin embargo, dado la discusión que prevalece respecto al uso de esteroides en estos pacientes, en relación a la estancia hospitalaria y a la presencia de complicaciones, observamos que en el grupo que No recibió esteroides las complicaciones infecciosas fueron más frecuentes (66% vs. 33%) en un intento de establecer el nivel de significancia, al analizar mediante la prueba de Chi cuadrada el resultado mostró $p = 0.46$. En ese mismo sentido la estancia hospitalaria, que en promedio fue de 12.3 días, se observó en apariencia menor para el grupo que recibió esteroides (promedio de 10.6 días), al analizar mediante la prueba U. de Mann Whitney, no mostró significancia ($p = 0.193$).

Sabemos que los estudios epidemiológicos no se reducen al simple recuento de casos dentro de una población y que su utilidad no se limita solo a determinar la frecuencia de la enfermedades, sino que entre otros objetivos permite integrar la historia natural de la enfermedad, identificar factores de riesgo cuyo conocimiento es indispensable para adoptar medidas prevenidas, así como también identificar líneas de investigación de los problemas de salud, nuestro trabajo resalta la necesidad de contar con un registro, archivo y permanencia adecuada de la información (expedientes) para lograr establecer conclusiones válidas en ese tipo de estudios descriptivos.

CONCLUSIONES.

1. La prevalencia de el Síndrome de Stevens-Johnson en la población pediátrica atendida en la Unidad Médica de Alta especialidad Dr. Gaudencio González Garza el Centro Médico Nacional la Raza, en el periodo de estudio, fue de 0.032%
2. El rango de edad, al momento de la presentación, fue de 5 a 14 años, la distribución fue semejante en los casos estudiados en este rango de edad.
3. En los casos estudiados (n=15) no encontramos diferencia en la distribución por género (53% femenino, 47% masculino).
4. Se observó el antecedente de proceso infeccioso previo al inicio del cuadro de Síndrome de Stevens-Johnson en 10 pacientes de los 15 pacientes, siendo la infección de vías respiratorias el tipo más frecuente (9 casos).
5. Se utilizó esteroide en 9 de los casos estudiados (60% de los casos), gammaglobulina en 1. Se manejó antibióticos en 11 de ellos, con un promedio de dos antibióticos por cada paciente, los más utilizados fueron dicloxacilina y amikacina en 7.
6. Las complicaciones estuvieron presentes en 10 de los 15 pacientes (66%), siendo los procesos de infección localizada (conjuntivitis) los más frecuentes, seguido por neumonía en 2 casos.

ANEXOS

PREVALENCIA DE SINDROME DE STEVEN-JOHSON EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA PEDIATRICA DEL HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA.

Registro en el comité local de Investigación: _____

NOMBRE: _____

Número de Afiliación: _____

Edad: ____ años Sexo: M ____ F ____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de Diagnostico _____

1. Diagnóstico de ingreso: _____

2. Diagnóstico final: _____

3. Enfermedades previas: Sí () No ()

Infeciosas: Diagnóstico.	Tiempo de evolución Previa al SSJ	No Infeciosas; Diagnóstico.	Tiempo de evolución previa al inicio de SSJ.

4. Administración de medicamentos: Sí () No ()

Nombre genérico	Dosis	Duración de la Admón.	Tiempo de admón. Previo al inicio de SSJ.

5. Otros Compuestos administrados 2 meses antes del diagnóstico

Sustancia (toxinas, vacunas, drogas)	Tiempo de admón. Previa al Dx. de SSJ.

6. Vacunas aplicadas dos mese previos al Síndrome de Stevens-Johnson
Presente () Ausente ()

Tipo de vacuna	Fecha de aplicación

7. Cuadro clínico.

- a. Fiebre: Sí () No ()
Duración antes del inicio del cuadro: _____ o
Aparición de la fiebre posterior a lesiones dérmicas _____ días.
- b. Afectación a mucosas: Sí () No ()
- c. Localización:

8. Distribución corporal de las lesiones:

- a. Cabeza () Cara () Cuello () Tronco () Extremidades ()

- 1- Papula. 2- vesículas. 3- eritema.
4- macula. 5- úlceras. 6- lesión en diana.

(Colocar sobre el dibujo el número a la lesión que corresponde, y la letra *I* donde inicialmente aparecieron lesiones y letra *C* donde continuaron)

9. Lesión dérmica.

Descripción: _____

10. Afectación del Sistema Nervioso Central: Si () No ()

Descripción: _____

11. Afectación ocular.

Diagnostico	Evolución

12. Complicaciones: Sí () No ()

a.- Infecciosas Sí () No ()

Localización: _____

b.- Otras: _____

13. Tratamiento :

Esteroides	Dosis	Duración en días
Antibióticos	Dosis	Duración en días
Otros; (inmunoglobina)	Dosis	Duración en días

14. Estancia Hospitalaria: _____ días.

BIBLIOGRAFIA

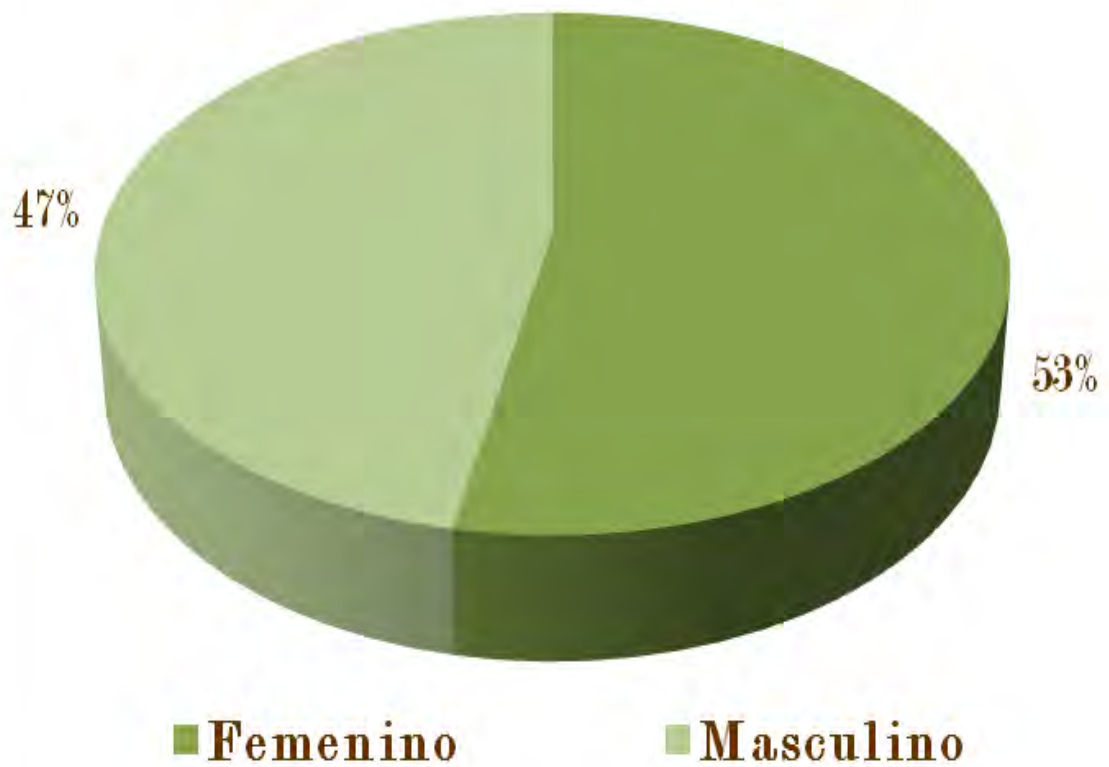
1. Leaute LC, Lamireau T, Chawki D, Maleville J, Taieb J. Diagnosis, classification, and management of erythema and Stevens Johnson Syndrome. *Arch child* 2000; 83: 347-354.
2. Lehman SS. Long-term ocular complication of Stevens-Johnson Syndrome. *Clinical Pediatrics* 1999; 38:7-10.
3. Morelli, Michael S, O'Brien, Francis X. Stevens-Johnson Syndrome and cholestatic hepatitis. *Dig Dis Sci* 2001; 46:2385-8.
4. Brett AS, Philips D, Lynn AW. Intravenous immunoglobulin therapy for Stevens-Johnson Syndrome. *Southern Medical Journal* 2001; 94:342-3.
5. Roy P, Mark S, Dykewicz M, y col. Erythema multiforme and Stevens-Johnson descriptive and therapeutic controversy. *Chest* 1990; 98:331-36.
6. Bachot M, Nicolas M, Revuz J, Roujeau J. Intravenous Immunoglobulin treatment for Stevens-Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis: A prospective noncomparative study showing no benefit on mortality or progression. *Arch Dermatol* 2003; 139:33-6.
7. Assier H, Bastuji G, Sylvie M. y col Erythema multiforme with mucous membrane involvement and Stevens Johnson Syndrome are clinically different disorders with distinct causes. *Arch Dermatol* 1995; 13:539-543.
8. Michael WE. A case report and proposed algorithm for the transfer of patient with Stevens-Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis to a burn center. *Military Medicine* 2002; 167:791-3.
9. Hiroshi S, Yoshifumi M, Aoe M, Goto K. y col. Living donor lobar lung transplantation for bronchiolitis obliterans after Stevens-Johnson Syndrome. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003; 123:398-391.
10. Kakourou T, Klontza D, Soteropoulou F, Corticosteroid treatment of erythema multiforme major (Stevens-Johnson Syndrome) in children. *Eur L. Pediatr* 1997; 156:90-3.
11. Janene B, James MD, Leonald D, Terri JM. Stevens-Johnson Syndrome; same trigger, less deadly. *Military Medicine* 2001; 64:39-42.

12. Steven P, Stevens-Johnson Syndrome. *E. Medicine* 2001; 9:1-10.
13. Bastuji GS, Rzany B, Stern RS. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis Stevens-Johnson Syndrome, and erythema multiforme, *Arch Dermatol* 1993; 129:92-96.
14. Julie S, Prendiville MB, Adelaide A, Herbert M, et al. Management of Stevens-Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis in children. *Jour Pediatr* 1989; 115:881-887.
15. Ball R, Leslie K, Wise R, y col. Stevens-Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis after vaccination: reports to the vaccine adverse event reporting system. *Pediatr Infect Dis J.* 2001; 20:219-223.
16. Inachi S, Mizutani H, Shimizu M. Epidermal apoptotic cell death in erythema multiforme and Stevens-Johnson Syndrome: contribution of perforin positive cell infiltration. *Arch dermatol* 1997; 133:845-49.
17. Cote B, Wechler J, Bastuji GS, y col. Clinicopathologic correlation in erythema multiforme and Stevens-Johnson Syndrome. *Arch Dermatol* 1995; 13:126-1272.
18. Ariane AD, Maja M, Luigi N, y col. Correlations between clinical pattern and cause of erythema multiforme majus. Stevens-Johnson Syndrome, and Toxic epidermal necrolysis; results of an international prospective study. *Arch Dermatol* 2002; 138:1019-1027.
19. Don RR, Erythema multiforme. *E medicine* 2001; 30:7-12.
20. Lehrer B, Catherine A, Robert S, y col. Treatment of the cutaneous involvement in Stevens-Johnson Syndrome and toxic epidermal necrolysis with silver nitrate-impregnated dressing. *Arch Dermatol* 1998, 134:877-9.
21. Garcia M, Mhanna MJ, Chung P, y col. Efficacy of early immunosuppressive therapy in a child with Carbamazepine-associated vanishing bile duct and Stevens-Johnson Syndrome. *Dig Dis Sci* 2002; 47:177-182.
22. Satoshi K, Kohji N, Chie S, y col. Conjunctival inflammation in the chronic phase of Stevens-Johnson Syndrome *Br J Ophthalmol* 2000; 84:1191-3.

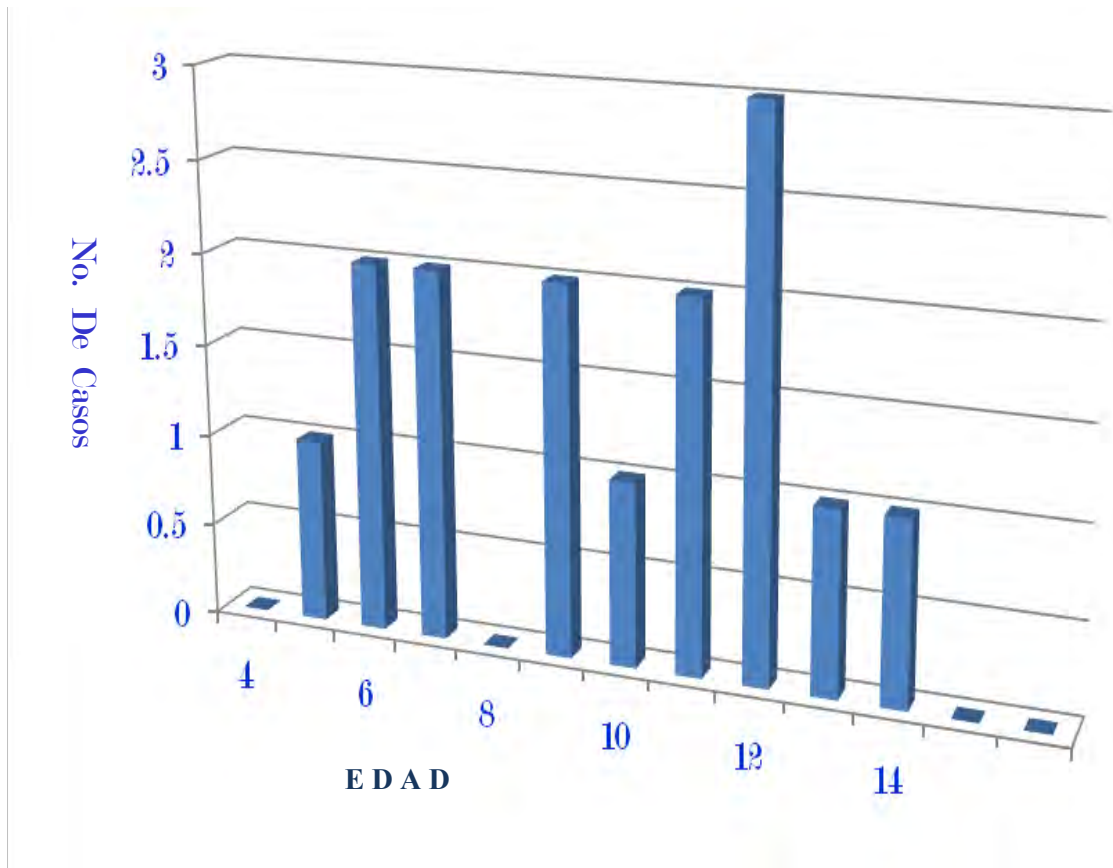
- 23. Diccionario de terminológico de ciencias medicas. Duodécima edición. Barcelona: Salvat editores, 1987: 01-1208.**

- 24. Beth D, Roberth G. Basic and Clinical biostatistics. 3 th ed. Chicago: Manual Moderno, 2002:49.**

Grafica 1. Distribución por Género pacientes con Síndrome de Stevens-Johnson (n=15)



Gráfica 2. Distribución por edad pacientes con Síndrome de Stevens-Johnson (n=15)



Gráfica 3. Procesos previos asociados al Síndrome de Stevens-Johnson (n=15)

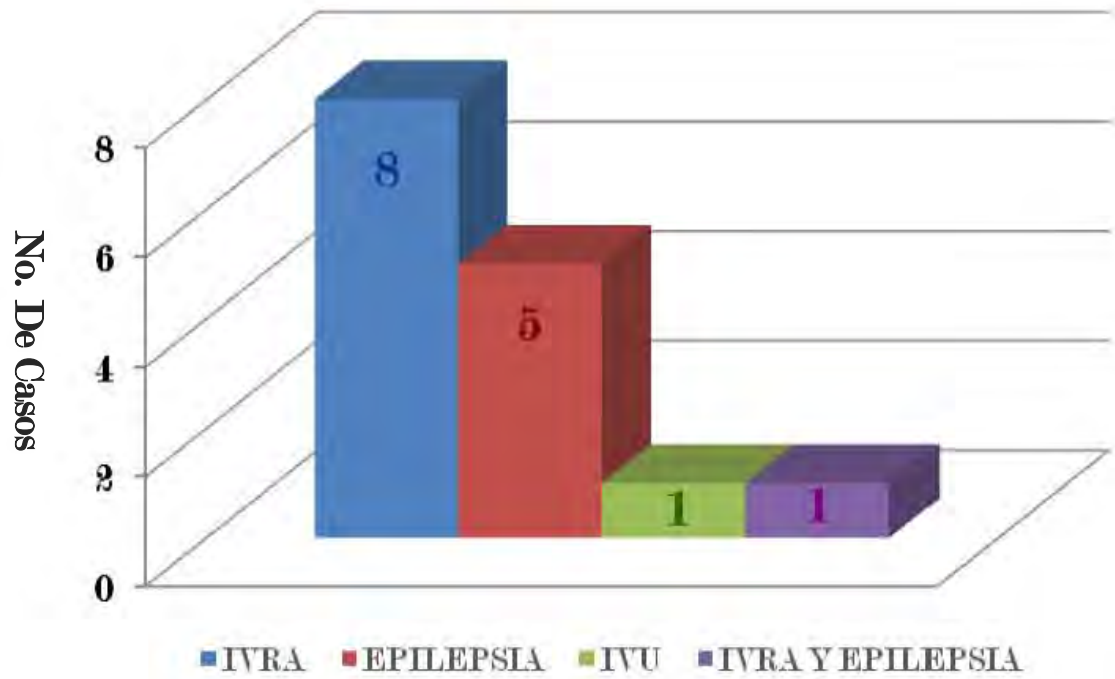


Tabla 1. Medicamentos utilizados en los casos de infección previa al inicio de Síndrome de Stevens-Johnson (n=10)

Tipo de Infección	Medicamento	Número de Pacientes
Infección respiratoria aguda	TMP	2
Infección respiratoria aguda	Ampicilina	2
Infección respiratoria aguda	PGP	2
Infección respiratoria aguda	Dicloxacilina	1
Infección respiratoria aguda	No se utilizó	1
Infección de vías urinarias	Amikacina	2

Tlaba 2. Medicamento utilizados en caso de epilepsia, previo al inicio de Sindrome de Stevnes-Johnson (n=5)

Medicamentos	No. De Pacientes
CARBAMACEPINA	1
ACIDO VALPROICO	1
AC. VALPROICO / LAMOTRIGINA	1
VALPROATO DE MAGNESIO, CARBAMACEPINA Y TOPURAMATO	1
AC. VALPROICO, CARBAMACEPINA, FENOBARBITAL Y LAMOTRIGINA	1

Tlaba 3. Distribución corporal de las lesiones en pacientes con Síndrome de Stevens-Johnson

Región Afectada	Número de Pacientes	%
Cabeza	14	93.3
Cara	14	93.3
Mucosas	15	100
Ojos	13	86.6
Tronco	15	100
Extremidades	14	93.3
Genitales	12	80

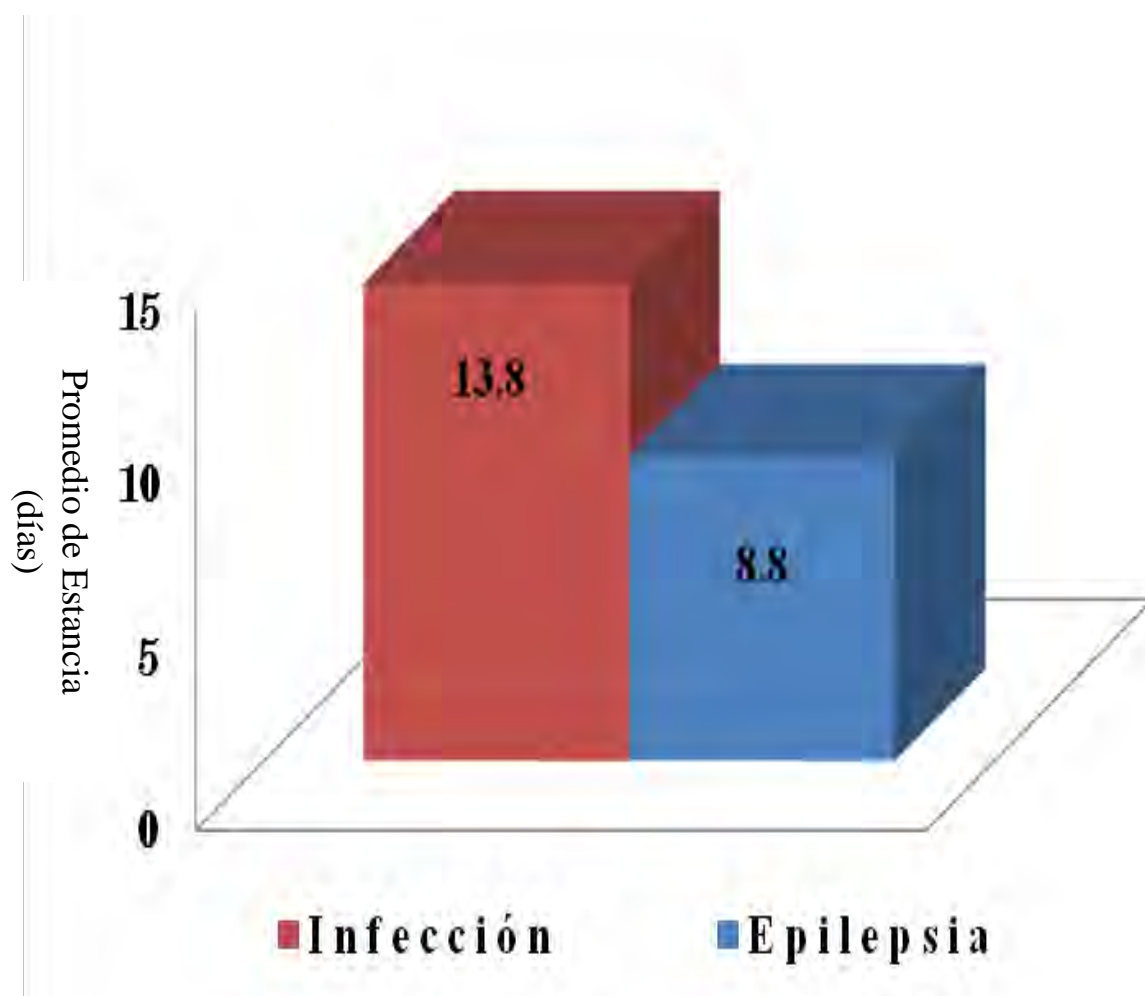
Tabla 4. Complicaciones en pacientes con Síndrome de Stevens Johnson

Complicación	No. De eventos	Evolución
INFECCIOSAS		
Conjuntivitis bacteriana	6	Resolución
Neumonía	2	Resolución
Infección de vías urinarias	2	Resolución
Vulvovaginitis	1	Resolución
NO INFECCIOSAS		
Hepatitis reactiva	2	Resolución
Simblefaron	1	Resolución
Deshidratación	1	Resolución
Sinequias en glande	1	Resolución

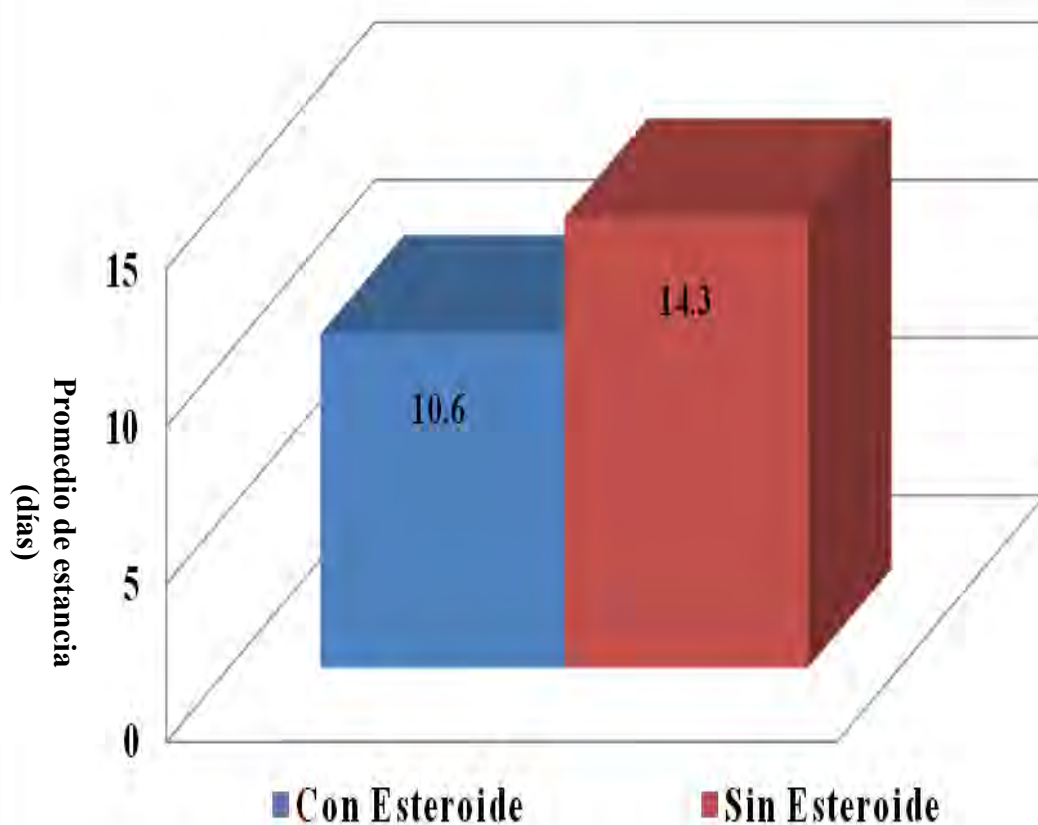
Tlaba 5. Antibiótico utilizado una vez instalado en cuadro de Síndrome de Stevens-Johnson (n=11)

Paciente	Medicamento
1	Amikacina, dicloxacilina, cettazidima, vancomicina
2	Amikacina, dicloxacilina, penicilina sódica
3	Amikacina, dicloxacilina, vancomicina
4	Amikacina, dicloxacilina, cefotaxima, penicilina sódica
5	Amikacina, cefotaxima
6	Amikacina, cefotaxima
7	Amikacina, ceftazidima
8	Ceftazidima, vancomicina
9	Dicloxacilina
10	Dicloxacilina
11	Dicloxacilina

Gráfica 4. Promedio de estancia hospitalaria en relación al proceso previo al Síndrome de Stevens-Johnson



Gráfica 5. Promedio de estancia hospitalaria en relación al uso de esteroides pacientes con Síndrome de Stevens-Johnson



Gráfica 6. Complicaciones infecciosas en relación al uso de esteroides en pacientes con Síndrome de Stevens-Johnson

