



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v9i4.3592>

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

Necrólisis epidérmica tóxica

Toxic epidermal necrolysis

Necrólise epidérmica tóxica

Gabriela Maribel Macancela Sacoto^I
marygaby03@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-6870-7788>

Correspondencia: marygaby03@gmail.com

***Recibido:** 20 de febrero de 2022 ***Aceptado:** 12 de mayo de 2023 * **Publicado:** 26 de septiembre de 2023

I. Medica General; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador.

Resumen

La necrólisis epidérmica tóxica es una reacción de hipersensibilidad cutánea, importante por su gravedad. Se produce con mayor frecuencia por la ingesta de ciertos medicamentos, como en el caso de algunas sulfas, anticonvulsivos y antibióticos. Es similar al Síndrome de Steven-Johnson o se puede presentar en superposición con este, la diferencia se encuentra en el grado de afectación en la superficie de la piel. El abordaje de esta patología dermatológica debe ser multidisciplinario, con una valoración completa de varias especialidades con la finalidad de mejorar el pronóstico en general del paciente. El objetivo de la presente revisión consiste en plasmar los aspectos básicos acerca de la necrólisis epidérmica tóxica. El enfoque metodológico de la investigación es una revisión bibliográfico – documental. La presentación clínica incluye máculas que se diseminan con rapidez y se funden, formando ampollas epidérmicas, necrosis y desprendimiento. En cuanto al diagnóstico, con frecuencia es obvio al examen físico. Con relación al tratamiento no existe consenso hasta la actualidad, por lo tanto, la evidencia disponible presenta pocos puntos de convergencia. El manejo debe ser multidisciplinario. La piedra angular del abordaje está dada por el diagnóstico precoz, el retiro del medicamento desencadenante y las medidas de soporte multiorgánicas. El tratamiento sistémico incluye ciclosporina, inmunoglobulina IV, corticosteroides e inhibidores del factor de necrosis tumoral-alfa. El cuidado de las lesiones de la piel debe realizarse en unidades de quemados y se maneja de forma semejante al paciente quemado. El uso de apósitos se recomienda, especialmente los que no requieran recambios frecuentes.

Palabras Claves: Necrosis, Epidérmica, Tóxica, Piel, Hipersensibilidad.

Abstract

Toxic epidermal necrolysis is a skin hypersensitivity reaction, important due to its severity. It occurs most frequently due to the intake of certain medications, such as some sulfas, anticonvulsants, and antibiotics. It is similar to Steven-Johnson Syndrome or can occur in overlap with it, the difference is in the degree of involvement on the surface of the skin. The approach to this dermatological pathology must be multidisciplinary, with a complete assessment of several specialties in order to improve the patient's overall prognosis. The objective of the present review is to capture the basic aspects of toxic epidermal necrolysis. The methodological approach of the research is a bibliographical - documentary review. The clinical presentation includes macules that spread rapidly and coalesce, forming epidermal blisters, necrosis, and sloughing. As for the diagnosis, it is often obvious on physical

Necrólisis epidérmica tóxica

examination. In relation to treatment, there is no consensus to date, therefore, the available evidence presents few points of convergence. Management must be multidisciplinary. The cornerstone of the approach is early diagnosis, withdrawal of the triggering medication and multi-organ support measures. Systemic treatment includes cyclosporine, IV immunoglobulin, corticosteroids, and tumor necrosis factor-alpha inhibitors. Care of skin lesions should be performed in burn units and is managed in a similar way to the burn patient. The use of dressings is recommended, especially those that do not require frequent replacement.

Keywords: Necrosis, Epidermal, Toxic, Skin, Hypersensitivity.

Resumo

Toxic epidermal necrolysis is a skin hypersensitivity reaction, important due to its severity. It occurs most frequently due to the intake of certain medications, such as some sulfas, anticonvulsants, and antibiotics. It is similar to Steven-Johnson Syndrome or can occur in overlap with it, the difference is in the degree of involvement on the surface of the skin. The approach to this dermatological pathology must be multidisciplinary, with a complete assessment of several specialties in order to improve the patient's overall prognosis. The objective of the present review is to capture the basic aspects of toxic epidermal necrolysis. The methodological approach of the research is a bibliographical - documentary review. The clinical presentation includes macules that spread rapidly and coalesce, forming epidermal blisters, necrosis, and sloughing. As for the diagnosis, it is often obvious on physical examination. In relation to treatment, there is no consensus to date, therefore, the available evidence presents few points of convergence. Management must be multidisciplinary. The cornerstone of the approach is early diagnosis, withdrawal of the triggering medication and multi-organ support measures. Systemic treatment includes cyclosporine, IV immunoglobulin, corticosteroids, and tumor necrosis factor-alpha inhibitors. Care of skin lesions should be performed in burn units and is managed in a similar way to the burn patient. The use of dressings is recommended, especially those that do not require frequent replacement.

Palavras-chave: Necrose Epidérmica, Tóxica, Pele, Hipersensibilidade.

Introducción

La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una de las enfermedades más graves en el área de la dermatología, es considerada una emergencia y requiere una atención multidisciplinaria intrahospitalaria (Gómez, Loor, Alcántara, & Gutiérrez, 2023).

Se trata de un trastorno cutáneo infrecuente desencadenado por el uso de un fármaco que cursa con afectación sistémica y extenso desprendimiento mucocutáneo (Hinc Kasprzyk, Polak Krzeminska, & O'zóg Zabolska, 2015).

El término necrólisis epidérmica tóxica fue mencionado por primera vez por Lyell, (1956) en una serie de cuatro casos con eritema tóxico y ampollas flácidas, así como una descripción histopatológica de la necrosis de queratinocitos en tres de los cuatro pacientes.

Es una patología aguda y de baja incidencia (1 a 1.4 casos por millón de habitantes anualmente). Afecta más al sexo femenino con una proporción de 1:5 y probablemente sea la entidad dermatológica de mayor gravedad (Rodríguez, Pérez, Espinosa, Gómez, & Peinado, 2022).

Esta enfermedad puede presentarse de manera aislada como Síndrome de Steven-Johnson (SJS) o NET, pero también en superposición de entidades como SJS/NET, cuya diferencia radica en el grado de desprendimiento de piel, así en SJS existe una afectación de la piel de menos de 10% y en NET de más de 30% por lo cual en una afectación entre 10% y 30% se considera a SJS/NET (Falconí & Jami, 2022).

Su abordaje debe ser multidisciplinario, como se mencionó anteriormente, y se sugiere la valoración temprana con otras especialidades para prevenir secuelas y el deterioro progresivo de la calidad de vida. Es importante el conocimiento de los antecedentes patológicos personales del paciente y una adecuada anamnesis que oriente al diagnóstico temprano. Igualmente, se debe realizar un análisis cauteloso respecto al riesgo-beneficio del uso de ciertos fármacos (Rodríguez, Pérez, Espinosa, Gómez, & Peinado, 2022).

En consecuencia, el objetivo de la presente investigación consiste en plasmar las generalidades de la necrólisis epidérmica tóxica.

Materiales y Métodos

Con la finalidad de desarrollar la presente investigación se hizo necesario el uso de equipos de computación con conexión a internet, el cual sirvió para ubicar el material bibliográfico que sirvió como base de la revisión. Se utilizó una metodología de revisión documental bibliográfica.

Para la búsqueda de información se usaron diversas bases de datos, entre las que figuran: PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), SciELO, Medigraphic, Dialnet y ELSEVIER, Cochrane, entre otras.

Se realizó una búsqueda aleatoria y consecutiva, usando las expresiones o descriptores siguientes: “*necrólisis epidérmica tóxica*”, “*necrólisis epidérmica tóxica + actualización*”, y “*necrólisis epidérmica tóxica + tratamiento*”. El resultado se filtró bajo los criterios de idioma, el cual se usó tanto el español como el inglés, también se consideró la relevancia y correlación del tema, La fecha de publicación estuvo ubicada entre 2018 y 2023, con excepción de dos registros de data más antigua pero relevantes y necesarios para el complemento del tema.

El material bibliográfico recolectado consistió en artículos científicos, en general, guías clínicas, ensayos clínicos, consensos, protocolos, tesis de posgrado y doctorado, noticias científicas, boletines y/o folletos de instituciones oficiales o privadas de reconocida trayectoria en el ámbito científicoacadémico y demás documentos e informaciones, considerados de interés y con valor de la evidencia científica a criterio del equipo investigador.

Resultados

La necrólisis epidérmica tóxica (NET) está mediada por células citotóxicas que provocan extensa necrosis y desprendimiento de la epidermis con una reacción inflamatoria severa de la piel, formación de placas eritematosas y ampollosas flácidas, las cuales se esparcen con la presión superficial (signo de Nikolsky positivo) y complicaciones mucocutáneas orales y oculares. A nivel sistémico sus principales manifestaciones se observan en el sistema gastrointestinal, respiratorio y renal con una mortalidad de alrededor de un 70 %. Generalmente, aparece un periodo prodrómico de fiebre de 39-40 °C, astenia, odinofagia, cefalea, mialgias y artralgias. (Rodríguez, Pérez, Espinosa, Gómez, & Peinado, 2022).

Necrólisis epidérmica tóxica

El principal factor desencadenante de esta enfermedad es de origen farmacológico, el cual se desarrolla principalmente en las primeras 8 semanas de tratamiento. El periodo de exposición típico antes del inicio de la reacción es usualmente de 4 días a 4 semanas. Entre los agentes desencadenantes más frecuentes tenemos: difenilhidantoína, alopurinol, antibióticos (quinolonas, cefalosporinas, aminopenicilinas, cotrimoxazol, y otros) que se usan por cortos periodos de tiempo. También puede ser desencadenada por medicamentos de largos periodos de tiempo (lamotrigina, fenitoína, fenobarbital y carbamazepina) (White et al., 2018).

Otros desencadenantes del NET incluyen al VIH, con una incidencia de 1 de cada 1000. Igualmente, pueden influir en su aparición factores genéticos, la radioterapia concomitante y el cáncer. No obstante, es importante destacar que existen casos de esta enfermedad sin ninguna causa o factor detonante (Patel, Patel, & Thakkar, 2021).

Los factores de riesgo para desarrollar TEN incluyen pacientes con cáncer activo, VIH, mujeres y que toman muchos medicamentos. Los medicamentos más comunes incluyen trimetoprim-sulfametoxazol, fenobarbital, carbamazepina, lamotrigina, paracetamol y agentes quimioterapéuticos. Las penicilinas se citan como el agente antibiótico más común que causa TEN. No está claro si esto se debe a la frecuencia con la que se recetan penicilinas o si el antibiótico se estaba usando para tratar una manifestación cutánea temprana del SJS como una infección bacteriana. Por lo tanto, se debe realizar una historia y un cronograma cuidadosos para evaluar el verdadero desencadenante (Khosrowani, Smith, & Mosley, 2020).

Según los fundamentos de Falconí & Jami, (2022) el diagnóstico se realiza tomando en cuenta la evaluación clínica, así como mediante hallazgos histopatológicas de ampollas subepidérmicas con necrosis generalizada y queratinocitos apoptóticos asociados con mínimo infiltrado inflamatorio linfocitario. El grado de piel afectada se calcula en función del total de todas las ampollas, la piel parcial o completamente desprendida y las áreas desprendibles positivas de Nikolsky. La extensión de lesiones que se encuentran desprendidas permite clasificar a los pacientes por grupos (ver Figura 1):

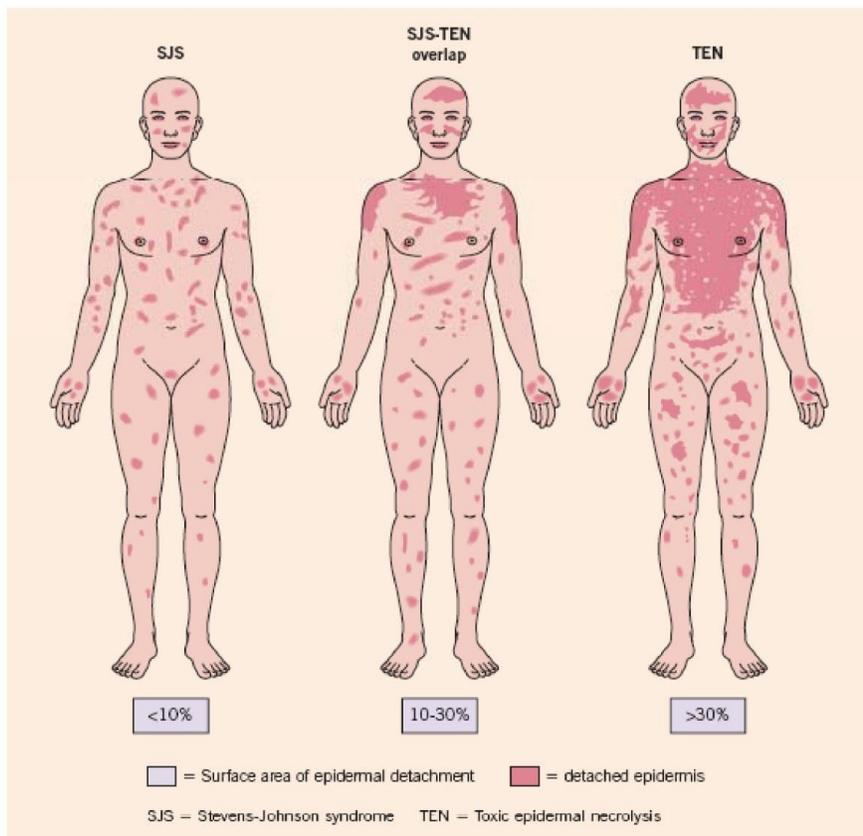
- Síndrome de Stevens Johnson: Se considera una lesión <10% de la superficie corporal.

Necrólisis epidérmica tóxica

- Síndrome de Stevens Johnson y Necrólisis epidérmica toxica: Se considera una lesión 10-30% de la superficie corporal.
- Necrólisis epidérmica toxica: Se considera una lesión >30% de la superficie corporal. (p. 652)

Figura 1.

Espectro de la enfermedad según la superficie corporal con desprendimiento epidérmico.



Fuente: Tomado de *Síndrome de Steven-Johnson y Necrólisis epidérmica toxica: revisión bibliográfica actualizada*. Falconí & Jami. (2022). Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar.

El diagnóstico diferencial, en su fase temprana, incluye eritema multiforme, exantemas virales y otros exantemas farmacológicos; estas enfermedades suelen poder diferenciarse por la clínica y la evolución, ya que presentan dolor importante y desprendimiento de la piel. En las etapas tardías de la necrosis epidérmica tóxica, el diagnóstico diferencial incluye:

Necrólisis epidérmica tóxica

- El síndrome de shock tóxico (afección más marcada de múltiples órganos y diferentes manifestaciones cutáneas, tales como erupción maculosa en palmas y plantas que evoluciona a descamación en alrededor de 2 semanas).
- Eritrodermia exfoliativa (generalmente no afecta las membranas mucosas y no es tan dolorosa).
- Pénfigo paraneoplásico (a veces con diferentes hallazgos mucocutáneos o en pacientes con evidencia de cáncer).

En los niños, la necrólisis epidérmica tóxica es menos frecuente y debe distinguirse del síndrome estafilocócico de la piel escaldada. Las características del síndrome de la piel escaldada estafilocócica suelen incluir preservación de las mucosas, ausencia de factores de riesgo para la NET (p. ej., antecedentes farmacológicos) y sospecha clínica de infección por estafilococos (Benedetti, 2022).

Con respecto al tratamiento de la NET, Gómez, Loor, Alcántara, & Gutiérrez, (2023) destacan que todavía no existe consenso debido a que pocos estudios prospectivos han podido evaluar la eficacia de los esquemas administrados, en las series de casos o reportes aislados se han utilizado múltiples terapias con resultados variables. Igualmente, tampoco existe un consenso en cuanto al tratamiento de la piel, de manera general los cuidados siempre son similares a los pacientes que se encuentran en las unidades intensivas de quemados. (p. 26)

Este manejo requiere un abordaje multidisciplinario enfocado en los cuidados generales de la piel, soporte multiorgánico y la terapia farmacológica dirigida a limitar la respuesta inmunitaria e inflamatoria. El tratamiento se basa en retirar el fármaco causante, medidas de soporte para el paciente en la unidad de cuidados intensivos similares a las de pacientes con quemaduras y prevención de secuelas (Guerrero et al., 2023).

El soporte multiorgánico es vital, ya que el paciente con NET tiene riesgo elevado de insuficiencia orgánica múltiple, por lo que se recomienda ser tratado en la UCI, tomando en cuenta escalas como SCORTEN (Tabla 1) y ABCD-10 (Tabla 2); particularmente en una unidad de atención para pacientes quemados. Debido a que las disfunciones más frecuentes son la respiratoria y renal, podría ser necesaria la oxigenoterapia y estrategias de ventilación mecánica invasiva, fluidoterapia, diuréticos y terapia de reemplazo renal. Durante la hospitalización debe priorizarse el manejo del dolor, utilizando analgésicos fuertes como los derivados de la morfina, paracetamol y estrategias de analgesia

Necrólisis epidérmica tóxica

multimodal para minimizar sus efectos indeseables. Debido a que una de las complicaciones graves es la infección y el choque séptico, deberá mantenerse adecuada perfusión tisular con inicio de vasopresor de manera temprana y valorar cuidadosamente la fluidoterapia, ya que la depleción de volumen y la sobrecarga de líquidos se asocian con mayor mortalidad. El tratamiento antibiótico profiláctico no está recomendado, no disminuye la mortalidad, al ser una farmacodermia se debe tener extremo cuidado en los fármacos administrados al paciente, sin embargo, están indicados cultivos de las lesiones a su ingreso y cada 48 horas (Seminario et al., 2020).

Tabla 1.

Puntuación de gravedad para la necrólisis epidérmica tóxica (SCORTEN por su sigla en inglés).

Factor de riesgo*	Puntuación	
	0	1
Edad	< 40 años	≥ 40 años
Cáncer asociado	No	Sí
Frecuencia cardíaca (latidos/minuto)	< 120	≥ 120
Nitrógeno ureico en sangre	≤ 28 mg/dL (10 mmol/L)	> 28 mg/dL (10 mmol/L)
Superficie corporal con desprendimiento o comprometida	< 10%	≥ 10%
Bicarbonato sérico	≥ 20 mEq/L (≥ 20 mmol/L)	< 20 mEq/L (< 20 mmol/L)
Nivel de glucosa en suero	≤ 250 mg/dL (≤ 13,88 mmol/L)	> 250 mg/dL (> 13,88 mmol/L)

*Más factores de riesgo indican una puntuación más alta y una tasa de mortalidad (%) más elevada:

- 0-1 = 3,2% (IC: 0,1 a 16,7)
- 2 = 12,1% (IC: 5,4 a 22,5)
- 3 = 35,3% (IC: 19,8 a 53,5)
- 4 = 58,3% (IC: 36,6 a 77,9)
- ≥ 5 => 90% (IC: 55,5 a 99,8)

IC = intervalo de confianza.

Fuente: Tomado de SCORTEN: una puntuación de gravedad de la enfermedad para la necrólisis epidérmica tóxica por Bastuji, (2000), referido por Benedetti, (2022). Manual MSD.

Tabla 2.

Índice ABCD-10.

ABCD-10	Puntaje	Mortalidad (%)
Edad: > 50 = 1 punto	0	2.3
Superficie corporal > 10% = 1 punto	1	5.4
HCO ₃ < 20 mmol/L = 1 punto	2	12.3
Cáncer = 2 puntos	3	25.5
Díálisis previo a ingreso	4	45.7
	5	67.4
	6	83.6

Fuente: Tomado de *Necrólisis epidérmica tóxica* por Guerrero et al., (2023). *Dermatología Revista Mexicana*.

Los cuidados y el apoyo multidisciplinario son una parte fundamental del tratamiento que algunas veces puede pasar desapercibido, por ejemplo, el apoyo de las áreas de oftalmología, ginecología y urología. Asimismo, la aplicación de esteroides y lubricantes en ambos ojos cada dos a cuatro horas, así como esteroides tópicos en los genitales femeninos para evitar las sinequias, retracción del prepucio en hombres y la revisión periódica del pene (Charlton et al., 2020).

La administración de tratamientos sistémicos continúa siendo controvertida por la falta de ensayos clínicos controlados con distribución al azar y por la gran variedad de dosis y posología de los fármacos administrados (Guerrero et al., 2023, p. 510).

En este sentido, Tsai et al., (2021) en su metaanálisis acerca de los esquemas de tratamiento, evaluaron a 2079 pacientes de un total de 67 estudios y encontraron resultados a favor de una terapia combinada con esteroides e inmunoglobulina. En consecuencia, concluyen que la terapia combinada con corticosteroides e IgIV puede reducir los riesgos de mortalidad en pacientes con síndrome de Stevens-Johnson (SJS)/superposición TEN y TEN. La ciclosporina y el etanercept son terapias prometedoras, pero se necesitan más estudios para proporcionar evidencia más clara.

Por su parte, Patel, Patel, & Thakkar, (2021) en otro metaanálisis para comparar la efectividad de las intervenciones para reducir la mortalidad en pacientes con necrólisis epidérmica tóxica mediante metaanálisis en red, concluyeron que el uso de ciclosporina puede reducir la mortalidad en pacientes

Necrólisis epidérmica tóxica

con TEN. Además, otros inmunomoduladores prometedores podrían ser la combinación de esteroides + inmunoglobulina intravenosa y etanercept.

Con respecto a la posología de la medicación, de un estudio a otro, es bastante variable. En el caso presentado por Gómez, Loor, Alcántara, & Gutiérrez, (2023) de una paciente de 19 años, ingresada luego de la ingesta de piroxicam con síntomas prodrómicos, una dermatosis generalizada y neutropenia febril, se utilizaron dosis de inmunoglobulina a 1 mg/kg/día y metilprednisolona 0.5 mg/kg/día por cinco días. No obstante, a pesar de que este es el tratamiento más eficaz reportado con limitantes, la paciente tuvo una evolución tórpida. Así mismo, los autores destacan que el tratamiento tópico y cuidados generales de la piel en estos pacientes es un aspecto muy importante a considerar por parte de los dermatólogos. (p. 27)

Los inhibidores del TNF- α son una terapia prometedora, su estudio está limitado a series y reportes de casos. El etanercept e infliximab han demostrado ser seguros y eficaces con baja tasa de efectos adversos. Se requieren más ensayos clínicos para poder recomendar su administración sobre otros fármacos. Otras terapias estudiadas para el tratamiento de la necrólisis epidérmica tóxica carecen de evidencia suficiente para poder establecer una recomendación, entre las que se incluyen la plasmaféresis y talidomida (Guerrero et al., 2023, p. 511).

El cuidado de la piel lesionada debe realizarse en unidades especializadas, como las unidades de quemados, estos pacientes necesitan aislamiento temprano y precauciones de barrera para así prevenir infecciones, se puede ayudar de vendajes para evitar el daño mecánico. El manejo de las heridas de estos pacientes es similar al de una persona con quemaduras y se diferencia en que en estas heridas solo hay afección de la epidermis y no causa cicatrices (Zhang, Nygaard, Endorf, & Hylwa, 2019).

En cuanto al uso de apósitos se presenta mucha controversia. Básicamente, tiene el propósito de cubrir y proteger las heridas, esto promueve la cicatrización y/o ayudan a controlar la infección o el riesgo de infección, a su vez, alivia el dolor, absorbe el exudado y optimiza el proceso de curación. Al respecto, Miguel, Delgado, Díaz, & López, (2023) presentaron un estudio de caso de un niño de 4 años de edad en tratamiento con lamotrigina por antecedente de encefalopatía isquémica y epilepsia, el cual fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos pediátricos con diagnóstico de NET. El paciente se presentó con ampollas que cubrían el 60% de la superficie corporal y afección extensa de las mucosas y al cual se le inició tratamiento con fluidoterapia intravenosa y ciclosporina.

Necrólisis epidérmica tóxica

Seguidamente se realizó desbridamiento de las áreas afectadas que, a continuación, fueron cubiertas con un reemplazo aloplástico de la piel (Suprathel®), un copolímero sintético compuesto en un 70% de ácido láctico (ver Figura 2). Las zonas cubiertas con Suprathel® solo requieren el cambio de las capas externas del vendaje. A los 16 días se había conseguido la reepitelización completa. El paciente refirió un dolor mínimo o ausencia de dolor durante el cambio de vendajes y el proceso de curación. En el control no se observó cicatrizado ni secuelas funcionales significativas (ver Figura 3). Por tanto, concluyen que el Suprathel® es un apósito muy efectivo para el tratamiento de NET en la infancia. Es fácil de aplicar, requiere cambios mínimos de vendajes, con la consecuente comodidad para el paciente, previene la infección de la herida y promueve una curación rápida, consiguiendo resultados cosméticos y funcionales satisfactorios.

Figura 2.

Suprathel® aplicado sobre las lesiones ampollosas, cubierto de gasa grasa y vendaje estéril, sobre distintas superficies corporales en la cara (izquierda) y pecho/espalda (derecha).



Fuente: Tomado de *Tratamiento de la necrólisis epidérmica tóxica con Suprathel®* por Miguel, Delgado, Díaz, & López, (2023). Anales de pediatría.

Figura 3.

Resultados cosméticos, 4 semanas después del tratamiento. Reepitelización completa de la cara (izquierda), pecho (centro) y espalda (derecha).



Fuente: Tomado de *Tratamiento de la necrólisis epidérmica tóxica con Suprathel®* por Miguel, Delgado, Díaz, & López, (2023). *Anales de pediatría*.

Por otra parte, Guerrero et al., (2023) refiere acerca del uso de apósitos que este se encuentra enfocado en mantener la zona desnuda lo más estéril posible y se sugiere utilizar aquéllos que no requieran recambios frecuentes, en miras de evitar la manipulación. El apósito nanocristalino se encuentra poco accesible en países latinoamericanos, se realiza recambio de aproximadamente cada 7 días. Existen apósitos de origen biológico que permiten menor cantidad de recambios con intervalo de hasta 14 días. Lastimosamente, faltan estudios para comparar y corroborar la efectividad de la variedad de apósitos disponibles. (p. 510)

Algunas de las complicaciones que pueden presentar los pacientes que han sobrevivido a episodios de NET, según Palareti et al., (2017) referido por Falconí & Jami, (2022), son las siguientes:

- Secuelas cutáneas: Estas son las secuelas más comunes que pueden ir en afecciones desde un 23% de daño hasta un 100%.
- Despigmentación posinflamatoria: puede darse una hiper pigmentación, así como una hipo pigmentación, tiene un índice mayor en la población pediátrica, en ciertas ocasiones mejora con el tiempo y en otros casos puede ser permanente.

Necrólisis epidérmica tóxica

- Cicatrización anormal: En gran parte de los casos las erosiones que provoca SJS/NET sanan sin dejar cicatriz, pero pueden existir casos donde aparecen cicatrices hipertróficas y queloides que se pueden dar en un porcentaje entre 10-40%.
- Nevos eruptivos: Es una aparición simultánea y de gran cantidad de nevos generalmente agrupados que se cree que se dan por la depresión inmunológica que sufre el paciente, aparecen en aproximadamente 20% de los pacientes que sobreviven al SJS/NET y pueden aparecer entre 3 semanas y 3 años después de aparecidas estas patologías.
- Cambios en las uñas: Se producen cambios en las uñas en alrededor del 50% de los pacientes donde se produce una caída de las mismas semanas después de que se presenta un episodio agudo de estas patologías, también se pueden presentar diversas patologías como distrofias, crestas y pigmentación anormal.
- Secuelas oculares: Este tipo de secuela son las complicaciones a largo plazo que más producen incapacidad se pueden dar entre el 20 al 75% de los sobrevivientes donde se ve afectada su vida cotidiana con dificultades para leer, conducir en la noche o utilizar computadoras.
- Secuelas orales y dentales: Las secuelas que se presentan a largo plazo pueden aparecer cuando hay gran afección de las mucosas orales donde se puede presentar sinequias en el ángulo de los labios, así como el piso de la boca y las estructuras adyacentes, también pueden aparecer úlceras crónicas de forma repetitiva.
- Secuelas pulmonares: Se puede presentar en el 40% de los pacientes en la fase aguda con desprendimiento epidérmico del epitelio de los bronquios, así como edema pulmonar, atelectasias, y ciertos tipos de neumonitis infecciosa.
- Secuelas urogenitales ginecológicas: En casos agudos las lesiones genitales se encontraban presentes en un 70% aunque estas lesiones son menos comunes que en otros sitios de la mucosa, las lesiones que más aparecen son las adherencias afectando cualquier sitio de los genitales femeninos.
- Secuelas gastrointestinales y hepáticas: Es raro que se afecten estas estructuras, pero las estenosis esofágicas son las más frecuentes y se pueden desarrollar entre 2 meses y 2 años

Necrólisis epidérmica tóxica

después, también se ha descrito casos de ulceración intestinal, así como disfagia, a nivel del hígado se puede producir colestasis por el uso prolongado de fármacos en estos pacientes.

- Secuelas renales: Se han presentado casos de lesión renal aguda en alrededor del 20% de los pacientes, además ciertos pacientes a largo plazo pueden desarrollar deterioro de la función renal apareciendo Insuficiencia renal crónica.

Conclusión

La necrólisis epidérmica tóxica está considerada como una emergencia dermatológica potencialmente mortal, con riesgo elevado de complicaciones y secuelas. El abordaje inmediato debe iniciar con el reconocimiento precoz de la dermatosis, además de la identificación y retiro del medicamento desencadenante.

El manejo es multidisciplinario. No existe un consenso en cuanto al tratamiento ya que no hay evidencia suficiente, por tanto, es fundamental ofrecer al paciente, medidas de soporte multiorgánico. Estas medidas, conjuntamente con el diagnóstico temprano y el cese del medicamento causante, se consideran la piedra angular del tratamiento.

Para el tratamiento sistémico se utiliza ciclosporina, inmunoglobulina IV, corticosteroides e inhibidores del factor de necrosis tumoral-alfa.

En cuanto al cuidado de las lesiones se recomienda llevarse a cabo en unidades especializadas, como es el caso de las unidades de quemados. Su manejo es análogo al paciente quemado. Han tenido muy buenos resultados el uso de apósitos que no requieran recambios frecuentes.

Referencias

- Benedetti, J. (abril de 2022). *Manuales MSD*. Recuperado el 27 de agosto de 2023, de <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/hipersensibilidad-y-trastornos-reactivos-de-la-piel/s%C3%ADndrome-de-stevens-johnson-y-necr%C3%B3lisis-epid%C3%A9rmica-t%C3%B3xica>
- Charlton, O., Harris, V., Phan, K., Mewton, E., Jackson, C., & Cooper, A. (2020). Necrolisis epidérmica tóxica y síndrome de Steven-Johnson: una revisión completa. *Cuidado avanzado de heridas (New Rochelle)*, 9(7), 426-439. doi: 10.1089/herida.2019.0977

Necrólisis epidérmica tóxica

- Falconí, D., & Jami, J. (2022). Síndrome de Steven-Johnson y necrolisis epidérmica toxica: revisión bibliográfica actualizada. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(5), 643-661. Recuperado el 21 de agosto de 2023, de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3105/4599>
- Gómez, M., Loor, E., Alcántara, V., & Gutiérrez, S. (2023). Necrólisis epidérmica tóxica y neutropenia febril. *Dermatología CMQ*, 21(1), 24-28. Recuperado el 11 de agosto de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2023/dcm231e.pdf>
- Guerrero, M., Zamorano, C., Soto, M., Bautista, G., Mendiola, C., Deloya, E., & Pérez, O. (2023). Necrólisis epidérmica tóxica. *Dermatología Revista Mexicana*, 67(4), 501-517. Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.revisionporpares.com/index.php/Derma/article/download/8988/1545/38349>
- Hinc Kasprzyk, J., Polak Krzeminska, A., & O' zóg Zabolska, I. (2015). Necrólisis epidérmica tóxica. *Anaesthesiol Intensive Ther*, 47(3), 257-262. doi:10.5603/AIT.2015.0037.
- Khosrowani, K., Smith, C., & Mosley, C. (2020). Síndrome de Stevens-Johnson y imitaciones de la necrólisis epidérmica tóxica: diagnóstico diferencial y tratamiento inicial. *Em docs*. Recuperado el 10 de agosto de 2023, de <http://www.emdocs.net/stevens-johnson-syndrome-and-toxic-epidermal-necrolysis-mimics-differential-diagnosis-and-initial-management/>
- Lyell, A. (1956). Necrolisis epidérmica tóxica: una erupción que se asemeja a una escaldadura de la piel. *Br J Dermatol*, 68(11), 355-61. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1956.tb12766.x>
- Miguel, M., Delgado, C., Díaz, M., & López, J. C. (2023). Tratamiento de la necrólisis epidérmica tóxica con Suprathel. *Anales de pediatría*, 1-2. doi:<https://www.analesdepediatria.org/es-tratamiento-necrolisis-epidermica-toxica-con-avance-S1695403323001352>
- Patel, T. K., Patel, P. B., & Thakkar, S. (2021). Comparación de la eficacia de las intervenciones para reducir la mortalidad en pacientes con necrólisis epidérmica tóxica: un metanálisis en red. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 87(5), 628-644. doi:https://doi.org/10.25259/ijdv1_605_19
- Rodríguez, O., Pérez, T., Espinosa, D., Gómez, A., & Peinado, R. (2022). Necrólisis epidérmica tóxica secundaria al uso de Alopurinol. *Acta Médica*, 23(3). Recuperado el 15 de agosto de 2023, de <https://revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/download/329/pdf>
- Seminario, L., Kroshinsky, d., Malachowski, S., Sun, J., Markova, A., Beachkofsky, T., & Kaffenberger, B. (2020). Directrices de cuidados de apoyo de la Sociedad de Hospitalistas Dermatología para el tratamiento del síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica en adultos. *J Am Acad Dermatol* 2020, 82(6), 1553-1567. doi:10.1016/j.jaad.2020.02.066
- Tsai, T. Y., Huang, I.-H., Chao, Y. C., Hsieh, T.-S., Wang, & Tu, Y.-K. (2021). Tratamiento de la necrólisis epidérmica tóxica con terapias inmunomoduladoras sistémicas: una revisión sistemática y un metanálisis en red. *J Am Acad Dermatol*, 84(2), 390-397. doi:10.1016/j.jaad.2020.08.122.

Necrólisis epidérmica tóxica

- White, K. D., Abe, R., Arden, M., Beachkofsky, T., Bouchard, C. C., Dodiuk, R. P., & Ergen, E. (2018). SJS/TEN 2017: Creación de redes multidisciplinares para impulsar la ciencia y la traducción. *J. Allerg Clin Immun*, 6(1). Recuperado el 20 de agosto de 2023, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5857362/pdf/nihms925977.pdf>
- Zhang, A. J., Nygaard, R. M., Endorf, F. W., & Hylwa, S. A. (2019). Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: revisión retrospectiva de la experiencia de 10 años. *International Journal of Dermatology*, 58(9), 1069-1077. doi:<https://doi.org/10.1111/ijd.14409>

©2023 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).