



RELATO DE CASO

Síndrome de Stevens e Johnson associada ao uso de alopurinol

AUTOR PRINCIPAL:

Débora Tomazoni

E-MAIL:

debora.tomazoni@hotmail.com

TRABALHO VINCULADO À BOLSA DE IC::

Não

CO-AUTORES:

Carlos Tobias Scortegagna, Eduardo Bertholdo Szareski, Felipe Rossatto Franceschi, Paola Piva de Freitas, Tatiana Bertholdo Szareski.

ORIENTADOR:

Luciano Alt

ÁREA:

Ciências Biológicas e da Saúde

ÁREA DO CONHECIMENTO DO CNPQ:

4.01.01.00-2 CLÍNICA MÉDICA

UNIVERSIDADE:

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

INTRODUÇÃO:

A síndrome de Stevens-Johnson (SJS) é uma doença sistêmica grave de início agudo, usualmente desencadeada por infecção ou drogas. Acomete pacientes de todas as idades, raças e sexo. Foi descrita pela primeira vez em 1922 por Stevens e Johnson como uma erupção cutânea similar ao Eritema Multiforme associada com febre, estomatite e conjuntivite. Dados brasileiros são escassos em relação à sua prevalência; estima-se 1.2 a 6 casos/milhão de habitantes por ano, sendo considerada fatal em 5% dos casos. Fatores como comorbidades múltiplas e o uso de medicamentos para tratá-las, idade avançada, susceptibilidade genética e doenças com ativação imune podem ser considerados predisponentes. O diagnóstico é essencialmente clínico e baseia-se nas lesões de pele, boca, olhos, faringe, laringe, esôfago e genitais.

RELATO DO CASO:

M.L.C, feminina, branca, 61 anos, pensionista, natural e procedente de Carazinho/RS relatou o aparecimento de manchas cutâneas eritematosas e lesões bolhosas em mucosas, principalmente oral e genital, há aproximadamente cinco dias, de aparecimento súbito e acompanhadas de mal estar e febre. As lesões cutâneas na SSJ são do tipo eritema polimorfo, desde maculo-pápulas até púrpuras e bolhas sero-hemorrágicas, ocorrendo habitualmente em surtos.

Ao chegar no hospital foi encaminhada a unidade de tratamento intensivo, na qual ficou em isolamento, pois apresentava lesões cutâneas por toda superfície corporal, além de conjuntivite purulenta, saturação de 90% e levemente taquipneica. A hospitalização do enfermo é necessária, com isolamento do paciente para prevenção de infecções e evitar o risco de contato com drogas do ambiente.

Hipertensa e diabética, em uso de metildopa. Não apresentava relato prévio de alergias, porém desenvolveu essa sintomatologia após o uso de alopurinol, o qual foi introduzido pelo clínico devido a alteração do ácido úrico. Esse medicamento foi suspenso e a paciente recebeu, além de limpeza e assepsia das lesões, tratamento com antibióticos, antifúngico, corticóide, anti-histamínico, tendo melhora clínica, permaneceu poucos dias na UTI.

CONCLUSÃO:

A Síndrome de Stevens-Johnson pode ser causada por inúmeros medicamentos, mas há raros relatos em relação ao alopurinol. As lesões de pele geralmente não deixam cicatrizes e o mais importante para seu tratamento é imediata suspensão da droga causadora. Por fim, os pacientes devem evitar exposição futura ao agente implicado na ocorrência de SSJ.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BULISANI A.C.P, et al, Síndrome de Stevens e Jonson e necrólise epidérmica tóxica em medicina intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva vol.18 nº3. 2006, São Paulo, SP.

FALCAO PGCB, et al, Síndrome de Stevens-Johnson associada ao uso de antimicrobiano. RGO, vol 56, nº 3, p. 337-340. 2008, Porto Alegre, RS.

SAMPAIO SAP, et al, Dermatologia, Síndrome de Stevens-Johnson, pág 813-815, 3ª edição, Editora Artes Médicas, São Paulo, 2007

Assinatura do aluno

Assinatura do orientador