



SESIÓN CLÍNICA

15 Junio 2022

Clara Egea Hita R5 Medicina interna

Dra. Raquel Rodríguez Médico adjunto medicina interna

9 de septiembre de 2020. Está subiendo la segunda ola Covid-19. Atención Primaria no ve pacientes de forma presencial. Todo es Covid. Tus familiares y amigos no paran de llamar para consultas médicas... Pasas unos días de vacaciones en Sanxenxo con tu familia antes de que empiece el colegio....pero... mientras estás tumbada bajo una sombrilla escuchando música con los auriculares, entra una llamada:

Tu prima te pide un favor: el hermano de su novio se **encuentra fatal**, con **fiebre**, **cansado**, le ha salido un **exantema** que **pica** que se mata y en Urgencias le han dicho que es Covid aunque la PCR sea negativa y el médico de Primaria le dice que ya le han visto en Urgencias y que vuelva si quiere.



En fin, dile que me mande el informe por whatsapp, una foto del exantema y pásame su teléfono que le llamo.

INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS

Servicio: URGENCIA HOSPITALARIA
Fecha y hora de ingreso: 07/09/2020 17:41
Tipo de consulta: PETICION PROPIA
Motivo de consulta: FIEBRE O FEBRÍCULA SIN FOCALIDAD
Fecha y hora de alta: 07/09/2020 19:44
Motivo de alta: Traslado a domicilio

Historia actual

REFIERE CUADRO FEBRIL DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN. NO FIEBRE. NO TOS. NO OTRA SINTOMATOLOGÍA.

Exploración física

Fecha toma: 07/09/2020 17:41 **Sistólica:** 155mm(hg), **Diastólica:** 87mm(hg), **PAM:** 110mm(hg), **FC:** 70/min, **SpO2:** 96%, **Tª:** 36c

Fecha toma: 07/09/2020 17:45 **Sistólica:** 145mm(hg), **Diastólica:** 82mm(hg), **FC:** 71/min, **SpO2:** 97%, **Tª:** 36,5c
C.O.C.

AC: RÍTMICO 70 LPM

AP: MVC

ABDOMEN Y EEII SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS.

Resumen de pruebas complementarias

07/09/2020 19:12: TORAX PA Y LAT
NO CONDENSACIONES

Evolución y comentarios

07/09/2020 19:39: A/S: SE ADJUNTA

Diagnóstico principal

SÍNDROME FEBRIL. SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR COVID19

Otros diagnósticos

Tratamiento

Fármacos:

CEFUROXIMA 500 MG CADA 12 HORAS 1 SEMANA

AZITROMICINA 500 MG CADA 24 HORAS 3 DÍAS

HIBOR 10000 UI SC 10 DÍAS

Recomendaciones:

RECOMIENDO AISLAMIENTO DOMICILIARIO

SEGUIMIENTO POR ATENCIÓN PRIMARIA, QUE REALIZARÁ PCR PARA DETECCIÓN DE COVID19

REPETIR ANALÍTICA CON ENZIMAS HEPÁTICAS EN 10 DÍAS

Otras recomendaciones al alta

Petición de ambulancia: No

Este informe no es válido sin firma. Se deben firmar todas las páginas del informe.

Responsable 1. Médico Residente

07/09/2020 19:45



URGENCIAS

BIOQUIMICA EN SUERO

A partir del 08/10/2019 algunas técnicas tienen nuevos valores de referencia.

GLUCOSA	104	mg/dL	[74 - 106]
Valores de referencia en ayunas de 8 horas.			
UREA	18	mg/dL	[17 - 43]
CREATININA	0.94	mg/dL	[0.7 - 1.3]
ESTIMACIÓN CKD-EPI Hombre >0.9	97	mL/min/1.73m2	

Multiplicar por 1,159 si el paciente es de raza negra.

>90: F. G. Normal

60 - 90: F.G. Normal o compatible con IRC estadio 1 o 2 (si persiste durante 3 o más meses).

30 - 59: F.G. compatible con IRC estadio 3 (si persiste durante 3 o más meses).

15 - 29: F.G. compatible con IRC estadio 4 (si persiste durante 3 o más meses).

< 15: F.G. compatible con IRC estadio 5 (si persiste durante 3 o más meses).

SODIO	136	mmol/L	[136 - 146]
POTASIO	4.3	mEq/L	[3.5 - 5.1]
CLORO	102	mEq/L	[101 - 109]
CK	38	UI/L	[0 - 170]
GOT (AST)	* 205	UI/L	[0 - 50]
GPT (ALT)	* 425	UI/L	[0 - 50]
LDH	* 481	UI/L	[0 - 248]
pro BNP	104.3	pg/mL	[10 - 125]

ICC Aguda:

< 300 pg/ml muy improbable

< 50 años, > 450 pg/ml muy probable

50-75 años, > 900 pg/ml muy probable

> 75 años, > 1800 pg/ml muy probable

PROCALCITONINA	0.38	ng/mL	[0 - 0.5]
PROTEINA C REACTIVA	* 32.7	mg/L	[0 - 5]

SISTEMATICO ORINA

DENSIDAD	1015		[1005 - 1025]
LEUCOCITOS	* 25	/mm3	[N]
NITRITOS	NEGATIVO		[N]
pH	6	Unidad pH	[5 - 7]
PROTEINAS	* 25	mg/dL	[N]

Petición: 90744790596 No
Destino:

GLUCOSA	NEGATIVO	[N]
CUERPOS CETONICOS	* 5	mg/dL [N]
BILIRRUBINA	* 1	mg/dL [N]
UROBILINOGENO	* 8	mg/dL [N]
ERITROCITOS	NEGATIVO	[N]
SEDIMENTO (Microscopio)		

Aislados leucocitos y hematies

INDICES SERICOS

INDICE DE HEMOLISIS	* 1	U
HEMOLISIS >=1 se producen alteraciones de AMILASA, CK, K, ALT, AST.		
HEMOLISIS >=2 se producen alteraciones de BILIRRUBINA TOTAL, TROPONINA		
HEMOLISIS >=4 se producen alteraciones de BILIRRUBINA DIRECTA, MG,		
HEMOLISIS >=6 se producen alteraciones de GGT, FOSFORO		
ICTERICIA	0	U
LIPEMIA	0	U

INCIDENCIAS

COMENTARIO

SUERO HEMOLIZADO: SE PUEDEN PRODUCIR FALSOS RESULTADOS DE ADA, BILIRRUBINA TOTAL Y DIRECTA, CKMB, GOT (AST), K Y LDH.

HEMATIMETRIA

Validado por: I.Leonardo (Técnico)
Fecha de validación: 7/09/20

Hematólogos Responsables:
Dr. J. Sánchez-Real, Dra. M. Fuertes, Dra. B. Ballina

Hemograma

Serie Blanca

Leucocitos **4.7** $10^3/\mu\text{L}$ 4.4 - 11.5

Fórmula leucocitaria

	%	$10^3/\mu\text{L}$	Valores de referencia
Neutrófilos	50.7	2.38	2.00 - 8.00
Linfocitos	33.1	1.56	1.30 - 4.10
Monocitos	8.5	0.40	0.00 - 0.90
Eosinófilos	6.9	0.32	0.00 - 0.50
Basófilos	0.8	0.04	0.00 - 0.20

Serie Roja

Hemates	4.65	$10^6/\mu\text{L}$	4.20 - 5.90
Hemoglobina	14.9	g/dL	13.0 - 17.0
Hematocrito	43.8	%	39.0 - 50.5
VCM	94.3	fL	80.0 - 100.0
HCM	32.1	pg	26.0 - 33.4
CHCM	34.0	g/dL	31.0 - 35.5
ADE	13.7	%	10.0 - 16.0

Serie Plaquetar

Plaquetas	201	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
Volumen Plaquetar Medio	8.7	fL	6.0 - 12.0
Plaquetocrito	0.2	%	0.1 - 0.5
ADP	17	%	8 - 18

Urgencias

7/09/20

Hora: 18:07:30

HEMOSTASIA

Validado por: I.Leonardo (Técnico)

Fecha validación: 7/09/20 18:30

Facultativos: Dra.V.Martinez, Dr. A. Melón y Dr. J.A.Rodríguez

E. de Coagulación

	Resultado	Unidad	Rango Referencia
T°. T. Parcial Activada	35.1	s	25.2 - 41.0
Razón Tromboplastina	1.04		0.80 - 1.30
T°. Protrombina	12.2	s	9.2 - 14.5
Tasa Protrombina	90	%	70 - 120
Razón Normalizada (INR)	1.06		0.80 - 1.26
Fibrinógeno Derivado	513	mg/dL	150 - 450

E. de Fibrinólisis

Dímero D	1309	ng/mL	0 - 500
----------	-------------	-------	---------



El hermano del novio de tu prima te cuenta:

Llevo un verano fatal, nunca había estado enfermo y resulta que en junio tuve un **cólico nefrítico** y en julio la **gota**. Y ahora llevo ya **una semana** y cada vez estoy peor. Primero empecé con **fiebre, cansado** y luego me he **brotado entero, respeta las palmas y las plantas** de los pies y me **pica horrores**. Me he hecho dos PCR y han sido negativas, pero me dicen que serán falsos negativos y que tenga paciencia, que están viendo muchas lesiones en la piel por el Covid. Como mi hermana es farmacéutica me ha dado un antihistmínico y me alivia algo el picor... al menos puedo dormir. ¿Tú que crees que debo hacer? ¿Vuelvo a Urgencias o espero?

¿QUE LE DECIMOS?

- a. Le mandamos a Urgencias de nuevo
- b. Llamamos a algún amigo internista para que le vea ya
- c. Que espere que dentro de tres días vuelves a León
- d. Te estrujas el coco en la playa

EN RESUMEN...



Varón de 46 años

FIEBRE

EXANTEMA
PRURIGINOSO

↑ TRANSAMINASAS
y LDH

DIAGNÓSTICO: Exantema

Erupciones maculopapulosas de distribución central

Erupciones periféricas

Eritemas exfoliativos confluentes

Erupciones vesiculoampollares o pustulosas

Erupciones urticarianas

Erupciones nodulares

Erupciones purpúricas

Erupciones vesiculoampollares o pustulosas

Erupciones con úlceras, escaras, o ambas



Erupciones maculopapulosas de distribución central

VÍRICA

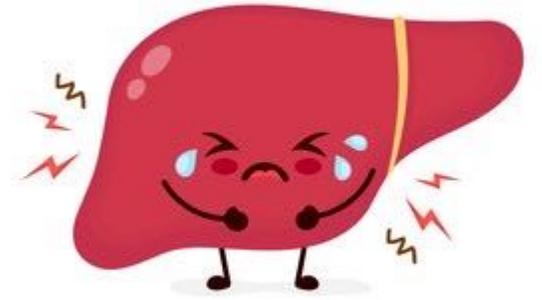
BACTERIANA

FÁRMACOS /
TÓXICOS

INMUNE

IDIOPÁTICO

VÍRICA



- Síndrome mononucleósido (EBV, CMV, T. gondii, VHB, etc) 
- Primoinfección VIH
- Exantema vírico: *Parvovirus B19*, *Adenovirus*, *Enterovirus (Coxsackie)*
- Infecciones propias de la infancia:
 - Virus del sarampión
 - Virus de la rubéola
 - *Herpes virus humano tipo 6 (HHV-6)*
 - *Herpes virus humanos tipo 7 (HHV-7)*
- Arbovirus (*Dengue*, *Zika*, *Chikungunya*) 
- SARS-COV2
- *Virus Varicela Zoster* 



BACTERIANA

- Enfermedad de Lyme (*Borrelia burgdorferi*) 
- Fiebre botonosa mediterránea (*Rickettsia conorii*) y otras rickettsiosis 
- Tifus epidémico (*Rickettsia prowazekii*) (piojos)
- Tifus endémico (murino) (*Rickettsia typhi*) (pulgas)
- Erliquiosis (*Ehrlichia chaffeensis*) (garrapata)
- Leptospirosis (*Leptospira interrogans*)
- Sífilis 2ª (*Treponema pallidum*) 
- Faringitis por *Arcanobacterium haemolyticum*
- *Mycoplasma pneumoniae*



BACTERIANA



- **Enfermedad de Lyme (*Borrelia burgdorferi*)**
- **Fiebre botonosa mediterránea (*Rickettsia conorii*) y otras rickettsiosis**
- Tifus epidémico (*Rickettsia prowazekii*)
- Tifus endémico (murino) (*Rickettsia typhi*)
- **Erliquiosis (*Ehrlichia chaffeensis*)**
- **Leptospirosis (*Leptospira interrogans*)**
- **Sífilis (*treponema pallidum*)**
- Faringitis por *Arcanobacterium haemolyticum*
- ***Mycoplasma pneumoniae***

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS Y AUTOINMUNES

- Lupus eritematoso sistémico

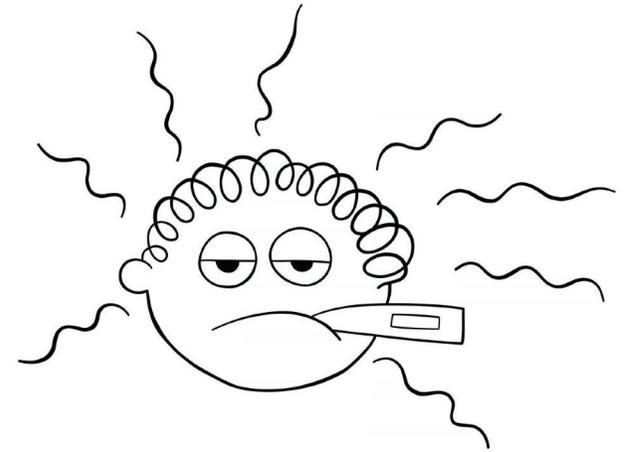
- Enfermedad de Still



- Kawasaki



- Síndromes hereditarios de fiebre periódica: FMF, TRAPS, etc.



TOXICODERMMIAS



- Efecto adverso **más frecuente** (25-30%).
- Cualquier fármaco: antibióticos (beta lactámicos, sulfamidas), anticomiciales, AINES.
- Factores predisponentes: sexo femenino, polimedicación, enfermedades subyacentes (inmunológicas, neoplasias), infecciones virales (CMV, VIH y EBV), exposición solar, factores dependientes del fármaco.
- Tiempo de latencia: segundos – meses. Mayoría a las 1-2 semanas.
- Clínica: **exantema** (50%), **urticaria** (25%), exantema fijo (10%), eritema polimorfo (5%).
- Aparición **brusca** de eritema con distribución simétrica mas o menos generalizada con **prurito**.
- Mecanismos: no inmune / inmune (reacciones de hipersensibilidad).
- **Anamnesis detallada**: método diagnóstico más adecuado.
- Pronóstico benigno (resolución al suspender el fármaco).



Exantema medicamentoso

Síndrome de hipersensibilidad a fármacos. Síndrome DRESS

Síndrome de Stevens-Johnson. Necrólisis epidérmica tóxica (NET)

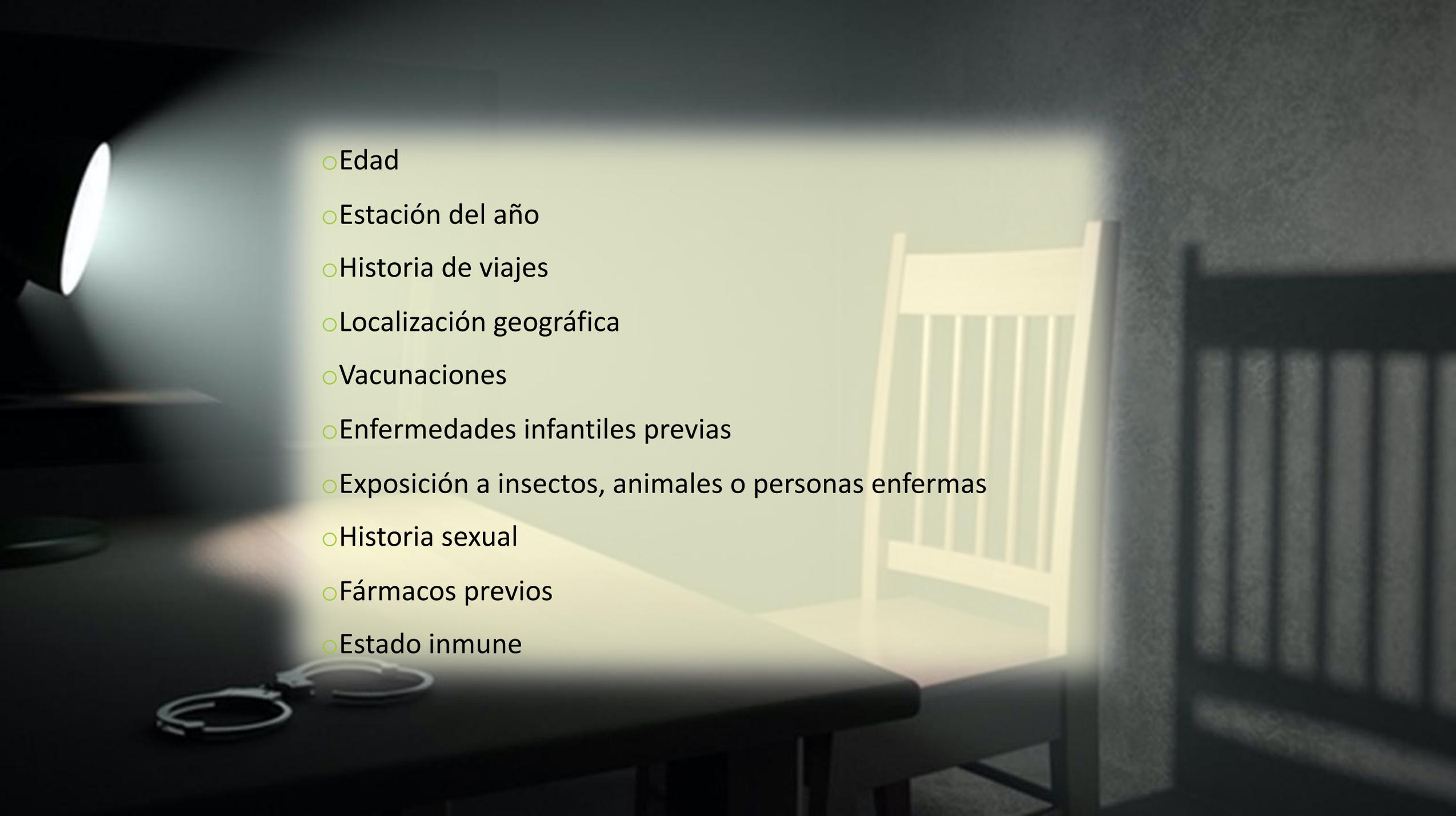
Enfermedad del suero

DD con exantemas infecciosos (viral):

Inicio más brusco

+ prurito, + intenso

Ausencia de pródromos

- 
- Edad
 - Estación del año
 - Historia de viajes
 - Localización geográfica
 - Vacunaciones
 - Enfermedades infantiles previas
 - Exposición a insectos, animales o personas enfermas
 - Historia sexual
 - Fármacos previos
 - Estado inmune

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Características del exantema:
 - Morfología y características de las lesiones
 - Distribución
 - Evolución, relación temporal con la fiebre y transformación de las lesiones.
- Afectación de las mucosas
- Adenopatías y organomegalias
- Exploración región genital y articulaciones
- Presencia de signos meníngeos y otros signos neurológicos.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Análisis de sangre: perfil hepático, renal, bilirrubina, amilasa, ferritina, hemograma, VSG.
- Análisis de orina (cociente albúmina/creatinina)
- Paul-Bunnell.
- Hemocultivos
- Serologías: VIH (Ag p24), VHB, VHC, CMV, EBV, *T. gondii*, VHH 6 y 7, *Parvovirus B19*, Sarampión, Rubeola, Lúes, Erliquiosis, Lyme, Rickettsias, COVID, *Mycoplasma pneumoniae*, *Leptospira*.
- Ecografía abdominal
- Lesiones cutáneas asociadas: examen del líquido de vesículas, tinción de Gram y cultivo de pústulas y bullas, etc.
- Biopsia cutánea: lesiones nodulares, lesiones petequiales-purpúricas, maculopapulares y úlceras.

BIBLIOGRAFÍA

- Fred A Lopez, Charles V Sanders. *Fever and rash in the immunocompetent patient*. UpToDate. Mayo 2022.
- Harrison's Internal Medicine 18th edition. Parte 2. Manifestaciones principales y cuadro clínico inicial de las enfermedades. Capítulo 17. Fiebre y exantema.
- Diagnóstico y tratamiento médico (DTM). Green Book. Capítulo S105: exantema y fiebre (y enfermedades relacionadas). Marbán. 2015.
- Virginia Tassi, V., Tardio, C., Canals, A. *Fiebre y exantema*. Hospital J.B. Alberdi. Rosario. Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario. 2007.

¡GRACIAS!



SESION CLINICA 15-06-22

Dra Clara Egea Hita (R5)
Dra Raquel Rodríguez Díez

HEMATIMETRIA

Validado por: A.Lera (Técnico)
Fecha de validación: 15/09/20

Hematólogos Responsables:
Dr. J. Sánchez-Real, Dra. M. Fuertes, Dra. B. Ballina

Hemograma**Serie Blanca**

Leucocitos **8.9** $10^3/\mu\text{L}$ 4.4 - 11.5

Fórmula leucocitaria

	%	$10^3/\mu\text{L}$	Valores de referencia
Neutrófilos	40.2	3.58	2.00 - 8.00
Linfocitos	33.4	2.97	1.30 - 4.10
Monocitos	9.7	0.86	0.00 - 0.90
Eosinófilos	$\uparrow\uparrow$ 16.4	1.46	0.00 - 0.50
Basófilos	0.3	0.03	0.00 - 0.20

Serie Roja

Hematies	4.53	$10^6/\mu\text{L}$	4.20 - 5.90
Hemoglobina	14.0	g/dL	13.0 - 17.0
Hematocrito	42.1	%	39.0 - 50.5
VCM	93.0	fL	80.0 - 100.0
HCM	31.0	pg	26.0 - 33.4
CHCM	33.3	g/dL	31.0 - 35.5
ADE	14.4	%	10.0 - 16.0

Serie Plaquetar

Plaquetas	440	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 450
Volumen Plaquetar Medio	7.9	fL	6.0 - 12.0
Plaquetocrito	0.3	%	0.1 - 0.5
ADP	17	%	8 - 18

VSG **13.00** mm 0.00 - 15.00

Cama - Habitación :

Dr./Dra : NO INFORMADO

Fecha solicitud 15/09/2020

TRANSFERRINA

333

mg/dL

[200 - 360

OBSERVACIONES:

INDICE SATURACION TRANSFERRINA

41

%

[17 - 48]

FERRITINA

* 432

ng/mL

[30 - 400]

ALBUMINA

4.03

g/dL

[3.5 - 5.2]

CLORO

103

mmol/L

[98 - 107]

SODIO

143

mmol/L

[135 - 145

POTASIO

4.7

mmol/L

[3.5 - 5.1]

INDICES SERICOS: INTERFERENCIAS ANALITICAS.

HEMOLISIS (0-10):

0

TURBIDEZ (0-5):

1

ICTERICIA (0-10):

0

PRUEBAS REUMATICAS

T DE ANTIESTREPT.O

82

UI/mL

[0 - 200]

P.C.REACTIVA

4.4

mg/l

[0 - 5]

FACTOR REUMATOIDE (IgM)

<10

UI/mL

[0 - 20]

PARAMETROS BIOQUIMICOS SUERO

GLUCOSA 86 mg/dL [70 - 110]

UREA 29 mg/dL [16 - 49]

AC.URICO * 9.05 mg/dL [3.4 - 7]

CREATININA 1.08 mg/dL [0.7 - 1.2]

Estimación CKD-EPI Hombre >0.9 82 mL/min/1.73m2

Multiplicar por 1,159 si el paciente es de raza negra.

> 90: F. G. Normal

60 - 90: F.G. Normal o compatible con IRC estadio 1 o 2 (si persiste durante 3 o más meses).

30 - 59: F.G. compatible con IRC estadio 3 (si persiste durante 3 o más meses).

15 - 29: F.G. compatible con IRC estadio 4 (si persiste durante 3 o más meses).

< 15: F.G. compatible con IRC estadio 5 (si persiste durante 3 o más meses).

AST 30 UI/L [0 - 40]

ALT * 115 UI/L [0 - 41]

ALP * 250 UI/L [40 - 130]

GGT * 415 UI/L [10 - 71]

PROT.TOT 6.6 g/dL [6.4 - 8.5]

COLEST TOT * 278 mg/dL
Deseable: <200 Limitante: 200-250 Indeseable: >250TRIGLICERIDOS * 346 mg/dL
Deseable: <150 Limitante: 150-350 Indeseable: >350

NO VALORABLE POR LA ELEVADA CIFRA DE TRIGLICERIDOS

ERO LIPÉMICO

HDL COLESTEROL * 30 mg/dL
HOMBRE Deseable: >45 Limitante: 35-45 Indeseable: <35

MUJER Deseable:>55 Limitante: 35-55 Indeseable: <35

INDICE ATEROGENICO * 9.27 mg/100 [0 - 4.5]
Colesterol total/ HDL colesterol

CALCIO 9.1 mg/dL [8.2 - 10.2]

FOSF INORG 3.22 mg/dL [2.7 - 4.5]

LDH * 294 U/L [135 - 250]

BILIRRUBINA TOT. 0.8 mg/dL [0.1 - 1.4]

PRUEBA RESULTADO UNIDADES VALOR REFERENCIA

AUTOINMUNIDAD

ANTIC ANTINUCLEARES NEGATIVO

ANTIC CITOPLASMA NEUTROFILO NEGATIVO

ANTIC DNA NATIVO NEGATIVO

AUTOINMUNIDAD

screening ENAS NEGATIVO

Esta prueba incluye Ro,La,Sm,RNP,CENTROMERO, Scl-70,Jo-1

FUNCION TIROIDEA

TSH 2.4 µUI/L
Quimioluminiscencia 3ª Generación Eutiroideo: 0.27 - 4.20 µUI/mL

OBSERVACIONES:

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERE	PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALOR REFERENCIA
PARAMETROS BIOQUIMICOS SUERO				CLORO	100		mmol/L [98 - 107]
GLUCOSA	98	mg/dL	[70 - 110]	SODIO	142		mmol/L [135 - 145]
UREA	31	mg/dL	[16 - 49]	POTASIO	4.8		mmol/L [3.5 - 5.1]
AC.URICO	* 8.99	mg/dL	[3.4 - 7]	INDICES SERICOS: INTERFERENCIAS ANALITICAS.			
CREATININA	1.06	mg/dL	[0.7 - 1.2]	HEMOLISIS (0-10):	0		
Estimación CKD-EPI Hombre >0.9	84	mL/min/1.73m2		TURBIDEZ (0-5):	0		
Multiplicar por 1,159 si el paciente es de raza negra.				ICTERICIA (0-10):	0		
> 90: F. G. Normal				PRUEBAS REUMATICAS			
60 - 90: F.G. Normal o compatible con IRC estadio 1 o 2 (si persiste durante 3 o más meses).				P.C.REACTIVA	* 6.9		mg/l [0 - 5]
30 - 59: F.G. compatible con IRC estadio 3 (si persiste durante 3 o más meses).				Fecha de validación: 28/09/20			
15 - 29: F.G. compatible con IRC estadio 4 (si persiste durante 3 o más meses).				Dr. J. Sánchez-Real, Dra. M. F			
< 15: F.G. compatible con IRC estadio 5 (si persiste durante 3 o más meses).				Hemograma			
AST	20	UI/L	[0 - 40]	Serie Blanca			
ALT	33	UI/L	[0 - 41]	Leucocitos	9.3	10 ³ /μL	4.4 - 11.1
ALP	69	UI/L	[40 - 130]	Fórmula leucocitaria			
GGT	* 73	UI/L	[10 - 71]	Neutrófilos	72.7	10 ³ /μL	2.00 - 8.00
PROT.TOT	7.5	g/dL	[6.4 - 8.5]	Linfocitos	22.0	10 ³ /μL	1.30 - 4.10
COLEST TOT	* 267	mg/dL		Monocitos	4.3	10 ³ /μL	0.00 - 0.90
	Deseable: <200	Limitante: 200-250	Indeseable: >250	Eosinófilos	0.6	10 ³ /μL	0.00 - 0.50
TRIGLICERIDOS	146	mg/dL		Basófilos	0.4	10 ³ /μL	0.00 - 0.20
	Deseable: <150	Limitante: 150-350	Indeseable: >350	Serie Roja			
HDL COLESTEROL	46	mg/dL		Hematies	4.77	10 ⁶ /μL	4.20 - 5.90
	Deseable: >45	Limitante: 35-45	Indeseable: <35	Hemoglobina	15.4	g/dL	13.0 - 17.0
HOMBRE	Deseable:>55	Limitante: 35-55	Indeseable: <35	Hematocrito	45.0	%	39.0 - 50.5
MUJER	Deseable:>55	Limitante: 35-55	Indeseable: <35	VCM	94.2	fL	80.0 - 100
LDL COLESTEROL	* 192	mg/dL		HCM	32.2	pg	26.0 - 33.4
	Deseable: <100	Limitante: 100 - 150	Indeseable: >150	CHCM	34.2	g/dL	31.0 - 35.5
INDICE ATEROGENICO	* 5.80	mlg/100	[0 - 4.5]	ADE	14.7	%	10.0 - 16.0
Colesterol total/ HDL colesterol				Serie Plaquetar			
CALCIO	10.2	mg/dL	[8.2 - 10.2]	Plaquetas	266	10 ³ /μL	150 - 450
FOSF INORG	3.06	mg/dL	[2.7 - 4.5]	Volumen Plaquetar Medio	8.1	fL	6.0 - 12.0
LDH	177	U/L	[135 - 250]	Plaquetocrito	0.2	%	0.1 - 0.5
BILIRRUBINA TOT.	0.8	mg/dL	[0.1 - 1.4]	ADP	16	%	8 - 18
ALBUMINA	4.94	g/dL	[3.5 - 5.2]				

MARCADORES DE HEPATITIS A

VHA IgM

-
Negativo

MARCADORES HEPATITIS B

VHB HBs Ag

-
Negativo

VHB anti HBs

Negativo

VHB anti HBc

Negativo

MARCADORES HEPATITIS C

VHC Ac

-
Negativo

SEROLOGIA VIH

VIH 1/2 (Ac+ Ag p24)

-
Negativo

SEROLOGIA HERPESVIRUS

VEB IgM

-
Negativo

SEROLOGIA LUES

Lúes Ac totales (CMIA)

-
Negativo

SEROLOGIA PARASITARIA

Toxoplasmosis IgG

-
Negativo

Toxoplasmosis IgM

Muestra insuficiente

SEROLOGIA VARIOS

Borrelia burgdorferi IgG

-
Negativo

Borrelia burgdorferi IgM

Negativo

Rickettsia conorii Anti IgG

Negativo

Rickettsia conorii Anti IgM

Negativo

SEROLOGIA RESPIRATORIA

SARS-CoV-2 IgG (S1/RBD)

-
Negativo

SARS-CoV-2 IgA+M (VCLIA)

Negativo

DIAGNOSTICO: SINDROME DRESS

La reacción al fármaco con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) es una reacción adversa grave al fármaco caracterizada por una erupción cutánea extensa asociada con afectación de órganos viscerales, linfadenopatía, eosinofilia y linfocitosis atípica. La presentación clínica es heterogénea y el curso de la enfermedad suele ser prolongado. A pesar de la interrupción del fármaco ofensor, pueden continuar produciéndose brotes de la enfermedad. La latencia entre el inicio del fármaco y la aparición de la enfermedad se prolonga, normalmente entre dos y ocho semanas. La reactivación de infecciones latentes por herpesvirus humano es un fenómeno común observado [1-4].

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Exposición a drogas : en la mayoría de los casos de DRESS (aproximadamente el 80 por ciento) se puede identificar un desencadenante claro de drogas [4]. Sin embargo, en el 10 a 20 por ciento restante, la fuerza de la causalidad del fármaco es menos clara, y en el 2 por ciento de los casos, no hay exposición al fármaco [4]. Una gran proporción de casos (aproximadamente el 75 por ciento) se deben a algunos medicamentos de alto riesgo (

tabla 1). Estos incluyen anticonvulsivos aromáticos (p. ej., carbamazepina , fenitoína , lamotrigina), alopurinol , antibacterianos que contienen sulfonamida, mexiletina , minociclina y vancomicina [2,4,12]. En la población pediátrica, los antiepilépticos y los antibióticos representan la mayoría de los casos de DRESS [10].

Susceptibilidad farmacogenética : los estudios farmacogenéticos han encontrado una asociación entre el riesgo de DRESS y varios haplotipos y variantes genéticas del antígeno leucocitario humano (HLA):

PATOGÉNESIS

DRESS se considera una reacción de hipersensibilidad mediada por células T. Aunque la patogenia exacta no se conoce por completo, se cree que intervienen dos mecanismos patogénicos principales: una respuesta inmunitaria específica del fármaco y la reactivación del Herpesviridae humano con una respuesta inmunitaria antiviral subsiguiente.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Fase de latencia: la fase de latencia (desde el inicio del fármaco hasta el inicio de la reacción) suele oscilar entre dos y ocho semanas. Sin embargo, la latencia puede ser más corta en casos atribuidos a antibióticos y medios de contraste yodados [42]. La fase prodrómica de DRESS a menudo se caracteriza por síntomas inespecíficos, como fiebre, malestar general y linfadenopatía.

Manifestaciones cutáneas y mucosas : las manifestaciones cutáneas son las más obvias y, a menudo, son la primera pista para el diagnóstico. La erupción comienza como una erupción maculopapular que puede progresar a un eritema coalescente (imagen 1A-C). Los hallazgos adicionales incluyen púrpura, placas infiltradas, pústulas, dermatitis exfoliativa y lesiones en forma de diana. Las lesiones se distribuyen simétricamente en el tronco y las extremidades. El edema facial es sorprendente y está presente en la mayoría de los casos (70 por ciento) [4,43]. Casi el 80 por ciento de los pacientes tendrían una afectación >50 por ciento del área de superficie corporal (BSA). En raras ocasiones (<3 por ciento), la erupción puede ser leve o estar ausente [4]. El prurito puede ser un síntoma acompañante.

Síntomas sistémicos y anomalías de laboratorio : los síntomas sistémicos asociados con DRESS incluyen los siguientes [3,4,35,43-46]:

- Fiebre $\geq 101.3^{\circ}\text{F}$ o $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ (75 a 90 por ciento)
- Linfadenopatía (54 a 65 por ciento)
- Anomalías hematológicas:
 - Eosinofilia $>700/\text{microL}$ (82 a 95 por ciento)
 - Leucocitosis (95 por ciento)
 - Neutrofilia (78 por ciento)
 - Linfocitosis (25 a 52 por ciento)
 - Monocitosis (69 por ciento)
 - Linfocitos atípicos (35 a 67 por ciento)
- Síntomas y/o anomalías de laboratorio relacionadas con alguna afectación visceral (90 por ciento)

Compromiso de órganos :

Hígado : la lesión hepática es la manifestación visceral más común

Riñón :

Compromiso pulmonar :

CURSO CLÍNICO

El curso clínico de DRESS es variable. No hay marcadores confiables en la presentación para predecir el resultado. Sin embargo, la reactivación viral y, en particular, la reactivación del citomegalovirus (CMV), detectada durante el curso de la enfermedad, se asocia con peores resultados [50,72].

Fase aguda : la erupción cutánea y el compromiso visceral generalmente se resuelven gradualmente después de la suspensión del fármaco. En hasta el 90 por ciento de los casos, la erupción cutánea persiste más de 15 días y luego cede con descamación. El tiempo promedio de recuperación es de aproximadamente siete semanas, pero hasta el 20 por ciento de los pacientes pueden tener un curso prolongado que dura más de 90 días [44,74]. Los factores asociados con un curso prolongado incluyen evidencia de reactivación viral, compromiso hepático severo y presencia de linfocitosis atípica similar a la mononucleosis [74].

Brotos : las recaídas o brotes son comunes después de la resolución de la enfermedad aguda y ocurren en hasta el 25 % de los casos semanas o meses (mediana de 4,5 meses) después de la resolución [75]. En la mayoría de los casos, los brotes son de naturaleza cutánea, pero pueden manifestarse como eosinofilia o elevaciones de las enzimas hepáticas [75]. Los brotes tienden a ser más comunes en pacientes tratados con corticosteroides sistémicos y ocurren con mayor frecuencia en la disminución rápida de los corticosteroides [74,76]. Además, se ha observado la reactivación simultánea del virus del herpes humano (HHV) 6 durante los brotes [74].

Criterios para la confirmación del diagnóstico — Los criterios más utilizados para confirmar o excluir el diagnóstico de DRESS son los incluidos en el sistema de puntuación del Registro de Reacciones Adversas Cutáneas Severas (RegiSCAR), basado en las principales manifestaciones clínicas de DRESS [4]:

- Fiebre $>101.3^{\circ}\text{F}$ o $>38.5^{\circ}\text{C}$ (central) o $>100.4^{\circ}\text{F}$ o $>38^{\circ}\text{C}$ (axilar)
- Ganglios linfáticos agrandados en al menos dos áreas diferentes del cuerpo
- eosinofilia
- Linfocitos atípicos
- Compromiso de la piel (extensión, erupción sugestiva de DRESS, biopsia)
- Compromiso de órganos (p. ej., elevación de al menos el doble de las enzimas hepáticas en al menos dos días diferentes)
- Resolución >15 días

Se asigna un valor entre -1 y 2 a cada característica ([mesa 4](#)). La puntuación acumulada va de -4 a 9 y define cuatro niveles de certeza respecto al diagnóstico de DRESS: excluida, posible, probable y definitiva. Dado que algunas de las variables incluidas en la puntuación RegiSCAR DRESS pueden no estar disponibles cuando se evalúa al paciente por primera vez, la puntuación es más útil como validación retrospectiva de casos sospechosos.

TRATAMIENTO

Retiro del fármaco, tratamiento de apoyo y control

Enfermedad leve (sin compromiso de órganos o solo compromiso hepático leve) : los pacientes con DRESS sin evidencia clínica, de laboratorio o de imágenes de compromiso renal o pulmonar y aquellos con solo una elevación moderada de las transaminasas hepáticas (<3 veces el límite superior de lo normal) pueden ser tratados sintomáticamente. Para el alivio sintomático del prurito y la inflamación de la piel, sugerimos el tratamiento con corticoides tópicos. Corticosteroides tópicos de potencia alta o súper alta (grupos 1 y 2 ([mesa 5](#))) se aplican de dos a tres veces al día hasta la resolución de la enfermedad.

Enfermedad grave con afectación de uno o varios órganos

Terapia de primera línea

Glucocorticoides sistémicos : para pacientes con enfermedad grave y compromiso de los pulmones (disnea, radiografía de tórax anormal, hipoxemia) o riñones (creatinina >1.5 veces el nivel basal y proteinuria o hematuria), sugerimos glucocorticoides orales como terapia de primera línea. Se administra una dosis de moderada a alta (0,5 a 1 mg/kg por día) de **prednisona** o equivalentes de prednisona hasta que se logra la mejoría clínica y la normalización de los parámetros de laboratorio y luego se reduce lentamente durante las siguientes 8 a 12 semanas, o más, para evitar recaídas. [101]. Un régimen alternativo de **metilprednisolona** intravenosa (250 a 500 mg por día durante dos a cuatro días) seguido de **prednisolona oral** También se ha sugerido 1 mg/kg por día para casos graves [104,105].

Terapias de segunda línea: las terapias de segunda línea para pacientes con DRESS grave y afectación de órganos incluyen **ciclosporina** , inmunoglobulinas intravenosas (IVIG) y otros agentes inmunosupresores.

PRONÓSTICO Y SEGUIMIENTO

La mayoría de los pacientes con DRESS se recuperan por completo en semanas o meses después de la suspensión del fármaco. Los sobrevivientes de DRESS deben someterse a un seguimiento a largo plazo para detectar el desarrollo de secuelas autoinmunes. (Consulte ['Resultados a largo plazo'](#) más arriba).

La tasa de mortalidad entre los pacientes con DRESS se estima entre el 2 y el 10 por ciento [4,43-45]. Se ha informado una tasa de mortalidad del 3 por ciento en una población pediátrica [10]. La afectación orgánica grave y el fallo multiorgánico son las principales causas de muerte. La reactivación viral del citomegalovirus (CMV) durante el curso de la enfermedad y el desarrollo de complicaciones relacionadas con el CMV (p. ej., hepatitis, colitis) parecen estar asociados con peores resultados [50,72,107]. (Consulte