



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,
Volumen 9, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

**SÍNDROME DE DRESS EN
LA CONSULTA PRIORITARIA DE
UNA INSTITUCIÓN DE PRIMER NIVEL
DE LA CIUDAD DE CALI - COLOMBIA:
REPORTE DE CASO**

**DRESS SYNDROME IN THE PRIOR APPOINTMENT
OF A FIRST - LEVEL INSTITUTION IN THE CITY OF
CALI - COLOMBIA: CASE REPORT**

Jaime Andrés Rivera Córdoba
Universidad Libre Seccional Cali, Colombia

Lina María Vivas Sarmiento
Universidad Libre Seccional Cali, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16960

Síndrome de Dress en la Consulta Prioritaria de una Institución de Primer Nivel de la Ciudad de Cali - Colombia: Reporte de Caso

Jaime Andrés Rivera Córdoba¹

jaimeandres.pscl@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-5412-919X>

Servicio de Consulta Prioritaria
Universidad Libre Seccional Cali
Colombia

Lina María Vivas Sarmiento

Linavivas93@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-7037-7206>

Servicio De Consulta Prioritaria Universidad
Libre Seccional Cali
Colombia

RESUMEN

El síndrome de Dress es una reacción alérgica grave al uso de medicamentos que tiene un periodo de latencia entre 2-8 semanas aproximadamente y tiene una incidencia de 1 caso en 1.000 a 1 caso en 10.000 habitantes. Se describe el caso de una paciente adulta mayor a la que inicialmente se le sospechó dengue cuando acudió a cita por consulta externa y al siguiente día acudió a cita prioritaria para lectura de exámenes, donde se identificaron las lesiones típicas en piel y al examen físico, además de los hallazgos en el hemograma sugestivos y se redireccionó al servicio de urgencias para dejar en observación y continuar manejo. La importancia de este caso radica en un reconocimiento oportuno de una reacción tan inusual a los medicamentos para no confundirla con patologías más comunes y no retrasar su manejo, además de lo valioso que es estar relacionado con el tema para no pasarlo por alto como médico general.

Palabras clave: síndrome, alergia, medicamentos, reacción

¹ Autor principal

Correspondencia: jaimeandres.pscl@gmail.com

Dress Syndrome in the Prior Appointment of a First - Level Institution in the City of Cali - Colombia: Case Report

ABSTRACT

Dress syndrome is a severe allergic reaction to medication that has a latency period of approximately 2-8 weeks and an incidence of 1 case in 1,000 to 1 case in 10,000 inhabitants. We describe the case of an elderly patient who was initially suspected of having dengue fever when she attended an outpatient appointment. The following day, she returned to a priority appointment for laboratory tests. Typical skin lesions and a physical examination were identified, along with suggestive blood count findings. She was referred to the emergency department for observation and continued management. The importance of this case lies in the timely recognition of such an unusual reaction to medications so as not to confuse it with more common pathologies and delay management. It is also important to be familiar with the topic so as not to overlook it as a general practitioner.

Keywords: syndrome, allergy, medications, reaction

Artículo recibido 05 febrero 2025

Aceptado para publicación: 28 febrero 2025



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Dress es una reacción idiosincrásica al uso de ciertos medicamentos que está incluida en la triada de reacciones medicamentosas que ponen en peligro la vida junto con el exantema pustuloso generalizado agudo y el síndrome de Stevens Johnson-necrólisis epidérmica tóxica, siendo los medicamentos más implicados en su desarrollo los anticonvulsivantes aromáticos y las sulfonamidas, pero también se ha visto asociado a la utilización de antibióticos, antituberculosos, antihepatitis C, analgésicos y otros. Esta reacción se produce aproximadamente entre 2 y 8 semanas de inicio del medicamento y se caracteriza por una clínica consistente en fiebre mayor de 38 grados, linfadenopatía, erupción cutánea y eosinofilia dentro de las manifestaciones más frecuentes, aunque no siempre aparecen todas. Tiene una incidencia de 1 caso en 1.000 a 1 caso en 10.000 habitantes y su fisiopatología no es del todo claro, estando implicada cierta susceptibilidad genética mediada por el complejo mayor de histocompatibilidad y una menor actividad de la enzima epóxido hidrolasa, la cual se encarga de detoxificar los metabolitos tóxicos de ciertos medicamentos implicados (González-Altamirano, 2024, p.99-104)

Descripción del Caso

En horas de la tarde en el mes de mayo 2024, se presenta a consulta prioritaria paciente de 64 años residente de la ciudad de Cali, con cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en erupción cutánea generalizada acompañado de prurito intenso, fiebre de 38 grados y malestar general. Refirió que el día anterior a la cita había acudido a consulta externa y médico general indicó exámenes de dengue (Igm e Igg) más hemograma y dieron egreso con antihistamínicos (loratadina 10 mg cada 24 horas) vía oral; sin embargo, ante persistencia de prurito consultó al día siguiente. Al examen físico se encontró taquicardia (frecuencia cardíaca en 115 lpm) y fiebre de 38 grados más adenopatías cervicales (una a lado y lado de región anterior) y erupción maculopapulosa generalizada de predominio en cara, cuello y tronco. Adicionalmente, se encontró dolor en hipocondrio derecho a la palpación superficial y profunda.

Al revisar hemograma llamó la atención leucocitosis de 13.460 sin linfocitos atípicos, pero con eosinofilia de 1.003 como se muestra en la tabla 1.



La paciente refirió antecedente de hipertensión arterial en manejo con losartán (50 mg cada 12 horas), osteoporosis (calcio y vitamina d) y tuberculosis en manejo con tetraconjugado (isoniacida, pirazinamida, etambutol y rifampicina) que inició 40 días antes a la consulta.

Teniendo en cuenta esto, se sospechó síndrome de Dress y se redireccionó a urgencias, donde dejaron en observación y administraron metilprednisolona para controlar la sintomatología. Además, tomaron muestras de sangre para evaluar función renal que salió dentro de rangos normales y función hepática evidenciando transaminitis como se muestra en la tabla 1.

La paciente estuvo en observación durante una semana y los síntomas comenzaron a disminuir al cabo de 72 horas de iniciado manejo con esteroides intravenosos. Finalmente se dio egreso con cita en el programa de tuberculosis para cambio de medicamentos y cita con alergología más infectología.

Imagen 1. Erupción maculopapuar miembros inferiores y torax



Imagen 2. Erupción maculopapular abdomen y miembros superiores.



Tabla 1: Exámenes de laboratorio

Exámenes de laboratorio		
Parámetro	Valor referencia	Valor medido
Leucocitos, x 10 ³ cel/ μ l	4.50 - 11.30	13.46
Neutrófilos, x 10 ³ cel/ μ l	2.25 - 8.48	6.13
Eosinofilos, x 10 ³ cel/ μ l	0.09 - 0.45	1.04
Linfocitos, x 10 ³ cel/ μ l	0.90 - 4.52	4.82
Hemoglobina, g/dl	12.30 - 15.30	13.90
Hematocrito, %	35 - 47	42.40
Creatinina, mg/dl	0.51 - 0.95	0.56
Alanino amino transferasa, UI/l	0 - 35	884
Aspartato amino transferasa, UI/l	0 - 35	939
Bilirrubina total, mg/dl	0 - 1.00	3.76

DISCUSIÓN

El abordaje del síndrome de Dress constituye un reto diagnóstico para el clínico, puesto que hace parte de la triada de entidades con reacciones a medicamentos que pueden tener un desenlace fatal como se mencionó anteriormente, razón por la cual hay que tener en cuenta sus características y utilizar escalas

de valoración como la Regiscar para definir si se trata de un caso posible, probable o definitivo, puesto que no diagnosticar y tratar incorrectamente puede ser contraproducente para los pacientes a pesar de la incidencia tan baja en su aparición (Carey-Guzmán, 2023, p. 67-76).

En primer lugar, hay que tener presente que las manifestaciones clínicas del síndrome de Dress pueden confundirse con las del dengue, el cual es una arbovirosis muy común en nuestro medio, pero la eritrodermia no es una manifestación frecuente, al igual que tampoco la eosinofilia ni la leucocitosis, encontrando usualmente en estos pacientes trombopenia y leucopenia marcada. En segundo lugar, en la necrólisis epidérmica tóxica y el síndrome de Stevens Johnson, el inicio de síntomas es entre 1 y 3 semanas desde el uso del fármaco, además que estas dos entidades presentan un mayor compromiso a nivel de mucosas y no existe edema facial, el cual sí puede estar presente en Dress. Por otro lado, en la pustulosis exantemática aguda el inicio es en las primeras 48 horas, lo cual se diferencia considerablemente con las otras entidades mencionadas (Carey-Guzmán, 2023, p. 67-76).

La mortalidad del síndrome de Dress oscila entre 3.7% y 10%, por lo que, si bien no es tan elevada, vale la pena conocer el tema y sus diagnósticos diferenciales para entender la mejor manera de abordarlo y evitar complicaciones asociadas o tratamientos innecesarios.

Adicionalmente, escalas como la Regiscar permiten una correcta clasificación teniendo en cuenta la sintomatología y hallazgos de laboratorio para confirmar o descartar el diagnóstico, ya que las manifestaciones pueden ser variadas, desde las ya descritas en el caso, hasta elevación de transaminasas con hepatomegalia, nefritis intersticial aguda o insuficiencia renal aguda, pericarditis, miocarditis, etc (Del Olmo-Gila, 2014, p. 47-50).

CONCLUSIÓN

El síndrome de DRESS es una de las toxicodermias graves por la reacción adversa a medicamentos, caracterizada por erupción generalizada. Dado que su tiempo en la manifestación de los síntomas es tardía, es muy importante indagar la asociación de medicamentos en los últimos 40 días. Debe tenerse un alto índice de sospecha clínica en poblaciones que estén bajo tratamiento con anticonvulsivantes aromáticos, las sulfonamidas, antibióticos, antituberculosos, antihepatitis C y analgésicos.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- E. Del Olmo-Gila, M. P. Galindo-López, A. Maya-Gutiérrez, N. Maya-Granados, J. A. Barragán-Martínez, G. Alexanderson-Rosasa, J. Camacho-Aguilera y A. González-Chávez. Síndrome de DRESS. Presentación de 2 casos y revisión de la literatura. *Rev Med Hosp Gen Méx* 2014; 77 (1):47-50
- T. Carey-Guzmán Ochoa, S. Escandón-Pérez, M. Shuchleib-Cukiert, M. Pliego-López, F. Galván-Lewitt, B. Llaca-Morfín y F. de la Barreda. Síndrome de dress: el gran imitador. Revisión de la literatura. *Dermatología CMQ* 2023; 21(1):67-76.
- D. González-Altamirano, B. De la Cruz-Villalpando, O. Muñoz-Hernández, C. Cortés-Rodríguez. Síndrome de DRESS: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Salud Jalisco*. 2024; 11(2):99-104.
- P. Cacoub, P. Musette, V. Descamps, O. Meyer, C. Speirs, L. Finzi, et al. The DRESS syndrome: a literature review. *Am J Med* 2011;124(7):588-597.
- DC. Quintero-Martínez, RA. Flores-Arizmendi, L. Torres-Rodríguez. Síndrome de DRESS asociado con carbamazepina. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2015;72(2):118-123.
- J. Muciño-Bermejo, M. Díaz de León-Ponce, CG. Briones-Vega, A. Guerrero-Hernández, O. Sandoval-Ayala, A Sáenz-Coronado, et al. Síndrome de DRESS. Reporte de un caso clínico *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2013;51(3):330-335. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745489018>
- J. Natkunarajah, S. Goolamali, E. Craythorne, et al. Ten cases of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) treated with pulsed intravenous methylprednisolone. *Eur J Dermatol* 2011;21:385-391.
- K. Gomulka, D. Kuliczowska, M. Cisto, et al. Drug-induced hyper-sensitivity syndrome: a literature review and a case report. *Pneumonol Alergol Pol* 2011;79:52-56.
- A. Dewan, R. Quinonez. Allopurinol-Induced DRESS Syndrome in an Adolescent Patient. *Pediatr Dermatol* 2010;27:270-273.
- A. Jonville-Béra, B. Crickx, L. Aaron, et al. Strontium ranelate-induced DRESS syndrome: first two case reports *Allergy* 2009;64(4):658-659.



- E. Begon, JC. Roujeau. Drug hypersensitivity syndrome: DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms). *Ann Dermatol Venereol*. 2004;131(3):293-297.
- SA. Walsh, D. Creamer. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): a clinical update and review of current thinking. *Clin Exp Dermatol* 2011;36(1):6-11.
- G. Roquin, M. Peres, N. Lerolle, et al. First report of lamotrigine-induced drug rash with eosinophilia and systemic symptoms syndrome with pancreatitis. *Ann Pharmacother* 2010;44:1998-2000.
- K. Aouam, A. Chaabane, A. Toumi, et al. Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) Probably Induced by Ce-fotaxime: a Report of Two Cases *Clin Med Res* 2012;10:32-35.
- Z. Zhao, A. Baldo, J. Rimmer. B-Lactam allergenic determinants: fine structural recognition of a cross-reacting determinant on benzylpenicillin and ceftriaxone. *Clin Exp Allergy* 2002;32:1644-1650.

