

# PRESENTACIÓN ATÍPICA DE SÍNDROME DE DRESS. REPORTE DE CASO.

# RESUMEN:  
CINVEST 086M

Renato Antonio Guzmán <sup>1</sup>, Diego Alejandro Herrera <sup>2</sup>, Luis Antonio Espejo <sup>2</sup>, Nelson Eduardo Moncada <sup>2</sup>,  
Juan Carlos Higuera <sup>2</sup>, Angie Katerin Correa <sup>2</sup>. María Claudia Barrera C <sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Médico Internista, Inmunólogo y Reumatólogo, Director del Instituto de Enfermedades Autoinmunes (IDEARG), Docente de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia, <sup>2</sup> Estudiante de quinto año de medicina Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, <sup>3</sup> Microbióloga, Médico Especialista en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal y Docente Investigación Clínica de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, Colombia, e-mail: [diegoa-herrera@juanncorpas.edu.co](mailto:diegoa-herrera@juanncorpas.edu.co)

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Dress es una toxicodermia grave con eosinofilia desencadenada por mecanismos como defectos en el metabolismo de medicamentos(1).

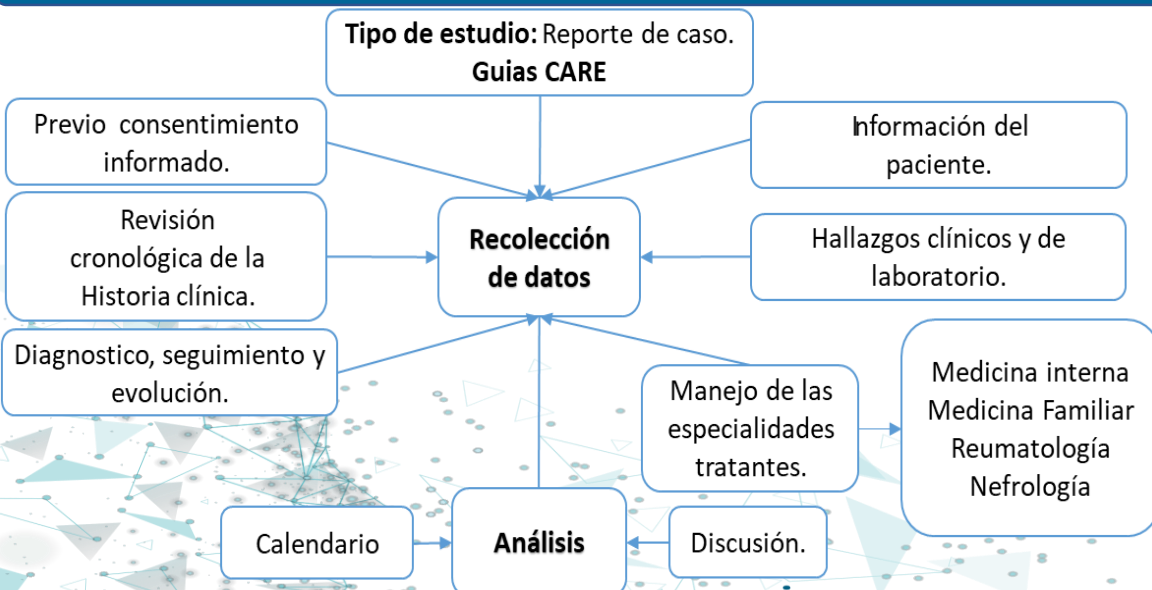
Incidencia 1:10000  
Exposiciones  No se puede establecer un medicamento especial (2).

La presentación puede ser atípica, como este caso, en el que no se cumplen todos los criterios de diagnóstico (3)

## OBJETIVO


Realizar un reporte de caso acerca de la presentación atípica del Síndrome de Dress.

## METODOLOGÍA



## RESULTADOS

MC: "Vomite sangre"

Exámenes de ingreso: Leucocitosis; neutrofilia; eosinofilia, azoemia; proteinuria. 

Dx inicial: Carditis, neumonía del lóbulo inferior izquierdo, falla renal crónica.

Antibiótico terapia: Desarrollo lesiones vesiculares dolorosas (pierna derecha), sospecha IVC.

No edema o lesiones en otra parte del cuerpo: ¿Colagenosis por compromiso renal y cutáneo?

Edad 32 años



Dr. Renato A. Dress

CRITERIOS J-SCAR SX DE DRESS ATIPICO	Posi.	Neg.
Desarrollo de Rash maculopapular >3 semanas luego del inicio del fármaco sospechoso.	x	
Persistencia de los síntomas luego de la discontinuación del fármaco.	x	
Fiebre >38°C.		x
Alteración hepática (ALT >100 U/L) o compromiso de otro órgano.	x	
Anormalidades Leucocitarias (>1): Leucocitosis (>11 x 10 <sup>9</sup> /L) Linfocitosis atípica (>5%) Eosinofilia (>1.5 x 10 <sup>9</sup> /L)	x	
Linfadenopatías		x
Reactivación de herpes virus – 6		x

Valoración integral Especialidades: Descartan origen autoinmune.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico del síndrome de Dress se basa en hallazgos clínicos posteriores a la ingesta de un medicamento y se maneja dependiendo del grado de compromiso orgánico. Pese a que la presentación puede ser atípica, como este caso, en el que no se cumplen todos los criterios de diagnósticos (3), siempre debe considerarse ante una reacción medicamentosa desconocida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ange N, Alley S, Fernando SL, Coyle L, Yun J. Reacción a medicamentos con síndrome de eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) tratados con éxito con mepolizumab. J Allergy Clin Immunol Pract. 2018;6(3):1059–1060.
2. Ocampo-Garza J, Ocampo-Garza SS, Martínez-Villarreal JD, Barbosa-Moreno LE, Guerrero-González GA, Ocampo-Candiani J. Reacción por drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (síndrome de DRESS). estudio retrospectivo de nueve casos. Rev Med Chil. 2015; 143 (5): 577–583.
3. Heymann WR. Se deben abordar los criterios diagnósticos del síndrome DRESS. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2020; 82 (3): 573–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.12.057>