

Imagen en cardiología

Síndrome de Stevens-Johnson y tratamiento con clopidogrel

Stevens-Johnson Syndrome and Treatment With Clopidogrel



Néstor Báez-Ferrer^a, Alejandro Sánchez Grande-Flecha^a y Alberto Domínguez-Rodríguez^{a,b,*}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Sta. Cruz de Tenerife, España

^b Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Canarias, La Orotava, Sta. Cruz de Tenerife, España



Figura 1.



Figura 2.

Varón de 76 años que acudió por infarto agudo de miocardio inferior con criterios de reperfusión emergente. Tras la revascularización percutánea, se inició tratamiento con estatinas, ácido acetilsalicílico y clopidogrel. Ante la buena evolución, se decidió el alta precoz. La noche previa al alta, tras 4 días de ingreso, comenzó con fiebre y malestar general, acompañados de eritema cutáneo generalizado de progresión descendente que afectaba a más del 30% de la superficie corporal. Se observaron máculas eritematosas confluentes en el tronco, máculas eritematosas con centro pseudovesiculoso en las extremidades superiores y con vesícula central en las inferiores, así como signo de Nicholsky positivo y erosiones en zonas de parches y apósitos (figura 1). Se diagnosticó síndrome de Stevens-Johnson con *Severity of Illness Score for Toxic Epidermal Necrolysis* (SCORTEN) de 3 puntos (probabilidad de muerte del 35,3%). Se sospechó del clopidogrel como probable fármaco causal, por lo que se sustituyó la doble antiagregación por ticagrelor, con lo cual mejoró significativamente el eritema, con descamación descendente progresiva, sin más picos febriles a partir del segundo día del cambio farmacológico (figura 2). Finalmente, estable desde el punto de vista cardiovascular, se procedió al alta para posterior control ambulatorio.

Este caso muestra que, ante el deterioro del estado general con fiebre seguido de eritema cutáneo generalizado en un paciente con inicio reciente de clopidogrel, especialmente en el último mes, se debe considerar el síndrome de Stevens-Johnson como posibilidad diagnóstica y no se debe obviar el periodo latente que puede haber hasta la manifestación clínica, y hay que suspender el fármaco, dada la letalidad potencial de esa entidad en el primer mes.

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: adrvdg@hotmail.com (A. Domínguez-Rodríguez).
On-line el 8 de julio de 2018

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en