

**10 º FORÚM DE EXTENSÃO E CULTURA DA UEM**  
**SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: RELATO DE CASO**

Dérica Sayuri Harada<sup>1</sup>  
Letícia Maria Gozzi Camillo<sup>1</sup>  
Fernanda Ferrari<sup>1</sup>  
Cássio Rafael Moreira<sup>1</sup>  
Paula Nishiyama<sup>2</sup>

A síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é caracterizada por reações mucocutâneas potencialmente fatais, resultantes de hipersensibilidade a diversos fatores. Entre esses, os fármacos são os maiores desencadeadores da síndrome, sendo os mais comuns as sulfonamidas e penicilinas. A mucosa oral, lábios e conjuntiva são as principais regiões acometidas, com presença de envolvimento ocular em 39% a 61% dos pacientes. A SSJ evolui com um processo eruptivo bolhoso agudo, cuja ruptura das bolhas resulta na formação de pseudomembrana nas lesões, seguidos por incrustações e fissuras sangrantes. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso de J.A.P, masculino, 73 anos de idade, que desenvolveu a síndrome de Stevens- Johnson, discutir os principais fatores desencadeantes e as manifestações clínicas. J.A.P. foi admitido em um hospital universitário localizado na região noroeste do estado do Paraná, com queixa de tosse produtiva, lesões em face, conjuntiva, lábios, tórax e abdome. Paciente fez uso de Benzetacil®, ampicilina e oxacilina antes do internamento e apresentou reação adversa aos medicamentos - diagnosticada como SSJ. Mesmo com as medidas de suporte necessárias, suspensão dos medicamentos desencadeantes e tentativa inicial de reverter a síndrome com a utilização de altas doses de corticóide, o paciente evoluiu para óbito devido a septicemia. É indispensável que os profissionais de saúde estejam atentos às manifestações iniciais desta patologia, de modo a diagnosticar precocemente a síndrome, solicitar a troca ou interrupção da droga suspeita e realizar as medidas de suporte adequadas, para a redução da morbimortalidade.

**Palavras-chave:** Síndrome de Stevens-Johnson. Penicilinas. Reação adversa a medicamentos.

**Área temática:** Saúde

**Coordenador (a) do projeto:** Paula Nishiyama, [pnishiyama@uem.br](mailto:pnishiyama@uem.br), Departamento de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Estadual de Maringá.

### **Introdução**

A síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é caracterizada por reações mucocutâneas potencialmente fatais resultantes de hipersensibilidade a fatores precipitantes diversos, como infecções por vírus, fungos, bactérias, enfermidades do tecido conjuntivo, neoplasias malignas, vacinas e múltiplos medicamentos (ROUJEAU; STERN, 1994; COCKEY et al., 1996, FALCÃO et al., 2008). Aproximadamente

---

<sup>1</sup> Acadêmico do curso de Medicina, Departamento de Medicina, Universidade Estadual de Maringá.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva, Departamento de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Estadual de Maringá.

metade dos casos não possuem etiologia definida, no entanto, os fármacos mais comumente relatados são as sulfonamidas e penicilinas e o agente infeccioso mais relacionado é o vírus herpes simples (BACHOT; ROUJEAU, 2003; FORMAN; KOREN; SHEAR, 2002; GOMEZ-CRIADO et al., 2004). A SSJ está mais frequentemente associada ao uso fármacos e as neoplasias nos adultos. Em crianças a síndrome está mais comumente relacionada com as infecções; metade dos pacientes com relato de SSJ tem recente infecção do trato respiratório superior (BULISANI et al, 2006).

A mucosa oral, lábios e conjuntiva são as principais regiões acometidas. A patogênese é provavelmente oriunda de uma desordem imunológica, com o envolvimento de vasos superficiais, resultando em um processo patológico.

O envolvimento ocular pode estar presente em 39% a 61% dos casos, apresentando complicações que incluem úlcera de córnea, uveíte anterior, panoftalmite. Também não são raras as aderências gastrintestinais, incontinência urinária, estenose vaginal, necrose tubular renal, insuficiência renal, ulcerações de pele com re-infecção e cicatrizes não estéticas (FORMAN; KOREN; SHEAR, 2002).

O eritema cutâneo pode começar como máculas que se tornam pápulas, vesículas, bolhas, placas de urticária ou eritema confluyente. O centro dessas lesões pode ser vesicular, purpúrico, ou necrótico (BULISANI et al, 2006).

Segundo Dahl e colaboradores (1990), a síndrome evolui com um processo eruptivo bolhoso agudo, cuja ruptura das bolhas resulta na formação de pseudomembrana nas lesões, seguidos por incrustações e fissuras sangrantes. Vesículas intactas são raramente visualizadas, pois rapidamente se rompem, formando ulcerações e tornando a abertura de boca e alimentação extremamente dolorosas.

Pode estar presente no exame físico: febre, hipotensão postural, taquicardia, alteração nível de consciência, ulceração de córnea, vulvovaginite/balanite, epistaxe e coma (AUQUIER-DUNANT et al., 2002).

## **Materiais e Métodos**

O presente relato de caso foi desenvolvido a partir de uma notificação recebida pelo Projeto Hospital Sentinela no ano de 2011, investigada e analisada por acadêmicos participantes do projeto de extensão “Centro de Vigilância de Eventos Adversos” da Universidade Estadual de Maringá.

### **Relato de caso**

Paciente J.A.P., 73 anos de idade, masculino, negro, natural de um município localizado a 60 Km de um hospital universitário localizado na região noroeste do Paraná, foi admitido com queixa de tosse produtiva, lesões em face, conjuntiva, lábios, tórax e abdome e com presença de mucosite sangrante. Ao exame físico foi detectado taquicardia (117 bpm), hipertensão arterial (140mmHg X 90mmHg), hiperemia e secreção purulenta conjuntival e em orofaringe, com presença de feridas em palato, língua, mucosas, tórax, dorso, abdome e membros.

Paciente relatou uso de Benzetacil<sup>®</sup> no dia 24/07/2011 no hospital da cidade de origem por apresentar rinorréia, irritação e secreção purulenta em ambos os olhos. Sem melhoras, retornou ao hospital nesse mesmo dia, sendo prescrito ampicilina, oxacilina e aciclovir. Após dois dias de internação paciente teve alta hospitalar.

No dia 27/07/2011 paciente apresentou erupções cutâneas em boca e em olhos, sendo diagnosticada Síndrome de Stevens-Johnson, durante consulta dermatológica realizada em outro município. Foi prescrito, neste momento, prednisona 20mg

(60mg/dia durante os primeiros três dias), bochecho com tetraciclina e suspensão dos medicamentos prescritos no hospital da cidade de origem.

Dois dias após o diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson, o paciente foi internado na UTI do hospital universitário com as queixas já descritas anteriormente. No segundo dia de internação, paciente permaneceu com o quadro estável, seguido de uma melhora do estado geral no dia seguinte, apesar do aparecimento de novas lesões em palato e língua, com secreção em grande quantidade. Nesse mesmo dia, foi transferido para o setor de Clínica Médica deste hospital.

No dia 01/08/2011 ao exame físico, paciente apresentou algia nas feridas em dorso, lábios e cavidade oral, com algumas sangrantes. Além disso, foi observado edema em face, e esclerótica e conjuntiva hiperemiadas. Durante os três dias seguintes, manteve o mesmo quadro.

No sétimo dia de internação paciente referiu prurido pelo ressecamento de certas lesões e secreção purulenta em região genital. Durante o oitavo dia foram descritas lesões cutâneas difusas descamativas em tórax, abdome e dorso, crostosas e sangrantes em lábios e boca, e sangrantes em bolsa escrotal, além de olhos com secreção purulenta. No nono dia de internamento paciente obteve melhora, mas ainda havia persistência do sangramento em lábios.

No dia 07/08/2011 paciente relatou falta de ar e incomodo em bolsa escrotal durante movimentação. O quadro evoluiu com descamação das feridas em cicatrização e melhora das labiais, no próximo dia.

No décimo segundo dia de internamento o paciente apresentou broncoespasmo importante, com secreção escura e sibilos difusos, tiragem respiratória, com consequente transferência para a UTI. Evoluiu até o dia 29/08/2011 com queda progressiva do quadro clínico, diagnóstico de septicemia, e apresentação de edema, hipertensão, hipotermia persistente, secreção traqueal espessa, amarelada e serosanguinolenta, lesões em região sacral com tecido necrosado e febre.

No dia 30/08/2011, décimo oitavo dia, houve piora do quadro séptico evoluindo para parada cardio-respiratória. Foi realizado ressuscitação cardio-pulmonar por 30 minutos sem estabilização, com consequente fibrilação atrial, e desfibrilação, sem resposta, levando ao óbito do paciente.

## **Discussão de Resultados**

As manifestações clínicas detectadas ao exame físico na admissão foram lesões em face, conjuntiva, mucosas - mucosite sangrante - lábios, tórax, abdome e taquicardia, apresentações comuns na Síndrome de Stevens-Johnson. O início dos sintomas deu-se três dias após a utilização de Benzetacil® e um dia após uso de ampicilina e oxacilina, antimicrobianos do grupo das penicilinas. O diagnóstico foi estabelecido em uma consulta dermatológica, devido às características típicas da lesão, juntamente com a história clínica. Assim, foi suspenso o uso de penicilinas e prescrito prednisona em alta dose (60mg/ dia), na tentativa de reverter a SSJ. As condutas tomadas pela equipe médica foram corretas, entretanto, devido à idade do paciente e a presença de comorbidades, como diabetes e hipertensão, o caso evoluiu de forma desfavorável.

Além disso, o quadro pneumônico contribuiu para o broncoespasmo importante que o paciente apresentou durante os dois últimos dias de internamento, com consequente piora do quadro e reinternação na UTI. A presença de infecção das vias aéreas preexistente, juntamente com lesões mucocutâneas - resultantes da reação de hipersensibilidade a penicilina – contribuíram para o quadro séptico.

Desse modo, mesmo com a suspensão precoce da medicação (ampicilina e oxacilina), utilização de corticosteroides inicialmente em altas doses e todas as medidas de suporte corretamente realizadas, o paciente evoluiu para óbito.

O presente estudo corrobora com os achados de Franca e colaboradores (2009), no qual foram avaliados 22 pacientes com síndrome de Stevens-Johnson. Dentre esses, 20 pacientes (90,9%) desenvolveram a doença devido ao uso de medicamento. Neste mesmo grupo estudado, foram identificados 21 pacientes com complicações oculares. Assim também, como no caso relatado por Reis e colaboradores (2005) o paciente, de forma semelhante ao presente estudo, apresentou as primeiras reações precocemente à administração farmacológica, além de acometimento ocular com hiperemia conjuntival severa, quemose, presença de pseudomembranas conjuntivais e simbléfaros em formação.

## **Conclusões**

A Síndrome de Stevens-Johnson é uma forma de manifestação patológica relacionada a diversos fatores, tais como infecções virais ou bacterianas e, principalmente, a administração de medicamentos. Embora tenha ocorrência rara, apresenta implicações graves que podem colocar em risco a vida do paciente. Sendo assim, é importante realizar atividades de ação educativa aos profissionais de saúde, para que estejam atentos às manifestações iniciais desta patologia, de modo a diagnosticar precocemente a síndrome, solicitar a troca ou interrupção da droga suspeita e realizar as medidas de suporte adequadas, para a redução da morbimortalidade causada por esta síndrome.

## **Referências**

AUQUIER-DUNANT, A., et al. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiforme marjur, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis: results of an international prospective study. **Archive Dermatology**, v. 138, p. 1019-1024, 2002.

BACHOT, N.; ROUJEAU, J. C. Differential diagnosis of severe cutaneous drug eruptions. **American Journal of Clinical Dermatology**, v. 4, p. 561-572, 2003.

BULISANI, A. C. P., et al. Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica em medicina intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, p. 292-297, 2006.

COCKEY, G. H., et al. Stevens Johnson syndrome resulting from whole-brain radiation and phenytoin. **American Journal Clinical Oncology**, v. 19, p.32-34, 1996.

DAHL, M. V.; ORKIN, M.; MAIBACH, H.I. Reactive erythemas. **Dermatology. Norwalk (CT): Appleton & Lange**, p. 422-436, 1990.

FALCÃO, P. G. C.B., et al. Síndrome de Stevens-Johnson associada ao uso de antimicrobiano. **RGO**, v. 56, p. 337-340, 2008.

FORMAN, R.; KOREN, G.; SHEAR, N. H. Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children: a review of 10 years' experience. **Drug Safety**, v. 25, p. 965-972, 2002.

FRANCA, M. D., et al. Estudo dos achados oculares na síndrome de Stevens-Johnson em pacientes de centro de referência de atendimento terciário. **Net**, São Paulo, maio.2009. Seção Informativo. Disponível em: <<http://www.apos.org.br/?p=317>>. Acesso em: 12 julho 2012.

GOMEZ-CRIADO M.S, et al. Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis and phenytoin. Factors linked to a higher risk. **Revue Neurologique**, v.15, p.1056-1060, 2004.

REIS, P.A. B., et al. Lesão cutâneo-mucosas provocadas por Dipirona. **Revista Médica Ana Costa**, Santos-SP, jan./mar. 2005. Seção números anteriores. Disponível em : <[http://www.revistamedicaanacosta.com.br/10\(1\)/artigo\\_6.htm](http://www.revistamedicaanacosta.com.br/10(1)/artigo_6.htm)>. Acesso em: 12 julho 2012.

ROUJEAU, J. C.; STERN, R. S. Severe adverse cutaneous reactions to drugs. **New England Journal of Medicine**, v. 331, p. 1272-1285,1994.