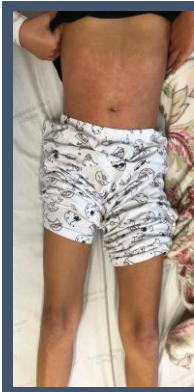


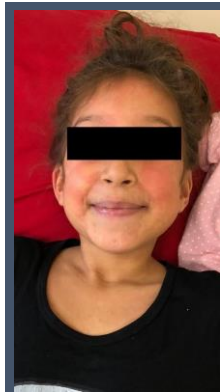
SÍNDROME DRESS INDUZIDA POR CARBAMAZEPINA – RELATO DE CASO



Rash maculopapular em face, tronco e membros, antes do tratamento.
FONTE: arquivo pessoal, 2020.



Rash em remissão após tratamento com corticoide endovenoso.
FONTE: arquivo pessoal, 2020.



Rash em face, em melhora, após iniciar tratamento.
FONTE: arquivo pessoal, 2020.

INTRODUÇÃO

A síndrome DRESS (Drug rash with eosinophilia and systemic symptoms) é uma reação a fármacos caracterizada por lesão cutânea, alterações hematológicas e linfadenomegalia, podendo acometer também rins, fígado e pulmões³. Vem ganhando maior relevância devido alta taxa de mortalidade (10 a 20%)^{4,5}. Estima-se incidência de 1:1000 a 1:10000 expostos e é mais comum em adultos e negros^{1,2}.

DESCRIÇÃO DO CASO

R. P. de A., feminino, 8 anos, com epilepsia focal em uso de carbamazepina. Iniciou com febre intermitente, linfadenomegalia, dor abdominal e vômitos. Em 22/05/2019 procurou o pronto socorro e foi internada para investigação. Dois dias após, apresentou rash maculopapular em face, tronco e dorso. Exames laboratoriais demonstraram elevação de enzimas hepáticas, hemograma sem eosinofilia e função renal preservada. Tomografia de abdome total evidenciou hepatoesplenomegalia e aumento de linfonodos retroperitoneais. Sorologias para HIV, Epstein Baar, toxoplasmose, citomegalovírus, hepatites virais não foram reagentes. Suspeitou-se de síndrome DRESS e foi iniciado hidrocortisona endovenosa e solicitado biópsia da lesão. O anatomopatológico foi compatível com a suspeita: “epiderme com alterações vacuolares focais da camada basal e mínimos focos de espongiose. Na derme, infiltrado linfocitário de localização perivascular, predominantemente linfocitário, mas contendo alguns eosinófilos”. Recebeu alta hospitalar após 10 dias de internação com melhora do quadro clínico. Manteve seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO

Síndrome DRESS pode ser suspeitada em pacientes com rash, linfadenomegalia, febre e envolvimento hepático. Porém, os mesmo sintomas estão presentes em outros diagnósticos diferenciais. Portanto, considerando a alta taxa de mortalidade, deve ser prontamente suspeitada em pacientes com história e clínica sugestivas, e o tratamento precocemente instituído.

CONCLUSÃO

Pouco se sabe sobre a distribuição da doença em crianças e sobre o melhor esquema terapêutico a ser adotado. Além disso, considerando a quantidade de medicamentos potencialmente indutores, medidas de informação tornam-se necessárias, para evitar diagnósticos tardios, tratamentos inadequados e desfechos desfavoráveis.

AUTORES:

EVELLYN SILVERIO MILOCA RODRIGUES¹; CAMILA SOARES DUARTE¹; GABRIELA FIGUEIREDO PANÇAN¹; CAMILA BORBA DA SILVA¹; JULIA TEUBER FURTADO¹; FERNANDA EMY INUMARU¹; RENAN LUIZ TREML¹; SIMONE MULLER²; THAYANE AUGUSTO DAMÁSIO³.

¹ MÉDICOS RESIDENTES EM PEDIATRIA DO HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA JOINVILLE-SC

² MÉDICA PEDIATRA COM ESPECIALIZAÇÃO EM DERMATOLOGIA INFANTIL - JOINVILLE-SC

³ MÉDICA INTENSIVISTA PEDIÁTRICA - JOINVILLE-SC

AUTOR CORRESPONDENTE: EVELLYN S. M. RODRIGUES (evellyn.sb@live.com)