

Este reporte espontáneo se recibió de la literatura: Mendieta AD, Simón MD, Pastor L, Sánchez F. Diagnóstico desafiante. *Pediatría de Panamá* *Pediatr.* 54(1), 2025; 78-79. Este reporte se refería a una paciente de 4 años. (ID de caso local n.º 005690486).

El objetivo fue presentar un caso clínico de una niña de 4 años que desarrolló fiebre y exantema de inicio agudo, junto con compromiso mucocutáneo, y evaluar el desafío diagnóstico en la identificación del síndrome de Stevens-Johnson (SSJ)/necrólisis epidérmica tóxica (NET).

No se reportaron la altura ni el peso de la paciente. Sus antecedentes médicos incluían tos y rinorrea.

La paciente recibió paracetamol (formulación desconocida, vía de administración del paciente y número de lote no se reportaron, dosis, frecuencia ni fechas de terapia) para la fiebre. No se reportaron medicamentos concomitantes.

Se reportó que una paciente de 4 años sin antecedentes de interés presentó una erupción cutánea aguda de 24 horas de duración. Presentó fiebre de 38.5 grados centígrados, tos y rinorrea en los días previos. Había tomado paracetamol para la fiebre y niega otros medicamentos. Los signos vitales son normales. El examen físico (Figura 1-2) muestra un exantema generalizado con lesiones eritematosas dianiformes con centro violáceo, con signo de Nikolsky positivo. Erosiones y úlceras junto con afectación grave de la mucosa ocular (con conjuntivitis purulenta), la mucosa oral (labio seco y costroso, mucosa yugal y lengua con múltiples úlceras aftosas) y la mucosa vulvar. También presentó lesiones descamadas en el pabellón auricular. Inicialmente, la analítica sanguínea mostró una leucocitosis de 34.000 con 89,2% de neutrófilos y reactantes de fase aguda elevados con PCR de 5 mg/dl. Radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral sin evidencia de condensación ni aire ectópico. Se realizó serología, hemocultivo, Mantoux. La paciente ingresó con fluidoterapia intravenosa y analgesia (paracetamol y metamizol) y se contactó con el servicio de dermatología para realizar una biopsia con punch de inmunofluorescencia directa. Veinticuatro horas después del ingreso, la serología fue positiva para *Mycoplasma pneumoniae* ( $\geq 1/128$ ). Presentó empeoramiento clínico y analítico y dificultad en el control del dolor, por lo que se decidió contactar con la UCI, que aceptó el traslado. Síndrome de Stevens-Johnson/Necrólisis epidérmica tóxica El síndrome de Stevens-Johnson es una patología que se caracteriza por extensas áreas de necrosis y desprendimiento epidérmico con afectación de mucosas en > 90% de los pacientes. Tiene una incidencia de 0,6 casos por millón de habitantes al año y la mortalidad puede alcanzar hasta el 30%. Se produce por una reacción de interacción del HLA y su unión al receptor de células T, lo que resulta en la activación de linfocitos T CD8+ específicos (generalmente contra el fármaco) que producen la liberación de proteínas citotóxicas que interactúan contra los queratinocitos. Dependiendo de la superficie epidérmica afectada, se denomina Síndrome de Stevens-Johnson (< 10%) o Necrólisis epidérmica tóxica (> 30%). La etiología suele estar relacionada con fármacos (alopurlinol, lamotrigina, carbamazepina, sulfonamida, fenobarbital) o infecciosa (especialmente *Mycoplasma pneumoniae*). No hay consenso sobre criterios diagnósticos universalmente aceptados, pero generalmente se cumple: - Historia sugestiva de exposición a fármacos (entre 1-4 semanas, reexposición 48 h). Pródromos de enfermedad febril o resfriado. -Erupción cutánea dolorosa que progresa rápidamente. Máculas eritematosas, lesiones en diana o eritema difuso que progresa a vesículas y manchas. Prueba de Nikolsky positiva. Mucositis oral, ocular y/o genital con erosiones mucosas dolorosas. Necrosis y

desprendimiento de la epidermis (grado variable). El tratamiento agudo es de soporte, con control hidroelectrolítico, curación de úlceras y posibles infecciones, y manejo del dolor. Como tratamiento sistémico adyuvante, se pueden asociar otros tratamientos, aunque con evidencia limitada: corticosteroides, inmunoglobulina o inmunomoduladores como ciclosporina o anti-TNF alfa (en estudio). Las principales complicaciones a largo plazo son cutáneas, orales, oculares y de la mucosa visceral, y psicológicas.

En una fecha no especificada, el paciente experimentó erupción eritematosa generalizada, lesiones en forma de diana, erosiones y úlceras, mucosa oral y mucosa vulvar *Mycoplasma pneumoniae*, síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica (superposición SSJ-NET) y fue hospitalizado (fecha no especificada).

En una fecha no especificada, los datos de laboratorio incluyeron: Temperatura corporal (NR: no proporcionada) 38,5 grados Celsius y Prueba serológica (NR: no proporcionada) (unidades no especificadas) (-) y Prueba serológica (NR: no proporcionada) (unidades no especificadas) (positiva para *Mycoplasma pneumoniae* ( $\geq 1/128$ )). y Prueba de laboratorio (NR: no proporcionada) (unidades no especificadas) (normal) y Cultivo de sangre (NR: no proporcionado) (unidades no especificadas) (-) y Prueba de laboratorio (NR: no proporcionado) (unidades no especificadas) (-) y Exploración física (NR: no proporcionado) (unidades no especificadas) (generalizado Exantema con lesiones eritematosas dianiformes con centro violáceo, con signo de Nikolsky positivo. Leucocitosis (NR: no proporcionada) (unidades no especificadas) (34.000). Recuento de neutrófilos (NR: no proporcionado) 89,2 %. Proteína C reactiva (NR: no proporcionada) 5 mg/dl. Radiografía de tórax (NR: no proporcionada) (unidades no especificadas) (infiltrado intersticial bilateral sin evidencia de condensación ni aire ectópico). En una fecha no especificada, los medicamentos de tratamiento incluyeron paracetamol, metamizol y fluidoterapia. No se informó sobre las medidas tomadas con paracetamol. No se informó sobre el desenlace de la erupción eritematosa generalizada, lesiones en diana, erosiones y úlceras en la mucosa oral y vulvar, *Mycoplasma pneumoniae* y síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica (superposición SSJ-NET). El caso concluido refuerza la importancia de considerar el SSJ-NET en el diagnóstico diferencial del exantema febril en niños e iniciar un tratamiento temprano para prevenir complicaciones. El informe fue grave (hospitalizado, con importancia médica). Información adicional obtenida de la literatura: Mendieta AD, Simón MD, Pastor L, Sánchez. Diagnóstico desafiante. *Pediatric of Panamá Pediatric*. 54(1), 2025; 78-79, 27 de mayo de 2025. La siguiente información se actualizó e incorporó al caso: país para el reportero de contacto actualizado, evento erupción eritematosa generalizada, lesiones en forma de diana, erosiones y úlceras, mucosa oral y mucosa vulvar *Mycoplasma pneumoniae*, se agregó síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica (superposición SSJ-NET), eventos informados previamente lesiones descamadas en la aurícula (descamación de la piel), leucocitosis de 34,000, crp de 5 mg/dl (proteína C reactiva aumentada), signo de Nikolsky positivo (signo de Nikolsky positivo), positivo para *Mycoplasma pneumoniae* mayor que igual a 1/128 (prueba de *Mycoplasma pneumoniae* positiva), erosiones (erosión de la piel), úlcera (úlceras de la piel), erupción cutánea aguda, lesiones dianiformes eritematosas con centro violáceo (lesión de la piel), máculas eritematosas/eritema difuso progresivo (eritema), seco y costroso Se extirpó el labio, la mucosa yugal y la lengua con múltiples úlceras aftosas (úlceras aftosas orales), conjuntivitis purulenta, labio seco y costroso (labio seco), mucosa vulvar (trastorno de la vulva) y se actualizó la narrativa.

