

Policlínico Docente "Mario Muñoz Monroy"  
Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer"

## Complicaciones oftalmológicas tardías del Síndrome de Stevens-Johnson. Presentación de caso

### Late ophthalmologic complications of Stevens-Johnson syndrome. Case presentation

Yey Fano Machín<sup>I</sup>, Pedro Luis Pacheco Ledesma<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Especialista Primer Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Instructora. Policlínico Docente "Mario Muñoz Monroy". e.mail: yey@infomed.sld.cu

<sup>II</sup> Especialista Primer Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Instructor. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer".

---

#### RESUMEN

**Introducción** : las enfermedades mucosinequiantes afectan piel y mucosas con lesiones vesículo-ampollar generalmente bilaterales y autoinmunes, distorsionan la anatomía de la conjuntiva, párpados y vías lagrimales, y conducen a queratoconjuntivitis seca. El Síndrome de Stevens-Johnson se considera una de ellas.

**Objetivo**: presentar una opción de tratamiento en las complicaciones oftalmológicas tardías de las enfermedades mucosinequiantes.

**Presentación del caso**: paciente masculino de 45 años que refiere lagrimeo y sensación de cuerpo extraño en ambos ojos con diagnóstico de complicaciones oftalmológicas tardías del Síndrome de Stevens-Johnson: Triquiasis, distiquiasis, blefaritis, vascularización corneal, leucoma corneal y queratoconjuntivitis seca. Se realizó exéresis de la lamela posterior del párpado superior e inferior de ambos ojos y se colocó injerto de mucosa bucal en ojo derecho (OD) y de membrana amniótica en ojo izquierdo (OI) como tratamiento quirúrgico. Se indicó tratamiento médico con lágrimas artificiales y ungüento oftálmico; se logró una evolución satisfactoria del paciente.

**Conclusión**: el transplante de mucosa labial y membrana amniótica son opciones en el tratamiento de las complicaciones de las enfermedades mucosinequiantes

donde existe gran deterioro de la conjuntiva, ya que por ser bilateral no es posible utilizar injertos autólogos.

**Palabras clave:** Eritema multiforme, Síndrome de Stevens-Johnson, complicaciones oftalmológicas, tratamiento, membrana amniótica, injerto autólogo.

---

## ABSTRACT

**Introduction :** the mucosinequants illnesses affect skin and mucous with vesicles-ampullary lesions, they are generally bilateral and autoimmune, distorts the anatomy of the conjunctive, eyelids and lachrymal drainage structures and they lead to sicca keratoconjunctivitis; Stevens-Johnson syndrome is considered one of them.

**Objective:** to present a treatment option in a late ophthalmologic complication of the mucosinequants illnesses.

**Case Presentation:** a male of 45 years-old that refers tears and sensation of strange body in both eyes with diagnosis of late ophthalmologic complications Stevens - Johnson syndrome: Trichiasis, distichiasis, blepharitis, corneal vascularization, corneal opacity and sicca keratoconjunctivitis. Resection of a posterior plate of the up and down eyelids was carried out in both eyes and the implant of buccal mucous was placed in right eye (RE) and the implant of amniotic membrane in left eye (LE) as surgical treatment. Medical treatment was prescribed with artificial tears and ophthalmic ointment. The patient's achieved a satisfactory evolution.

**Conclusion:** the transplant of buccal mucous and of amniotic membrane are options in the treatment of the complications of the mucosinequants illnesses. These illnesses bear great conjunctive deterioration and are bilateral. For this reason they are not possible to use autologous implants as treatment.

**Key Words:** Erythematic multiform major, Stevens-Johnson Syndrome, complications, treatment, amniotic membrane, autologous implant.

---

## INTRODUCCIÓN

La conjuntiva se ve afectada por una amplia variedad de enfermedades que cursan con inflamación y tiene como principal complicación la cicatrización conjuntival.<sup>1</sup> Se denominan enfermedades mucosinequantes a aquellas que afectan piel y mucosas con lesiones vesículo-ampollar, generalmente son bilaterales y de etiología autoinmune; se caracterizan por distorsionar la anatomía de la conjuntiva, párpados y vías lagrimales, y universalmente conducen a queratoconjunctivitis seca. El Eritema multiforme se considera una enfermedad mucosinequante, caracterizado por lesiones de diversa morfología, en la cual están severamente dañadas, al menos, dos membranas mucosas y la piel.<sup>2,3</sup> El Eritema multiforme fue descrito por primera vez por Hebra, en 1866, como una condición relativamente benigna. En 1922, Steven y Johnson describen las manifestaciones oftalmológicas y Thomas, en 1950, dividió los términos en Eritema multiforme menor y Eritema multiforme mayor. En 1956, Lyell describió una nueva condición y la denominó necrolisis

---

epidérmica tóxica. El Eritema multiforme puede ser clasificado en tres situaciones clínicas, como: Eritema multiforme menor (EMm); Eritema multiforme mayor (EMM) o Síndrome de Stevens-Johnson (SJS) y Necrolisis epidérmica tóxica (TEN) o Enfermedad de Lyell.<sup>4</sup> El Síndrome de Stevens-Johnson también se conoce como Ectodermosis Erosiva, *Plurioficialis*, *erythema multiforme exudatorum*, *erythema bullosum malignus*.<sup>5</sup>

Se estima una incidencia entre 1-6 casos por millón de habitantes,<sup>4</sup> a pesar de la baja ocurrencia tiene un gran impacto social y económico, por ser una patología crónica que puede conducir a la ceguera, debido al daño que origina en la superficie ocular.

## OBJETIVO

Presentar una opción de tratamiento en las complicaciones de las enfermedades mucosinequiantes.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años, de piel blanca, con antecedentes patológicos familiares negativos y personales de Síndrome de Stevens-Johnson hace 40 años. El Eritema multiforme fue desencadenado por una neumonía para la que recibió tratamiento con penicilina. Ha cumplido múltiples tratamientos oftalmológicos con antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos, lágrimas artificiales y ungüentos oftálmicos, sin presentar mejoría definitiva. Acude a consulta por presentar lagrimeo y fotofobia.

El examen oftalmológico evidencia: agudeza visual 0,3 con sus cristales, inyección cilioconjuntival moderada en ambos ojos, cicatrización conjuntival en bandas que afecta conjuntiva tarsal de ambos párpados superiores y fondo de saco inferior, pestañas que se originan en el orificio de las glándulas de Meibomio de párpados superior e inferior y contactan con el sector inferior de la córnea, bordes palpebrales edematosos y enrojecidos con costras en los bordes libres, pestañas con origen normal que se dirigen en forma inversa y contactan con la córnea.

Córnea muy vascularizada con grandes vasos que llegan a estroma, leucoma corneal inferior en ambos ojos. Se realizó la prueba de Shirmer I y tiempo de ruptura de la película lagrimal (BUT) y obtuvimos como resultados 7 mm y 5 segundos respectivamente en ambos ojos.

Se plantea como problema diagnóstico las complicaciones oftalmológicas del Síndrome de Stevens-Johnson: Triquiasis, distiquiasis, blefaritis, vascularización corneal, leucoma corneal y queratoconjuntivitis seca.

Se indicó tratamiento para la blefaritis con lavados frecuentes de agua hervida tibia para retirar mecánicamente las costras del borde libre palpebral y aplicar ungüento oftálmico 3 veces al día y antes de dormir. Posteriormente, se le explicó al paciente el proceder quirúrgico y se obtuvo su consentimiento informado.

Se realizó la corrección quirúrgica de la distiquiasis. Ojo derecho: se realizó la exéresis de la lamela posterior del párpado superior e inferior en toda su extensión

y se colocó injerto de mucosa bucal, extraída del labio inferior. No se presentaron complicaciones transoperatorias ni postoperatorias. Ojo izquierdo: se realizó la exéresis de la lamela posterior del párpado superior e inferior en toda su extensión y se colocó injerto de membrana amniótica.

No se presentaron complicaciones transoperatorias ni postoperatorias. En la evolución posterior, no se encontraron alteraciones y se indicó tratamiento para la queratoconjuntivitis seca con lágrimas artificiales 1 gota cada 6 horas y ungüento oftálmico. Seguimiento trimestral, donde se constata no progresión del daño corneal.

## DISCUSIÓN

El Síndrome de Stevens-Johnson, descrito hace más de 100 años, es un trastorno inflamatorio mucocutáneo, vesículo-ampollar, episódico y autolimitado.<sup>4</sup> Se presenta en niños y jóvenes sanos, con mayor frecuencia en el sexo masculino; en mayores de 35 años es raro. Como factores causales se describen las reacciones de hipersensibilidad a fármacos e infecciones por micoplasma *Pneumoneae* y virus del herpes simple, la etiología se confirma solo en 50 % de los casos.<sup>6-8</sup>

La lesión básica es una vasculitis que afecta a piel y conjuntiva; se cree relacionada con la inmunidad por inmunocomplejos, la inmunidad mediada por células o ambas. El cuadro clínico se presenta como un episodio agudo que puede durar hasta 6 semanas.

Las manifestaciones sistémicas pueden prolongarse hasta 14 días. Las manifestaciones oculares muestran afectación de la conjuntiva en 90% de los casos. Se presenta conjuntivitis difusa y bilateral, puede ser catarral, mucopurulenta, hemorrágica o membranosa, ampollas conjuntivales y lesiones ulcerativas que produce áreas de isquemia roja focales, membranas y pseudomembranas conjuntivales, que al descamarse dejan unas placas fibrosas focales. El dolor, irritación, secreción y fotofobia son síntomas acompañantes. La córnea queda relativamente preservada hasta que aparecen las complicaciones tardías de la cicatrización; estas complicaciones pueden ser incapacitantes y producir ceguera, se observa ulceración corneal, desecación y vascularización periférica en la fase aguda de la enfermedad. La inflamación y cicatrización conjuntival no progresa indefinidamente, una vez remitida la enfermedad sistémica disminuye la inflamación ocular. Las recidivas no afectan a la conjuntiva.

Las lesiones individuales tienden a presentar ciclo de vida de 2 semanas, pueden aparecer ciclos recidivantes de las lesiones 6 meses después del inicio, solo en un tercio de los pacientes. Los complementarios muestran cultivo de secreciones negativos para bacterias y el raspado conjuntival con predominio de células polimorfonucleares.

El tratamiento de la fase aguda consiste en eliminar factores etiológicos sospechosos, mantener el equilibrio líquido, emplear antipruriginosos y analgésicos. Los esteroides sistémicos pueden controlar la vasculitis pero no tienen efecto sobre las lesiones oculares y es discutido el efecto de los esteroides tópicos y pomada antibiótica. Es de gran importancia realizar lisis diaria de sinequias para reducir la formación de simblefaron.<sup>9</sup> El tratamiento de la fase tardía incluye el tratamiento de las complicaciones. El ácido retinoico es utilizado para controlar la queratinización, ungüentos oftálmicos, suplemento de lágrimas artificiales sin preservo,<sup>10</sup> lentes de contacto terapéuticos y cirugía para corregir las deformidades.

Son múltiples las técnicas utilizadas empleando injertos de membrana amniótica<sup>11-13</sup> y mucosa bucal, todo con el objetivo de preservar la integridad de la superficie ocular. Estas complicaciones tardías del Síndrome de Stevens-Johnson hay que diferenciarlas de otras enfermedades mucosinequiantes en las que también se presentan, como en el tracoma y penfigoidecicatrizal. Traumatismos, radiaciones y quemaduras oculares también producen cicatrización conjuntival y, por tanto, estas complicaciones observadas en este paciente.

## CONCLUSIONES

El trasplante de mucosa labial y membrana amniótica son opciones de gran importancia en el tratamiento de las complicaciones de las enfermedades mucosinequiantes, donde existe gran deterioro de la conjuntiva y por ser bilateral no es posible utilizar injertos autólogos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Damasceno Ferreira RW, Santos Ribeiro R, Cavalcanti Rodrigues Tavares T, Hida Richard Y, *et al* Tracoma: estudio epidemiológico de escolares em Alagoas-Brasil. Arq. Bras. Oftalmol. [Revista en la Internet]. 2009 Jun; 72(3): 5. [Citado 4 jul. 2012]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492009000300014&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492009000300014&lng=es)
2. Hernández-Salazar A, Rosales PS, Rangel-Frausto S, Criollo E, Archer-Dubon C, Orozco-Topete R. Epidemiology of adverse cutaneous drug reactions. A prospective study in hospitalized patients. Arch Med Res. 2008; 37(7):899-902.
3. Teo L, Tay YK, Liu TT, Kwok C. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: efficacy of intravenous immunoglobulin and a review of treatment options. Singapore Med J. 2009; 50(1):29-33.
4. Franca I, Dourado M, Palma Galvão LJ, Freitas de D, Cunha M, Gomes Pereira JA. Estudo dos achados oculares na síndrome de Stevens-Johnson em pacientes de centro de referência de atendimento terciário. Arq. Bras. Oftalmol. [Internet]. 2009 jun; 72(3): 6. [Citado 4 jul 2012]; Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492009000300017&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492009000300017&lng=es)
5. Gregory DG. The ophthalmologic management of acute Stevens-Johnson syndrome. Ocul Surf. 2008;6(2):87-95.
6. Arroyo W, Luis E, Cheung C. Eritema multiforme secundario al uso de carbamazepina: Reporte de un caso. Revmed Costa. Centroam. 2009; 72 (70):19-23.
7. Salami TA, Asalu AF, Samuel SO. Prevalence of cutaneous drug eruption in Nigerian with HIV/Aids. Niger Postgrade Med J. 2010; 17(2):160-3.

8. Mustafa N, Periyasamy P, Kamaruddin N. Stevens Johnson syndrome in a patient with Cushing's disease. *Med J Malaysia*. 2009; 64(3):238-9.
9. Rivas L, Murube J, Rivas A, Shalaby O. Contribución de la citología de impresión al diagnóstico del penfigoide cicatricial ocular en sus primeras fases. *Arch Soc Esp Oftalmol* [Internet]. 2004 feb; 79(2): 9. [Citado 2012 Jul 07]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-66912004000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912004000200006&lng=es)
10. Morales-Fernández L, Pérez-Álvarez J, García-Catalán R, Benítez-del-Castillo JM, García-Sánchez J. Correlación clínico-histológica en los pacientes con ojo seco. *Arch Soc Esp Oftalmol* [Internet]. 2010 jul; 85(7):6. [Citado 4 Jul, 2012]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-66912010000700003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912010000700003&lng=es)
11. Libera Doyle R, Melo Barreto de G, Acacio de Souza L, Haapalainen Freymüller E, Cristovam Pila, Gomes Pereira JA. Assessment of the use of cryopreserved x freeze-dried amniotic membrane (AM) for reconstruction of ocular surface in rabbit model. *Arq. Bras. Oftalmol.* [Internet]. 2008 oct; 71(5):9. [Citado 2012 Jul 03]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492008000500011&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492008000500011&lng=es) .
12. Ricardo da Silva JR, Barros Leite de S, Santos erapião dos MS, Souza Barbosa de L, Gomes Pereira JA. Transplante de membrana amniótica em casos agudos graves de queimadura ocular química e síndrome de Stevens-Johnson. *Arq. Bras. Oftalmol.* [Internet]. 2009 abr; 72(2):7. [Citado 4 Jul 2012]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492009000200016&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492009000200016&lng=es) .
13. Takahiro N, Kazunori T, Tsutomu I, Chie S, Shigeru K. Long-term results of autologous cultivated oral mucosal epithelial transplantation in the scar phase of severe ocular surface disorders. *Br J Ophthalmol*. 2010.

Recibido: 10 de febrero de 2014

Aprobado: 3 de junio de 2014