

**heaa**

**fbpn**

**fmc**

---

**Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA**

**Sessão Clínica - 02/09/2024**

**Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim**

**Orientador: Dr<sup>a</sup> Luise Lisieux Nogueira**

**Relator: R2- Dr. Otávio Defanti Ramos**

**Debatedor : R1- Dr. Igor Silva Santos**

---

---

# Caso Clínico

---

- ✓ **Identificação:** 33 anos, sexo feminino, branca, solteira, atendente de supermercado, natural e residente em Petrolina-PE
- ✓ **Queixa principal:** “manchas pelo corpo”
- ✓ **HDA:** Paciente gestante, IG: 8 semanas, primípara, procura pronto atendimento com quadro iniciado há 2 dias de edema labial e quadro exantemático morbiliforme gradual e generalizado que se iniciou em face, progredindo em sentido crânio-caudal para tronco, dorso, abdome, membros superiores e inferiores, associado a prurido difuso, adenopatia cervical, sem febre. Sendo prescritos anti-histamínicos, dexametasona e paracetamol, sem melhora. Após 2 dias passou por consulta com alergologista que solicitou exames laboratoriais, que mostraram alterações de testes hepáticos e início de quadro de icterícia sendo encaminhada para internação. Na admissão hospitalar apresentava icterícia de pele, escleras, piora do prurido cutâneo e colúria

- ✓ **Sintomas referentes a outros aparelhos:** Nega febre. Nega perda ponderal. Nega sintomas respiratórios, urinários ou intestinais.
- ✓ **HPP:** Epilepsia do lobo frontal diagnosticada aos 13 anos de idade. Nega HAS e DM. Nega cirurgias prévias. Nega transfusão de sangue.
- ✓ Nega alergia medicamentosa.  
MUC: Valproato de Sódio na dose diária de 1500 mg durante 20 anos sendo trocado por Lamotrigina 100mg/dia após descoberta da gravidez pelo medico assistente.
- ✓ **História familiar:** nega doença hepática familiar.
- ✓ **História ginecológica:** G01PA0A0, IG 8 semanas.
- ✓ **História social:** Reside em área urbana, em casa com boas condições de saneamento. Nega etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, chás, ervas e AINEs.

## ✓ Exame Físico:

---

- ✓ Paciente regular estado geral, lúcida, orientada, corada, acianótica, ictérica +++/4, hidratada, eupneica em ar ambiente, afebril. Queixando-se de prurido. Linfonodomegalias palpáveis em cadeias cervicais, móveis e indolores. Ausência de flapping.
- ✓ **Pele:** exantema morbiliforme em face, tronco, dorso, abdome, MMII e MMSS.
- ✓ **ACV:** RCR 2T BNF sem sopros / PA: 120x80 mmHg / FC: 70bpm
- ✓ **AR:** MVUA, sem ruídos adventícios. SatO2: 97% em ar ambiente.
- ✓ **ABD:** flácido, depressível, discreto desconforto a palpação em hipocôndrio direito, sem visceromegalias palpáveis, peristalse presente, sem sinais de irritação peritoneal.
- ✓ **MMII:** sem edemas, panturrilhas livres, pulsos presentes.

---

# Exames Complementares

---

# EXAMES LABORATORIAIS:

HB: 12,8 G/DL	BT: 13 mg/dL (VR até 1,2)
HT: 39%	BD: 11 mg/dL (VR até 0,8)
VCM: 86f	TAP 19s (VR 11 a 14s)
HCM: 30pg	INR 1,65 (VR até 1,0)
LEUCO: 15.800 mm <sup>3</sup>	
BASTONETES 0,0 %	
SEGMENTADOS 56,0 %	
EOSINÓFILOS 7,0 %	
BASÓFILOS 0,0 %	
LINFÓCITOS 31,0 %	FAN: NEGATIVO
MONÓCITOS 5,0 %	HBSAG: NEGATIVO
PLAQUETAS: 241.000 mm <sup>3</sup>	ANTI HBS: NEGATIVO
UREIA:30	ANTI HBC TOTAL: NEGATIVO
CREATININA:0,7	ANTI-HCV: NEGATIVO, RNA quantitativo NÃO DETECTADO
Na:137	ANTI-HAV IgM e IgG: NEGATIVO
K:4,3	
FA: 316 u/L (VR: até 100)	
GGT: 1074 u/L (VR até 43)	
ALT: 857 (VR até 35)	
AST: 399 (VR até 36)	

# EXAMES DE IMAGEM:

---

- **COLANGIORRESSONANCIA MAGNÉTICA:** Vesícula biliar normal, paredes finas, sem imagem de cálculo, colédoco de calibre normal; ducto cístico com implantação adequada na margem posterior do colédoco proximal. Não há dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas; Ducto pancreático principal de calibre e contornos preservados. Confluência dos ductos colédoco e pancreático principal na papila maior do duodeno.
- **USG DE ABDOME TOTAL:** Esteatose hepática leve, nódulo sólido no rim direito sugerindo angiomiolipoma
- **USG OBSTÉTRICA 1ºT:** Gestação única, tópica, de conceito vivo, IG compatível com 9 semanas.

**-- Discutir hipóteses diagnósticas e condutas --**

# HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

---



# HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

---

**QUADRO EXANTEMÁTICO +  
PRURIDO +  
ICTERÍCIA + ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO HEPÁTICA**

**PADRÃO HEPATOCELULAR**

**PADRÃO COLESTÁTICO**

# **ESTEATOSE HEPÁTICA AGUDA DA GRAVIDEZ**

- **É UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA CARACTERIZADA POR DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA;**
- **OS SINTOMAS INICIAIS SÃO FREQUENTEMENTE INESPECÍFICOS;**
- **NÁUSEA, VÔMITO, DOR ABDOMINAL, MAL-ESTAR, CEFALEIA, ANOREXIA;**
- **INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA, ICTERÍCIA, ASCITE, ENCEFALOPATIA, SE DESENVOLVEM RAPIDAMENTE;**
- **GESTANTE COM DISFUNÇÃO HEPÁTICA SIGNIFICATIVA NA SEGUNDA METADE DA GRAVIDEZ.**

# COLESTASE INTRA-HEPÁTICA DA GRAVIDEZ

- É CARACTERIZADA POR PRURIDO E ELEVAÇÃO NAS CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DE BILIRRUBINA, TÍPICAMENTE SE DESENVOLVENDO NO FINAL DO SEGUNDO E/OU TERCEIRO TRIMESTRE;
- O PRIMEIRO SINTOMA É O PRURIDO;
- DOR NO QUADRANTE SUPERIOR DIREITO, NÁUSEA, INAPETÊNCIA, PRIVAÇÃO DE SONO PODEM OCORRER;
- ICTERÍCIA;
- ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO HEPÁTICA;
- DEVE SER SUSPEITADA EM QUALQUER PACIENTE GRÁVIDA NO FINAL DO SEGUNDO OU TERCEIRO TRIMESTRE COM PRURIDO NÃO RELACIONADO A UMA ERUPÇÃO CUTÂNEA.

# LESÃO HEPÁTICA INDUZIDA POR DROGAS

- A LESÃO HEPÁTICA GERALMENTE FAZ PARTE DE UMA REAÇÃO IMUNOALÉRGICA SISTÊMICA, QUE ACARRETA SINTOMAS SISTÊMICOS (SÍND. DRESS);
- PERÍODO DE LATÊNCIA É TÍPICAMENTE CURTO, VARIANDO DE DIAS A SEMANAS;
- ERUPÇÃO CUTÂNEA MACULOPAPULAR DIFUSA;
- EOSINOFILIA É COMUM, E EDEMA FACIAL
- HEPATITE AGUDA;
- PADRÃO DE ELEVAÇÕES DAS ENZIMAS HEPÁTICAS É GERALMENTE HEPATOCELULAR.

# **EXAMES E CONDUITA QUE AJUDARIAM NO SEGUIMENTO:**

- **INTERROMPER USO DE LAMOTRIGINA;**
- **TROCA DE ANTICONVULSIVANTE;**
- **MONITORIZAÇÃO DA FUNÇÃO HEPÁTICA;**
- **TGO, TGP, GGT, FA, ALBUMINA, TAP; PTT; UREIA CREATININA.**

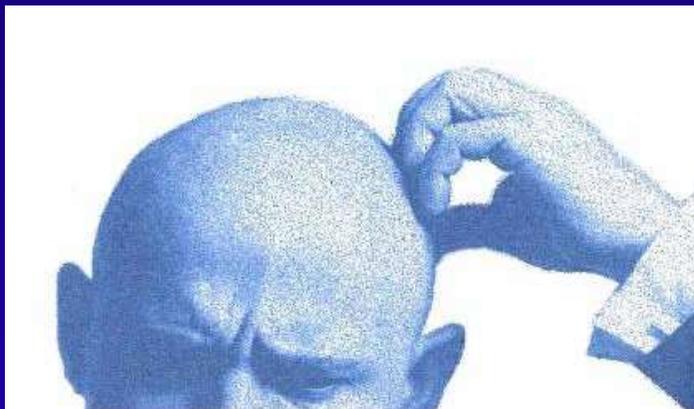
# REFERÊNCIAS

---

- ✓ LEE, H RICHARD, **Approach to evaluating pregnant patients with elevated liver biochemical and function tests**, jul. 2024.
- ✓ LINDOR, D KEITH, **Intrahepatic cholestasis of pregnancy**, jul. 2024.
- ✓ LARSON, M ANNE, **Drug-induced liver injury**, apr. 2023.
- ✓ BIANCO, ANGELA, **Maternal adaptations to pregnancy: Gastrointestinal tract**, jul. 2024.

---

# SEGUIMENTO DO CASO



# SEGUIMIENTO

- ✓ FAN NR / ANTI- LKM1 NR / AML NR.
- ✓ TOXO IGG E IGM NR, CMV IGG REAG, CMV IGM NR, RUBÉOLA IGG REAG, RUBÉOLA IGM NR, DENGUE IGG E IGM NR, VDRL NR, HIV NR, CHIKUNGUNYA IGG E IGM NR, HERPES IGG REAG, IGM NR, PARVOVÍRUS B 19 IGG REAG, IGM NR, VARICELLA ZOSTER IGG REAG, IGM NR, EPSTEIN BARR IGG REAG, IGM NR, ZIKA VÍRUS IGG E IGM NR, COXSACKIEVIRUS IGG E IGM NR.
- ✓ ANTI-SM NR / ANTI-RO NR / AMA NR / ANTI-TPO NR /
- ✓ IGG 993(N) / IgM 118(N) / IgA: 206(N) / ceruloplasmina: 30 mg/dL ( VR 20 a 35 mg/dL).
- ✓ HBSAG NR / ANTI-HBC IGG E IGM NR / ANTI-HCV NR / ANTI-HAV IGG E IGM NR.
- ✓ Hemoculturas e Urocultura negativas.

# SEGUIMIENTO



# SEGUIMENTO

---

- ✓ Diagnóstico de Síndrome DRESS secundário ao uso de Lamotrigina e hepatite aguda grave.
  - ✓ Iniciado tratamento com prednisona 1mg/kg/dia, sem evidência de melhora clínica e laboratorial.
-

	NA ADMISSÃO	1 SEMANA APÓS (DO PULSO)	5 DIAS APÓS	2 SEMANAS APÓS	3 SEMANAS APÓS
HB / HT	12,8/ 39%		11,6/ 35,5%	12,4/ 37,6%	11,2/ 36%
LEUCO	15.800 sem desvio		16.000 sem desvio	11.000	9970
EOSINÓFILOS	<b>7%</b>				<b>3%</b>
PLAQUETAS	241.000		363.000	315.000	291.000
FA (VR ATÉ 100)	<b>316</b>	<b>398</b>	<b>293</b>	<b>200</b>	<b>150</b>
GGT (VR ATÉ 43)	<b>1074</b>	<b>1169</b>	<b>1181</b>	<b>812</b>	<b>485</b>
ALT (VR ATÉ 35)	<b>857</b>	<b>994</b>	<b>840</b>	<b>330</b>	<b>156</b>
AST (VR ATÉ 36)	<b>399</b>	<b>344</b>	<b>225</b>	<b>104</b>	<b>77</b>
BT/BD ( ATÉ 1,2/ 0,8)	<b>13/11</b>	<b>15/12</b>	<b>10/9.1</b> ↓	<b>3,29 / 2,5</b>	<b>2,2 / 1,4</b>
TP/ INR (11 A 14S/ ATÉ 1,0)	19s/ <b>1,65</b>	20s/ <b>1,7</b>	14,9s/ <b>1,2</b> ↓	11,5s/ <b>1,01</b>	11,4s/ <b>0,98</b>
PT/ALB UR/CR	-- 30/ 0,7	6,3/ 3,4	6,3/ 3,4	7,0/ 4,0	6,5 / 3,6

Immunology and Allergy Clinics of  
North America

Volume 29, Issue 3, August 2009, Pages 481-501

The Variable Clinical  
Picture of Drug-Induced  
Hypersensitivity  
Syndrome/Drug Rash  
with Eosinophilia and  
Systemic Symptoms in  
Relation to the Eliciting  
Drug

Recent advances in clinical practice

Diagnosis, management and  
prevention of drug-induced  
liver injury

S Verma<sup>1</sup>, N Kaplowitz<sup>2</sup>

Correspondence to Dr N Kaplowitz, Division of  
Gastrointestinal and Liver Diseases, Keck School of  
Medicine, University of Southern California, 2011  
Zonal Avenue, HMR 101, Los Angeles, CA 90033,  
USA; kaplowit@usc.edu

[Intensive Care Medicine](#) > Article

**Favourable issue of a  
fulminant hepatitis  
associated with sulfasalazine  
DRESS syndrome without liver  
transplantation**

Correspondence | Published: 10 November 2005

Volume 31, pages 1727–1728, (2005)

**Severe acute hepatitis in the dress syndrome:  
Report of two cases**

Sabela Lens,\* Gonzalo Crespo,\* Jose A. Carrión,\* Rosa Miquel,\*\* Miquel Navasa\*

\* Liver Unit, Institut de Malalties Digestives (IMD), Hospital Clínic, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), CIBER de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Barcelona, Spain.  
\*\* Pathology Department, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERehd, Barcelona, Spain.

ABSTRACT

The DRESS (*drug rash, eosinophilia and systemic symptoms*) syndrome, also known as DIHS (*drug-induced hypersensitivity syndrome*), is a severe idiosyncratic reaction to several drugs, mainly antiepileptics and antibiotics, which can occasionally produce acute liver failure. In this article we present two cases of the DRESS syndrome presenting with severe acute hepatitis, including the first case of DRESS associated with levetiracetam. Although both cases finally resolved with good outcomes, DRESS can lead to acute liver failure and has a bad prognosis when liver damage is present. Rapid diagnosis is crucial since withdrawal of the offending drug is the key of treatment, while the potential role of corticosteroids is discussed.



Annals  
of  
Hepatology

Annals of Hepatology 2009; 8(1): January-March: 75-77

Case Report

**Dress syndrome and fulminant hepatic  
failure induced by lamotrigine**

Marcelo Fabián Amante;<sup>1</sup> Analía Verónica Filippini;<sup>1</sup> Nora Cejas;<sup>2</sup> Javier Lendoire;<sup>2</sup> Oscar Imventarza;<sup>2</sup> Coloma Parisi<sup>1</sup>

CASO CLÍNICO  
Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (12): 912-918.

**Síndrome de DRESS y embarazo.  
Reporte de un caso**

DRESS syndrome and pregnancy. A case  
report.

Adriana Galván-Luna,<sup>1</sup> Cynthia Jazmín Peña-Vega,<sup>1</sup> Jonhatan Torres-Torres<sup>2</sup>

# EVOLUÇÃO CLÍNICA

- ✓ Após discussão clínica e revisão na literatura , optado por realizar pulsoterapia com metilprednisolona 500mg EV por 5 dias.
- ✓ Paciente passou a cursar com melhora importante das lesões cutâneas, melhora laboratorial progressiva e expressiva, tendo alta após 33 dias de internação.
- ✓ Manteve acompanhamento ambulatorial com hepatologista, fez desmame progressivo de prednisona.
- ✓ Teve bebê a termo, sem má formações.

# SÍNDROME DRESS

- ✓ Síndrome de hipersensibilidade induzida por drogas
- ✓ Reação idiossincrásica grave a vários medicamentos, principalmente antiepiléticos e antibióticos, que podem ocasionalmente levar a insuficiência hepática aguda
- ✓ Incidência varia de 1:1000 a 1:10.000 casos entre exposições a medicamentos.
- ✓ Critérios diagnósticos:
  - 1) Erupção cutânea induzida por drogas
  - 2) Eosinofilia ou presença de linfócitos atípicos
  - 3) Pelo menos uma das anormalidades sistêmicas: adenomegalias, hepatite, nefropatia intersticial, doença pulmonar intersticial ou envolvimento miocárdico.
- ✓ Medicamentos mais comuns indutores da condição: sulfassalazina, carbamazepina, fenobarbital, vancomicina.

- ✓ Fisiopatologia não é clara
- ✓ Anormalidades na produção e desintoxicação de seus metabólitos ativos em pacientes com variações farmacogenéticas ou adquiridas no metabolismo dos medicamentos.
- ✓ Altos níveis de interleucinas e acúmulo de eosinófilos
- ✓ Envolvimento hepático na DRESS é comum, varia desde alterações leves, à necrose hepática com hepatite fulminante.

# DILI (INJÚRIA HEPÁTICA INDUZIDA POR DROGAS)

- ✓ As DILI constituem a principal causa de insuficiência hepática aguda nos EUA e Reino Unido com indicação de Transplante hepático em ~ 50% dos casos.
- ✓ Qualquer medicamento, suplementos alimentares, fitoterápicos, homeopatia, substâncias herbais, chás- potencial de toxicidade.
- ✓ Dose –dependente e idiossincrásica
- ✓ Fatores de risco: idade, sexo, predisposição genética, obesidade
- ✓ Mecanismos de lesão distintos
- ✓ Lesões hepatocelulares, colestáticas ou mistas

# DIAGNÓSTICO

- 1) Contato prévio com qualquer xenobiótico
  - 2) Relação temporal sugestiva de associação
  - 3) Exclusão de outras causas de hepatopatia: hepatites virais, doença hepática alcoólica, metabólicas, autoimunes e outras
- ✓ Icterícia e colúria - sinais de alarme
  - ✓ Encefalopatia e sinais de coagulopatia –mal prognóstico –considerar transplante.
  - ✓ Exantema, prurido, artralgias, linfonodomegalias, febre e/ ou eosinofilia periférica sugere reações de hipersensibilidade
  - ✓ Gatilho para hepatite autoimune induzida por fármacos
  - ✓ Histologia: lesão necroinflamatória aguda; lesão mista(necrose hepatocelular + colestase);colestase aguda; e esteatose / esteato-hepatite.

# TRATAMENTO

- ✓ Suspensão imediata da droga suspeita
- ✓ Evitar uso de outras drogas hepatotóxicas
- ✓ Orientar paciente e familiares sobre sinais e sintomas de alarme
- ✓ Nos casos agudos, repouso relativo
- ✓ Abstinência de álcool
- ✓ Ácido ursodesoxicólico pode ser utilizado nas lesões colestáticas
- ✓ Reposição de vitaminas lipossolúveis em pacientes com colestase crônica
- ✓ Corticoesteroides em casos de maior gravidade
- ✓ Transplante hepático: último recurso nos casos de insuficiência hepática refratária ao tratamento clínico.

# CHÁS E ERVAS HEPATOTÓXICAS

- ✓ *Camellia sinensis* (usada no chá verde e chá preto)
- ✓ Chaparral
- ✓ *Garcinia cambogia* (suplemento usado como apoio para perder peso)
- ✓ Erva de passarinho
- ✓ Cavalinha (*Teucrium chamaedrys*)
- ✓ Erva de São Cristóvão
- ✓ Erva de São João
- ✓ Kava-Kava
- ✓ *Tribulus terrestris*
- ✓ Cáscara sagrada
- ✓ Herbalife, e outros.



O LiverTox, o site do “National Institute of Health” (NIH) lista e descreve >1200 agentes (medicamentos, fitoterápicos, suplementos nutricionais, metais e toxinas) quanto ao seu potencial de causar lesão hepática.

# REFERÊNCIAS

- ✓ Descloux, E., Argaud, L., Dumortier, J. et al. Favourable issue of a fulminant hepatitis associated with sulfasalazine DRESS syndrome without liver transplantation. *Intensive Care Med* 31, 1727–1728 (2005). <https://doi.org/10.1007/s00134-005-2846-3>
- ✓ Zimmerman HJ. Drug-Induced Liver Disease. *Clin Liver Dis* 2000; 4(1): 73-96
- ✓ Navarro VJ, Senior JR. Drug-related hepatotoxicity. *N Engl J Med*. 2006; 354(7):731-739.
- ✓ Davern TJ. Drug-Induced Liver Disease. *Clin Liver Dis* 2012;16(2):231-245.
- ✓ Chen M, Suzuku A, Borlak J, Andrade RJ, et al. Drug-induced liver injury: Interactions between drug Properties and host factors. *J Hepatol* 2015;63(2):503-514.
- ✓ Hayashi PH, Fontana RJ. Clinical features, diagnosis, and natural history of drug-induced liver injury. *Semin Liver Dis* 2014; 34(2):134-144.

---

**Síndrome DRESS secundário ao uso de  
Lamotrigina e hepatite aguda grave.**

---

# Síndrome DRESS

- ✓ Reação medicamentosa adversa grave caracterizada por uma erupção cutânea extensa em associação com envolvimento visceral de órgãos, linfadenopatia, eosinofilia e linfocitose atípica
- ✓ 0,9 a 2 por 100.000 pacientes por ano
- ✓ Predominantemente em adultos, mas pode ocorrer em crianças
- ✓ Risco de desenvolver DRESS varia de medicamento para medicamento.
- ✓ **FR:** exposição a medicamentos, dose de efeito da droga
- ✓ Medicamentos de alto risco: Anticonvulsivantes (por exemplo, carbamazepina, fenitoína, lamotrigina), Alopurinol, Antibacterianos contendo sulfonamida, Agentes antituberculose, Minociclina Vancomicina
- ✓ Reação de hipersensibilidade mediada por células T.

# Síndrome DRESS

---

 75%

reativação de vírus da família Herpesviridae

# Síndrome DRESS

---

## Clínica

**Fase de latência:** (desde o início do medicamento até o início da reação) varia de duas a oito semanas.

### **Manifestações cutâneas:**

- Inicia como uma erupção maculopapular intensamente eritematosa que pode progredir para um eritema coalescente, distribuídas simetricamente no tronco e nas extremidades.
- Edema facial, prurido, envolvimento de mucosa.
- Ao menos um órgão interno é acometido em aproximadamente 90% dos pacientes, sendo a lesão hepática a mais comum
- Curso clínico da DRESS é variável

- ✓ Febre  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  (75 a 90%)
- ✓ Linfadenopatia (54 a 65%)

Anormalidades hematológicas:

- ✓ **Eosinofilia  $> 700/\text{microL}$  (82 a 95%)**
- ✓ **Leucocitose (95%)**
- ✓ Neutrofilia (78%)
- ✓ Linfocitose (25 a 52%)
- ✓ Monocitose (69%)
- ✓ Linfócitos atípicos (35 a 67%)
- ✓ Linfocitopenia (45%), trombocitopenia (25%), hemofagocitose (5 a 24%)
- ✓ Sintomas e/ou anormalidades laboratoriais relacionadas a qualquer envolvimento visceral (90%)

# Síndrome DRESS



# Síndrome DRESS

---

## Diagnóstico:

- deve ser suspeitado em um paciente que recebeu um novo medicamento nas duas a oito semanas anteriores e apresenta uma erupção cutânea aguda associada ao envolvimento sistêmico.
- Investigações laboratoriais: hemograma completo, função hepática, função renal, amilase, lipase, sorologias para infecção viral.
- Imagem, biópsia.

# Síndrome DRESS

---

## Diagnóstico:

### ✓ 3 critérios:

- Erupção cutânea com droga suspeita
- Eosinofilia e/ou linfócitos atípicos
- Adenopatia e/ou hepatite e/ou nefrite e/ou cardite

### ✓ Escore RegiSCAR:

- < 2 – negativo
- 2-3 – possível
- 4-5 – provável
- >5 – definitivo

Parâmetros clínicos	Pontuação			Comentários
	-1	0	1	
Febre $\geq 101,3^{\circ}\text{F}$ ( $38,5^{\circ}\text{C}$ )	Não/desconhecido	Sim		
Linfadenopatia		Não/desconhecido	Sim	>1 cm, pelo menos 2 locais
Eosinofilia $\geq 0,7 \times 10^9$ ou $\geq 10\%$ se leucopenia		Não/desconhecido	Sim	Marque 2 pontos se $\geq 1,5 \times 10^9$
Linfócitos atípicos		Não/desconhecido	Sim	
Erupção cutânea				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erupção cutânea sugestiva de VESTIDO</li> </ul>	Não	Desconhecido	Sim	Características sugestivas: $\geq 2$ edemas faciais, púrpura, infiltração, descamação
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Extensão <math>\geq 50\%</math> da BSA</li> </ul>		Não/desconhecido	Sim	
Biópsia de pele sugestiva de DRESS	Não	Sim/desconhecido		
Envolvimento de órgãos		Não	Sim	1 ponto para cada órgão envolvido, pontuação máxima: 2
Duração da doença $\geq 15$ dias	Não/desconhecido	Sim		
Exclusão de outras causas		Não/desconhecido	Sim	1 ponto se 3 dos seguintes testes forem realizados e forem negativos: HAV, HBV, HCV, micoplasma, clamídia, ANA, hemocultura

# Síndrome DRESS

---

## Tratamento:

- ✓ Hospitalização x ambulatorial.
- ✓ Retirada de medicamentos
- ✓ Suporte e monitorização laboratorial.
- ✓ Uso rotineiro de medicamentos antivirais para DRESS não é recomendado
- ✓ **DRESS grave:** corticosteroides sistêmicos.
- ✓ **DRESS refratário a corticosteroides:** Ciclosporina, Inibidores de JAK, Agentes anti-IL-5.
- ✓ Recuperação completa em semanas a meses após a retirada do medicamento.
- ✓ Monitoramento a longo prazo pelo risco de desenvolvimento de sequelas autoimunes.

# REFERÊNCIAS

---

- ✓ Uptodate
- ✓ Husain Z, Reddy BY, Schwartz RA. Síndrome de DRESS: Parte I. Perspectivas clínicas. J Am Acad Dermatol 2013; 68:693.e1.
- ✓ Shiohara T, Inaoka M, Kano Y. Síndrome de hipersensibilidade induzida por medicamentos (DIHS): uma reação induzida por uma interação complexa entre herpesvírus e respostas imunes antivirais e antidrogas. Allergol Int 2006; 55:1.