

Paciente com síndrome de stevens johnson que evoluiu para necrólise epidérmica tóxica (síndrome de lyell): um relato de caso

Patient with stevens johnson syndrome that evolved to toxic epidermal necrolysis (lyell syndrome): a case report

Paciente con síndrome de stevens johnson que evolucionó a necrolysis epidérmica tóxica (síndrome de lyell): reporte de un caso

Resumo

Introdução: A síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica são reações de hipersensibilidade cutânea graves. Fármacos, especialmente sulfas, anticonvulsivantes e antibióticos, são as causas mais comuns. **Objetivo:** Realizar um estudo de caso de um paciente portador da síndrome de Stevens Johnson que evoluiu para necrólise epidérmica tóxica (Síndrome de Lyell). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa retrospectiva de caráter descritivo com abordagem quantitativa onde as variáveis utilizadas foram retiradas do prontuário eletrônico do paciente. **Estudo de caso:** Deu entrada L.A.S, gênero feminino, 41 anos apresentando edema em face e lesões vesico bolhosas, algumas já rompidas e outras em estágio crostoso, com base eritematosa e descamativa, pruriginosas, acometendo mucosa oral, face, tórax, dorso, abdômen, membros superiores e inferiores, mais evidente em dorso e lábios, de início em região da base do pescoço e que posteriormente se disseminou por todo o corpo. Informa que está há sete dias em uso de fármacos, por automedicação. A mesma foi diagnosticada com Síndrome de Stevens- Johnson que evoluiu para necrólise epidérmica tóxica (síndrome de Lyell) possivelmente desencadeada por uso de fármacos. **Conclusão:** O uso de fármacos de maneira incorreta ou irracional pode trazer serias consequências como: reações alérgicas, dependência e até a morte. Entre os riscos mais frequentes para a saúde daqueles que estão habituados a se automedicar estão o perigo de intoxicação e resistência.

Descritores: Doenças raras, Dermatopatia, Transtornos da Pele e dos Tecidos Subcutâneos, Doença tropical.

Abstract

Introduction: Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrosis result from severe skin hypersensitivity reactions. Drugs, especially sulfas, anticonvulsants and antibiotics, are the most common causes. **Objective:** To carry out a case study of a patient carrying Stevens Johnson syndrome who evolved into toxic epidermal necrosis (Lyell Syndrome). **Methodology:** This is a retrospective research of a descriptive nature with a quantitative approach where the variables used for withdrawals from the patient's electronic record. **Case study:** Deu L.A.S entry, female gender, 41 years old, presenting edema on face and vesico vesico lesions, some broken and others in crusty state, with erythematous and scaly base, pruritic, affecting oral mucosa, face, thorax, back, abdomen, upper and lower members, most evident on the back and lips, initially in the region of the fish base and which subsequently spread throughout the body. He reports that he has been using drugs for seven days, due to self-medication. She was also diagnosed with Stevens-Johnson Syndrome that evolved into toxic epidermal necrosis (Lyell syndrome) possibly triggered by drug use. **Conclusion:** The use of drugs in an incorrect or

ID **Kassandra Ramos dos Santos**
Graduanda em enfermagem pelo Centro Universitário Nilton Lins – UNINIILTONLINS.
ORCID: 0009-0006-6617-454X

ID **Kelia de Souza Vianna**
Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINIILTONLINS.
ORCID: 0009-0007-5288-824X

ID **Fagner Chagas Raulino Andrade**
Discente do curso de Medicina do Centro Universitário Fametro.
ORCID: 0000-0003-0303-7725

ID **Jordan Percy Gonzales Saenz**
Especialista graduando em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINIILTONLINS.
ORCID: 0009-0003-0769-3567

ID **Daniel Santos Bastos**
Especialista graduado em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINIILTONLINS.
ORCID: 0009-0004-9162-3947

ID **Francisca Raquelle Taumaturgo da Silva**
Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINIILTONLINS.
ORCID: 0009-0001-4802-7160

ID **Thayenne Ribeiro Alves**

Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS.
ORCID: 0009-0005-5463-1785

ID **Rosângela Silva de Queiroz**

Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS.
ORCID: 0009-0007-9218-2268

ID **Jessica Carvalho Santos**

Graduanda em enfermagem no Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS.
ORCID: 0000-0003-2223-8098

ID **Arimatéia Portela de Azevedo**

Enfermeiro Mestre – Assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado Professor do curso de enfermagem na Universidade Nilton Lins
ORCID: 0000-0002-9250-1165

irrational manner can lead to serious consequences such as: allergic reactions, dependence and death. Among the most frequent risks for the health of those who are accustomed to self-medication are the risk of intoxication and resistance.

Descriptors: Rare diseases, Dermatopathy, Skin and Subcutaneous Tissue Disorders, Tropical disease.

Resumen

Introducción: El síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica son reacciones de hipersensibilidad cutánea grave. Fármacos, especialmente sulfas, anticonvulsivantes y antibióticos, son causas más comunes. Objetivo: Realizar un estudio de caso de un paciente portador del síndrome de Stevens Johnson que evoluciona para necrólisis epidérmica tóxica (Síndrome de Lyell). Metodología: Trata-se de uma pesquisa retrospectiva de caráter descritivo com abordagem quantitativa onde as variáveis used foram retiradas do prontuário eletrônico do paciente. Estudio de caso: Deu entrada L.A.S, gênero feminino, 41 anos presentando edema em face e lesões vesico bolhosas, algumas já rompidas e outras em estágio crostoso, com base eritematosa e descamativa, pruriginosas, acometendo mucosa oral, face, tórax, dorso, abdômen, miembros superiores e inferiores, más evidentes em dorso y labios, de inicio en la región de la base del pescado y que posteriormente se disemina por todo el cuerpo. Informa que se ha sentado estos días en el uso de fármacos por automedicación. A mesma foi diagnosticada com Síndrome de Stevens-Johnson que evoluciona para necrólise epidérmica tóxica (síndrome de Lyell) posiblemente desencadeada por el uso de fármacos. Conclusión: El uso de fármacos de forma incorrecta o irracional puede provocar serias consecuencias como: reacciones alérgicas, dependencia y muerte. Entre los riesgos más frecuentes para la salud de los que están habituados al automóvil están el riesgo de intoxicación y resistencia **Palabras clave:** Enfermedades raras, Dermatología, Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo, Enfermedad tropical.

Como citar este artigo: Santos KR, Vianna KS, Andrade FCR, Saenz JPG, Bastos DS, Silva FRT, Alves TR, Queiroz RS, Santos JC, Azevedo AP. Paciente com síndrome de stevens johnson que evoluiu para necrólise epidérmica tóxica (síndrome de lyell): um relato de caso. *Feridas* (Edição Brasileira) [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia]; 11(61):xxxxxxxxx. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.36489/feridas.2023v11i61pxxxxxxxxx>

RECEBIDO: 07/08/2023 | APROVADO: 13/10/2023

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Stevens-Johnson é uma reação que tem uma característica incomum. É considerada uma afecção de pele grave e rara que atinge em torno de

1,2 a 6 pessoas por milhão ao ano. É causada na maioria das vezes, (50% a 80%) por uma reação de hipersensibilidade tardia à fármacos mas também outras etiologias, como infecções bacterianas e virais também podem desencadear a síndrome¹.

A síndrome Stevens-Johnson se apresenta por uma afecção inflamatória aguda, febril e autolimitada, com duração aproximada de quinze a trinta dias, caracterizada pela apoptose dos queratinócitos, afetando o tecido tegumentar e a mucosa².

Notoriamente a descamação da pele se apresenta como sinal característico desses quadros clínicos. A descamação da pele envolve a camada superior inteira da pele (a epiderme) que, às vezes, descama em camadas de grandes áreas do corpo (estrutura e função da pele)³.

O aparecimento dessa síndrome está correlacionado a alguns fatores de risco tais como múltiplas comorbidades, pacientes polimedicados, fatores genéticos, imunossupressão e uso concomitantes de anticonvulsivantes e radioterapia⁴.

Também há descrições informando que alguns fatores genéticos funcionam como predisponentes. Por outro lado, acredita-se que as drogas são as maiores causadoras, em torno de 50 a 80% dos casos. As drogas mais comuns são as sulfonamidas e penicilinas, totalizando 26% dos casos⁵.

Porém, há uma linha de pesquisa que enfatiza a existência de cerca de 100 medicações, de várias classes, capazes de desencadear tal reação. Algumas delas estão classificadas em relação ao risco causador. As de alto risco são o alopurinol, carbamazepina, sulfassalazina, lamotrigina, nevirapina, AINEs derivados dos oxicans, fenobarbital e fenitoína. As classificadas como risco moderado são as cefalosporinas, macrolídeos, quinolonas, tetraciclina AINEs derivados do ácido acético. Já as de baixo risco são os betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, inibidores do canal de cálcio, diuréticos tiazídicos, insulina, AINEs derivados do ácido propiônico⁶.

Já a necrólise epidérmica tóxica ou síndrome de Lyell, é uma afecção grave de pele que provoca grandes áreas de descamação afetando mais de 30% do corpo e, além das manifestações cutâneas, ocorrem também

manifestações no trato gastrointestinal, tais como hiporexia, diarreia e hemorragias. No sistema respiratório podem ser observados, por meio de radiografia, derrame pleural e edema agudo de pulmão, bem como dispneia e, em muitos casos, o desenvolvimento de pneumonia. Um envolvimento de 15% a 30% da superfície corporal é considerado sobreposição da síndrome de Stevens-Johnson e da necrólise epidérmica tóxica⁷.

Portanto, a síndrome de Stevens-Johnson e a necrólise epidérmica tóxica (Síndrome de Lyell) são duas formas da mesma doença. As duas são potencialmente fatal pois provocam erupção cutânea, descamação da pele e bolhas nas membranas mucosas⁸.

Em ambas as formas, tipicamente ocorre a formação de bolhas nas membranas mucosas da boca, dos olhos e da vagina e, às vezes, nas vias respiratórias, trato digestivo ou trato urinário⁹.

O processo de evolução e estadiamento escalonário dessas afecções inicia-se pela síndrome de Stevens-Johnson que acomete apenas pequenas áreas de descamação da pele (afetando menos de 10% do corpo) causando lesões mucocutâneas com padrão eritematoso ou purpúrico, confluindo em tronco e face que aparecem após 4 a 28 dias do início do uso da medicação. A maior complicação da Síndrome de Stevens-Johnson é a sepse, e a mortalidade geralmente não ultrapassa 5%. O tratamento inicial é feito com a retirada das medicações, que possivelmente estão causando a síndrome, e por medidas de suporte¹⁰.

A fase aguda da doença tem início súbito e ocorre nos primeiros 8 a 12 dias, quando apresenta como principais sintomas febre de 39-40° C, algia, mal-estar, cefaleia e odinofagia. Após esse estágio, ocorre o agrava-

mento dos sintomas, podendo evoluir para pulso filiforme e acelerado, taquipneia, prostração, artralguas, mialgias e uma propagação rápida de petéquias e/ou vesículas bolhosas, com inflamações por todo corpo, além de orifícios, como boca, nariz, conjuntiva, uretra, vagina e ânus¹¹.

Cerca de metade dos casos de síndrome de Stevens-Johnson e quase todos os casos de necrólise epidérmica tóxica são causados por uma reação a um medicamento, mais frequentemente sulfa e outros antibióticos; medicamentos anticonvulsivantes, como fenitoína e carbamazepina; e certos outros medicamentos, como piroxicam ou alopurinol. Alguns casos são provocados por uma infecção bacteriana, vacinação ou doença de enxerto contra hospedeiro. Às vezes, não é possível identificar uma causa. Em crianças com síndrome de Stevens-Johnson, a causa mais provável é uma infecção¹².

A taxa de mortalidade na Stevens-Johnson é menor que 5%, mas se evoluir para a síndrome de Lyell (necrólise epidérmica tóxica) a taxa de mortalidade pode aumentar de 30 a 50% nos pacientes ela possui baixa incidência e alta mortalidade, configurando um quadro extremamente grave e que deve ser prontamente reconhecido¹³.

A síndrome de Lyell pode ser desencadeado por alergia a um fármaco, e excepcionalmente, por infecções ou transplante de medula óssea. Essa síndrome inicia com febre, tosse, coriza, dor de garganta, dor de cabeça, diarreia e mal-estar. Em no máximo duas semanas surgem lesões na pele com placas avermelhadas ou arroxeadas, lesões em forma de alvo e bolhas, que podem evoluir com o descolamento da pele, chamado de necrose¹⁴.

As sequelas mais graves e a que

afeta mais a qualidade de vida dos pacientes é a seqüela nos olhos, envolvendo alterações em conjuntiva palpebral e bulbar, pálpebras e córnea. O tratamento se concentra em remover a causa, cuidar das feridas, controlar a dor e minimizar as complicações¹⁵.

O tratamento se baseia no cuidar das feridas, controlar a dor, minimizar as complicações, no diagnóstico precoce e a interrupção dos supostos fármacos que possam estar causando a síndrome, sendo as drogas de alto risco para causa as principais a serem removidas. O tratamento deve ser feito em unidade de cuidados médios ou intensivos, preferencialmente em unidades de queimados¹⁶.

No Brasil os dados relacionados às duas síndromes são escassos, no entanto, existe uma estimativa de 1,2 – 6 casos/milhões de habitantes e 0,4 – 1,2 casos/milhão de habitantes por ano, respectivamente. A faixa etária com maior prevalência são de crianças com idade entre 1 e 10 anos (7,63 – 8,97 casos por milhões de pessoas) e em pacientes com idade igual ou superior a 80 anos (8,75 casos por milhões de pessoas)¹⁷.

Diante do exposto o objetivo principal deste estudo foi realizar um estudo de caso de um paciente portador da síndrome de Stevens Johnson que evoluiu para necrólise epidérmica tóxica (Síndrome de Lyell).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, descritivo, tipo relato de caso. Todas as informações referentes ao participante do estudo foram retiradas do prontuário eletrônico do mesmo, portanto, dados secundários. A pesquisa só teve início após a apreciação ética como determina a 466/12 e suas complementares sob o CAAE 70428723.7.0000.0005

Quadro 01: Descrição do perfil social da paciente em estudo

Variáveis	Status
Procedência	Oriunda do interior do estado (Autazes)
Reinternação	Não
Orientação sexual	Heterossexual
Acompanhada	Sim
Grupo familiar	Cinco pessoas
Tipo de família	Extensa
Renda mensal	Mais de dois salários mínimo
Grau de instrução	Ensino fundamental incompleto
Tipo de habitação	Mista (Alvenaria e madeira)
Saneamento básico	Não
Ocupação	Autônoma
Como chegou ao hospital	Veio de ambulância
História patológica progressa	Mioma uterino, tireoidectomia total e hipertensão arterial sistêmica em uso de anti-hipertensivo
Possíveis hábitos relacionados a doença atual	Automedicação

Fonte: dados retirados do prontuário eletrônico da paciente

e Número do Parecer: 6.138.100.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital universitário, terciário, referência em doenças infectocontagiosas, no Amazonas que tem suas ações voltadas ao diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, com características endêmicas, emergentes e ré emergentes na região.

ESTUDO DE CASO

Deu entrada no pronto atendimento do hospital referência para doenças tropicais no Amazonas, L.A.S, gênero feminino, 41 anos, oriunda do interior do estado, referindo tosse, coriza, febre e mialgia generalizada. Informa que está, há sete dias, em uso de fármacos por auto medicação, tais como: antibióticos, antitérmicos e antitussígenos.

Apresentou, também, edema em

face e lesões vesico bolhosas, algumas já rompidas e outras em estágio crostoso com base eritematosa e descamativa, pruriginosas, acometendo mucosa oral, face, tórax, dorso, abdômen, membros superiores e inferiores, mais evidente em dorso e lábios, de início em região da base do pescoço e que posteriormente se disseminou por todo o corpo. O eritema cutâneo iniciou como máculas que se tornam pápulas, vesículas, bolhas, placas de urticária e até eritema confluyente. O centro dessas lesões são vesiculares, algumas purpúricas e outras já necróticas. Paciente com um quadro clínico ocular caracterizado por conjuntivite catarral bilateral, com secreção purulenta.

Tem história de mioma uterino, tireoidectomia total e hipertensão arterial sistêmica em uso de anti-hipertensivo. Nega alergias, nega outros sintomas e nega outras comorbidades. Paciente com expressão facial de inquietude, pele e mucosas pouco hidratada, descamativa, normocorado, febril, acianótica, eupneica em ar ambiente. Realizado teste rápido e PCR para Covid 19 com resultados negativos para ambos.

No dia seguinte, paciente no leito, acordada, lucida, orientada, afebril, eupneica, regular estado geral acompanhada de sua filha. Funções fisiológicas: diurese preservada, evacuação ausente há cinco dias, sono pouco reparador, pouca aceitação da dieta oferecida, comunicado nutricionista. Refere, também, disfagia e odinofagia, mas informa melhora do prurido. Abdome globoso, flácido, indolor a palpação superficial e profunda. Nega alergias, nega outros sintomas e outras comorbidades.

Deixada em isolamento reverso em virtude da grande quantidade de área da pele exposta pela perda de tecido

e devido ao uso de corticoides. Orientado toda a equipe quanto ao uso de EPI's e a adesão as regras de biossegurança e comportamento em ambiente de isolamento reverso.

Os curativos diários foram realizados utilizando-se técnicas assépticas. Fez-se a junção e aplicação de pomadas a base antibióticos para profilaxia de microrganismos oportunistas da pele, pomada fungicida para profilaxia de fungos invasores de tecidos cutâneos e pomada a base de corticoide para auxiliar na diminuição do prurido. Depois de aplicar as pomadas sobre a pele, passou-se uma cobertura com gaze embebidas em vaselina líquida para não aderir a pele e facilitar a remoção e também ataduras estéreis para manter as gaze presas a pele. Todas as roupas de cama e de uso pessoal do paciente eram esterilizadas. O banho diário da paciente era realizado com água destilada em temperatura ambiente.

Realizada ultrassonografia abdominal onde foi evidenciado esteatose hepática grau 2. Em virtude da vermelhidão da mucosa ocular, foi solicitado parecer para o especialista. A resposta do parecer do oftalmologista diz que a paciente está com uma disfunção chamada "olho seco". Prescrito hidratação por quinze dias a base de colírio.

Após avaliação dermatológica especializada, foi fechado diagnóstico para Síndrome de Stevens Johnson que evoluiu para necrólise epidérmica tóxica (síndrome de Lyell). As medicações em uso durante a internação foram: corticoides, analgesia, protetor gástrico, e terapia de reposição ou suplementação hormonal (de hormônio) em virtude da baixa produção dos hormônios da tireóide, reposição de cálcio e anti-hipertensivos.

Solicitado, também, parecer para o nefrologista devido hipocalcemia após tireoidectomia. O especialista sugeriu

umentar a dose de reposição de cálcio, e vitamina K, e inserção de gliconato de cálcio como restaurador de eletrólitos e no tratamento da hiperpotassemia e no tratamento coadjuvante da hipermagnesia.

Paciente apresentou tremores generalizados e taquicardia após infusão de gliconato de cálcio, evoluindo com astenia em membros inferiores, ansiedade e taquicardia (hipocalcemia grave complicando com arritmia). Imediata foi colocada em monitorização em sala de emergência (intermediária). Evidenciado taquisupraventricular com 179 de frequência cardíaca. Iniciado amiodorona e reposição de cálcio e solução de eletrólitos.

Após a intercorrência (cursando com taquicardia e tremores generalizados) devido uso de gliconato de cálcio, a paciente encontra-se deitada no leito, desacompanhada, acordada, lucida, orientada, afebril, eupneica, regular estado geral.

Em dias subsequentes, refere melhora do quadro clínico, melhora das lesões em face, tronco, dorso, e membros superiores e inferiores. Funções fisiológicas presentes e preservadas, sono reparador, aceitando bem a dieta ofertada, mas refere náuseas, dor abdominal em região mesogástrica, abdome globoso, flácido, indolor a palpação profunda. Refere melhora da tosse sem outras queixas.

Realizado Raio X de tórax: Conclusão: Transparência e circulação pulmonares normais. Seios costofrênicos livres. Hilos sem alteração na anatomia. Área cardíaca normal. Também foi realizada ultrassonografia de abdome total onde a conclusão evidenciou que tudo estava dentro dos padrões normais.

Paciente apresentando melhora considerável nas lesões de pele. O parecer da dermatologia é para alta por

melhora do quadro e continuidade do tratamento na residência com retorno periódico a nível de ambulatório.

DISCUSSÃO

O primeiro relato da síndrome de Stevens Johnson (SSJ) foi publicado em 1922. A síndrome inicia-se geralmente após o uso de algum medicamento ou infecções e apresenta etiopatogenia provavelmente autoimune. A síndrome de Lyell (SL) ou necrólise epidérmica tóxica é a forma mais severa da SSJ, com 20-30% de mortalidade e envolvimento de 20% ou mais da epiderme, podendo haver perda em folhetos da derme¹³.

Várias são as drogas que podem induzir a SSJ, dentre elas: sulfonamidas, barbituratos, alopurinol, antiinflamatórios, penicilina e mais recentemente, cefotaxime, citosina-arabinosídeo e vancomicina¹⁴.

A auto medicação é uma pratica que ainda acontece entre ribeirinhos e comunidades afastadas da zona urbana onde o aceso a assistência à saúde ainda é muito precária, assim como mostrado no presente relato de caso. A síndrome de Stevens Johnson e necrólise epidérmica tóxica são consideradas doenças raras e ocorrem em aproximadamente duas a três pessoas por milhão/ano na Europa e EUA. Acometem pacientes de todas as idades, raças e sexo, e estão relacionadas principalmente ao uso de fármacos ingeridos

sem as devidas orientações¹⁵.

Automedicação é o uso de medicamentos sem prescrição médica e está cada vez mais comum. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que, em todo o mundo, mais de 50% de todos os medicamentos receitados são dispensáveis ou vendidos de forma inadequada. Cerca de 1/3 da população mundial tem carência no acesso a remédios essenciais e metade dos pacientes tomam medicamentos de forma inadequada¹⁶.

A pessoa doente ou uma pessoa responsável por ela compra, produz ou utiliza algum medicamento que acredita lhe fazer bem ou para trazer benefícios a saúde. A propaganda em massa de medicamentos, influência muito na prática da automedicação, porem existem outros fatores como o péssimo serviço de saúde e a facilidade de comprar medicamentos sem consulta médica. Mesmo em uma sociedade privilegiada, com bom poder aquisitivo, a prática vem ganhando espaço, pois em uma sociedade com uma vida corrida, stress do dia-a-dia busca-se soluções imediata para não ser preciso interromper suas atividades diárias¹⁷.

O quadro clinico apresentado pela paciente em estudo é muito parecido com o que é evidenciado em literaturas ou em outros estudos. Tais características facilitou o diagnostico diferencial e a até mesmo o fechamento do caso¹⁸.

Autores descrevem as lesões patog

nomônicas como aquelas com aparência em "alvo" que podem evoluir e aumentar de tamanho e número. O sinal de Nikolsky pode estar presente (desprendimento da pele com leve fricção, tornando-a desnuda e suscetível à infecção secundária). Embora as lesões possam ocorrer em qualquer lugar a face, o pescoço e o tórax são geralmente mais afetados na e são disseminadas¹⁹.

A reações cutâneas são consideradas fármaco-específicas para cada indivíduo. É impossível prever quais indivíduos reagirão a quais medicamentos, e a reintrodução não causa reação de maneira uniforme. Várias explicações possíveis para a patogênese da de tais reações foram propostas incluindo reação de memória de células-tronco epiteliais sobreviventes, mutação induzida por radiação, dano vascular pós-irradiação e reação de hipersensibilidade^{15,19}.

Novas tecnologias, mais opções de medicamentos, cursos de tratamento prolongados e maior sobrevida do paciente contribuem para maior exposição aos medicamentos e, posteriormente, dão origem à incidência de reações adversas cutâneas a medicamentos^{11,18}.

Foi possível reverter o quadro clinico ocular da paciente do estudo com, apenas, colírios para hidratação e ante inflamatórios por via sistêmica. Mas a literatura informa que o quadro clínico ocular é geralmente caracterizado por conjuntivite catar



ral bilateral, com secreção purulenta e membranas ou pseudomembranas, podendo estar associada a ceratites e úlceras de córnea que após a fase inicial aproximadamente metade dos pacientes com SSJ sistêmica severa continuarão tendo problemas na superfície ocular que incluem: simbléfaro, entrópico, ectrópico, triquíase, olho seco, inflamação conjuntival persistente, infecções conjuntivais e opacidades corneanas^{2,7,19}.

Ainda é muito escasso o número de publicações que falem sobre a síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica. O que se sabe é que elas são reações de hipersensibilidade cutânea graves que atingem predominantemente pele e mucosas. Fármacos, especialmente sulfas, anticonvulsivantes e antibióticos, são as causas mais comuns. As máculas

rapidamente se disseminam e coalescem, causando bolhas epidérmicas, necrose e escaras. É caracterizada por morte generalizada dos queratinócitos e destacamento da epiderme no nível da junção dermoepidérmica. Por isso, é pertinente a necessidade de haver mais estudos focados nessa temática^{18,19}.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou uma afecção rara de pele que pode ter sido provocada pela automedicação e que trouxe sérios problemas de saúde para a participante da pesquisa e que, inevitavelmente, acarretou em gastos para o Sistema Único de Saúde-SUS. A principal causa da automedicação na população brasileira está ligada à cultura que perdura por anos. O uso

de remédios de maneira incorreta ou irracional pode trazer, ainda, consequências como: reações alérgicas, dependência e até a morte. Entre os riscos mais frequentes para a saúde daqueles que estão habituados a se automedicar estão o perigo de intoxicação e resistência aos remédios. Diversos trabalhos avaliando a automedicação observaram que alguns dos fatores que influenciam os indivíduos a se automedicarem são: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto pela demora quanto pelo preço de uma consulta médica; a limitação do poder prescritivo. Os riscos da automedicação são sérios, mas podem ser prevenidos quando somente utilizar medicamentos com a devida orientação e pelo tempo recomendado.

Referências

- LEITE JOB, PEREIRA BB. Doenças da pele relacionadas à poluição do ar: uma revisão sistemática. *J. Health Biol Sci.* 2017; 5(2): 171-177. Visualizado em: 10 de abril de 2023. Acesso em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/download/1231/426>
- TOHID, H., SHENEFELT, P. D., BURNEY, W. A., & AQEEL, N. (2019). Psychodermatology: Na association of primary psychiatric disorders with skin. *Revista Colombiana de Psiquiatria (English ed.)*, 48(1), 50-57. doi: 10.1016/j.rcpeng.2018.12.003
- NETO, H C et al. Stevens-Johnson syndrome associated with phenytoin in brain intraparenchymal hemorrhage postoperative: case report. *FAG Journal of Health –ISSN 2674-550X*, 2019, v.1, n.4, p.169. Visualizado em 10 de abril de 2023. Acesso em: <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/110>
- BERNARDO, T T et al. Hemorragia cerebral intraparenquimatosa em paciente com doença de Christmas. *Revista Científica da FMC*, v. 12, n. 3, p. 4, Dezembro 2017. Acesso em 10 de abril de 2023. Disponível em: <http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/download/101/159/>
- EMERICK, M. F. B. et al. Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 67, n. 6, p. 898-904, Novembro/Dezembro 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000600898&lng=pt&lng=pt
- OLIVEIRA, O D et al. Os cuidados de Enfermagem na Síndrome de Stevens Johnson /Necrólise Epidérmica Tóxica: Um Relato de Caso. *Revista enfermagem atual in derme 2020*. Acesso em 10 de abril de 2023. Visualizado em: <https://www.revistaenfermagem-atual.com.br/index.php/revista/article/view/539/651>
- RIBEIRO AG DE A, RIBEIRO MC, BENITO LAO. Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) em adultos: revisão sistemática. *Univ Ciências da Saúde [Internet]*. 2018;15(2):117–25. Acesso em 10 de abril de 2023. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3861>
- YANG M, LEE JY, KIM J, KIM G, KIM B, KIM J, et al. Incidence of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Nationwide Population-Based Study Using National Health Insurance Database in Korea. *PLoS One*. 2016;11(11):1–12
- SOUZA MCA, CORREIA APS, MAGRANI GC, MAGRANI GC, CÔR-TEZ JUNIOR JCS, CÔR-TEZ PPR. Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica: relato de caso. *Acta Biomed Bras*. 2018;9(1):184–90
- YE LP, ZHANG C, ZHU QX. The effect of intravenous immunoglobulin combined with corticosteroid on the progression of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A meta-Analysis. *PLoS One*. [Internet]. 2016; 11(11):1–17. Acesso em 10 de abril de 2023. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167120>
- WONG, A; MALVESTITI; HAFNER, DFS. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 62, n. 5, Agosto 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000500468&lng=en&nrm=iso&lng=en
- FERNANDEZ, BF; SOLIS, C U; SERRANO EI. Stevens Johnson como complicação de um síndrome de Sjögren. *Rev Cuba Reumatol La Habana*, v. 18, supl. 1, 2016. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962016000400008&lng=es&nrm=iso
- SOLIS-CARTAS U, ARMAS-HERNÁNDEZ A, AMADOR-GARCÍA D. Queratitides Herpética y Dermatopolimiositides, una asociación peligrosa. *Revista Cubana de Dermatología [revista en Internet]*. 2014 [citado 2016 Mar 16]; 16 (1): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/300>
- BULISANI, ACP et al. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in Intensive Care Medicine. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 293 Vol. 18 Nº 3, Julho – Setembro, 2006. <https://www.scielo.br/j/rbti/a/kIPDx5VRiPLCFqWvPKqmpFH/?format=pdf&lang=pt>
- CHU, Y.P. CHENG, C.W. LIANG, H.C. CHIU, S.H. JEE, J.Y.L. Chan, et al. Radiation recall dermatitis induced by topical tacrolimus for post-irradiation morphea. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 31 (2017), pp. e80-e81 <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.13739>
- CHEN X, HUI, XIAO Z, WU H, CHEN A, YUR. Características das reações adversas cutâneas a medicamentos, especialmente em relação ao período de incubação, com base em pacientes hospitalizados. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 2023;98(2):221-242. <https://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-pdf/S2666275222003101>
- HOETZENECKER W, NÄGELI M, MEHRA ET, JENSEN AN, SAULITE I, Schmid-endermeier P, et al. Adverse cutaneous drug eruptions: current understanding. *Seminars in Immunopathology*.2016;38: 75-86.
- LIMA, M M. ALVIM, H G O. Riscos da automedicação. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos -Ano II (2019)*, volume II, n.4 [jan./jun.]. <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/313/397>
- BARCELLOS, A P O. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. *Revista da Defensoria Pública*, a.1, n.1, jul./dez.2018, p.136