

**Cuadro 17.1. Tipo de lesión, distribución, extensión, grado de compromiso, histopatología, etiología, evolución, pronóstico y tratamiento del eritema multiforme mayor y menor, el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica**

	Eritema multiforme menor		Eritema multiforme mayor		Síndrome de Stevens-Johnson	Necrólisis epidérmica tóxica
Tipo de lesión	Escarapela típica (raro ampollar).	Escarapela típica (ampollar) y atípica de tipo papuloso.			Escarapela atípica y máculas eritematopurpúricas y ampollares.	Máculas eritematopurpúricas y grandes capas de piel desnuda con escarapela atípica plana o sin ella
Distribución	Escasas, simétricas y localizadas en extremidades (+ distal). No compromete mucosas.	Más numerosas y localizadas en extremidades y cara. Compromete mucosas.			Amplia distribución en el tronco. Gran compromiso mucoso (+ ocular).	Muy amplia distribución en el tronco. Generalización. Compromete mucosas.
Extensión	< 10% de la superficie corporal.				< 10% de la superficie corporal	> 30% de la superficie corporal.
Compromiso general	No.	Sí (leve a importante).			Sí. Importante.	Sí. Severo.
Órganos internos					Renales, respiratorios, gastrohepáticos, cardíacos.	
Histopatología					Patrón inflamatorio liquenoides con exocitosis y necrosis mínima de células basales.	Necrosis epidérmica por apoptosis.
Etiología					Herpes simple, <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , otros.	Fármacos, otras.
Evolución					Autorresolutive - recurrente (+).	Autorresolutive, recurrente (-).
Pronóstico					Favorable. No se asocia con: VIH, collagenopatías, cáncer.	Severo, fatal (30%).
Tratamiento	Aciclovir en la forma recurrente por períodos prolongados	Corticoides tempranos a dosis intermedias durante los primeros días, asociados con el fármaco para tratar el agente desencadenante			Cuidados generales + corticoides a altas dosis hasta la resolución	Cuidados generales; el paciente debe tratarse como un gran quemado. Inmunoglobulinas, plasmaféresis

### Tratamiento

a) Cuando el EM menor es consecuencia del desarrollo de herpes simple, los brotes de EM (que aparecen 1-2 semanas después) se podrán evitar si ante los primeros síntomas de herpes simple se implementa el tratamiento con aciclovir por vía oral en dosis de 200 mg, 5 veces por día durante 5 días. Este fármaco no tiene efectividad si se lo prescribe en forma tardía.

En casos de EM recurrente y con dificultad para detectar las primeras manifestaciones de herpes simple, se indicará aciclovir 800 mg/día por vía oral durante 6 meses a 1 año o más (acción profiláctica).

En el EM mayor, al aciclovir (200 mg, 5 veces por día durante 5 días) instituido en etapas tempranas, se le podrá agregar corticoterapia sistémica temprana en dosis intermedia (0,5 mg/kg/día) durante los primeros 5-7 días.

b) Cuando el EM se desencadena por fármacos, el brote suele presentarse entre 7 y 21 días después del consumo (en casos sensibilizados puede desarrollarse 1-2 días más tarde). No es dosis dependiente, su supresión no altera el curso de la dermatosis una vez desencadenada y la mortalidad no depende del fármaco.

En el SSJ severo se debe suspender el fármaco e internar al paciente en área de cuidado intensivo, con estrecho control del equilibrio hidroelectrolítico y calórico. Asimismo, es preciso investigar la participación de órganos internos. La neutropenia es indicadora de mal pronóstico.

El tratamiento local se basará en la aplicación de antisépticos o la realización de curas oclusivas con membranas siliconadas, semipermeables y flexibles (o en su defecto se podrá utilizar film transparente de uso culinario, que se cambiará cada 48 h).

En el SSJ se podrán prescribir en etapas tempranas corticosteroides sistémicos en altas dosis (1-2 mg/kg/día) hasta la resolución del cuadro. Se debe practicar control ocular por la posibilidad de sinequias.

**NET:** es la forma clínica más grave de este grupo y la menos frecuente. A las consideraciones generales para el SSJ se agregará la necesidad de internar a estos pacientes en sectores dedicados a quemados, donde deberán recibir cuidados terapéuticos como si se tratasen de un gran quemado, con desbridamientos quirúrgicos para eliminar los colgajos epidérmicos. En esta variedad no están indicados los corticosteroides sistémicos y los antibióticos solo se implementarán si son necesarios. Se podrán realizar lo más rápido posible: plasmaféresis, inmunoglobulinas humanas intravenosas en altas dosis, terapéuticas anti-TNF (tipo infliximab o pentoxifilina IV) o inmunosupresores, como ciclosporina A o ciclofosfamida.

En las formas severas de EM es imprescindible la participación de equipos médicos multidisciplinarios.