

MANEJO DEL SÍNDROME DRESS EN DOS INSTITUCIONES DE REFERENCIA

LAURA LAGRUTTA^{1,2}, ANA GAMBERALE¹, BRUNO BARTOLETTI¹, ADRIANA RODRÍGUEZ MIERES¹,
RODRIGO FAILDE^{1,2}, FERNANDA BORNENGO², SANDRA INWENTARZ², MARISA VESCOVO^{1,2},
GRACIELA CASADO¹, DOMINGO PALMERO^{1,2}

¹Hospital de Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz, ²Instituto de Tisiopneumología
Prof. Dr. Raúl Vaccarezza, Buenos Aires, Argentina

E-mail: dralagrutta@gmail.com

Agradecemos a los Dres. Ortuño y Romero el interés y los comentarios sobre nuestro artículo *Síndrome DRESS por fármacos antituberculosis. Revisión y comentarios*, recientemente publicado en *Medicina (Buenos Aires)*¹.

La bibliografía sobre DRESS/DiHS asociado a fármacos antituberculosis es escasa y fragmentaria; la mayoría de los reportes se refieren a casos provocados por la administración de un único fármaco, con mayor frecuencia antiepilépticos.

El tratamiento de la tuberculosis (TB) implica un esquema de **poliquimioterapia**, con cuatro drogas de primera línea durante dos meses (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol), seguido de una fase de consolidación con dos fármacos (isoniacida y rifampicina). Este abordaje dificulta la identificación del agente causal, que solo en algunos casos puede determinarse. Deseamos subrayar que, a diferencia de otros autores citados en nuestro trabajo que proponen protocolos de desensibilización rápida, en nuestra práctica clínica optamos por la **reintroducción escalonada** de los fármacos antituberculosis, comenzando con drogas no administradas previamente y evaluando cuidadosamente la reintroducción de fármacos esenciales como la isoniacida y/o la rifampicina.

El esquema presentado en la Tabla 2 refleja exclusivamente nuestra experiencia clínica acumulada en los últimos 20 años, que supera el centenar de casos. No obstante, cabe señalar que, aunque escasa, la literatura disponible so-

bre el manejo del DRESS en el contexto de la TB coincide en que, en numerosas ocasiones, resulta necesario reintroducir alguno de los fármacos previamente empleados, debido al número limitado de drogas disponibles y a la necesidad de conformar esquemas que incluyan múltiples agentes con acción bactericida y esterilizante. De lo contrario, aumenta significativamente el riesgo de fracaso terapéutico, recaídas o aparición de cepas resistentes.

A modo ilustrativo, al momento de redactar esta respuesta, en el Pabellón Koch se encuentran internados tres pacientes con DRESS/DiHS, uno de ellos con TB multidrogoresistente. Cabe señalar que el único fallecimiento en nuestra cohorte fue el de la paciente N° 1, previamente comunicado por Palermo y col.², quien presentó un DRESS/DiHS con compromiso multiorgánico grave y falleció antes de alcanzar la etapa de reintroducción de fármacos.

Finalmente, deseamos enfatizar que en nuestra revisión se establece de manera **taxativa** que, si un fármaco es considerado el responsable del DRESS/DiHS, su reintroducción está **formalmente contraindicada** y debe descartarse definitivamente. Asimismo, recalcamos la necesidad de un **manejo multidisciplinario** de estos pacientes.

Agradecemos nuevamente el interés y la oportunidad de profundizar este debate, que sin duda contribuye a una mejor comprensión y manejo de un síndrome tan complejo y desafiante.

Bibliografía

1. Lagrutta L, Gamberale A, Bartoletti B, et al. Síndrome DRESS por fármacos antituberculosis. Revisión y comentarios. *Medicina (B Aires)* 2025; 85:572-85.
2. Palmero D, Castagnino J, Musella RM, Mosca C, González Montaner P, de Casado GC. Difficult clinical management of anti-tuberculosis DRESS syndrome. *Int J Tuberc Lung Dis* 2013; 17: 76-8