

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

**“FISIOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON Y SU EXPRESIÓN
CLÍNICA EN LA CAVIDAD ORAL”**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

PERALTA HONORATO FERNANDA

2192033848

1 FEBRERO 2024 - 31 ENERO 2025

ENERO, 2025

ASESOR EXTERNO: CIRUJANO DENTISTA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
MAXILOFACIAL RAÚL MENDOZA GARCIA

ASESOR INTERNO: CIRUJANO DENTISTA ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA
AGUSTIN TIOL CARRILLO

A handwritten signature in blue ink, featuring a large, stylized 'R' and 'M' followed by 'GARCIA' in a cursive script.

ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL
RAÚL MENDOZA GARCÍA
CIRUJANO DENTISTA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM-XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO
MTO. AGUSTÍN TIOL CARRILLO



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

RESUMEN DEL INFORME

La presente investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Pediatría en el servicio de estomatología pediátrica en un período de un año, el cual abarca del 1 de febrero de 2024 al 31 de enero de 2025.

El tema de interés de este trabajo es el síndrome de Stevens Johnson enfocándonos principalmente en analizar su etiología, revisar la fisiopatología y destacar sus expresiones clínicas en cavidad oral, como se menciona durante la investigación, este síndrome no es un diagnóstico muy común por lo que aún existe una información limitada acerca de este padecimiento, a pesar de que su etiología está bien descrita y se conoce que la causa principal es por una reacción secundaria a fármacos, su fisiopatología aún no está explicada al cien por ciento, por lo que el tratamiento se llevará a cabo con un protocolo para tratar a pacientes quemados, de acuerdo a la literatura consultada para este trabajo, el tratamiento estomatológico debe enfocarse principalmente en mantener y controlar una adecuada hidratación de las mucosas del paciente y de la piel peribucal así como asegurarse que el paciente pueda alimentarse de manera adecuada y de no ser posible, evaluar la facultad de colocar una sonda esto con la finalidad de provocar el menor dolor posible al paciente durante la ingesta de alimentos.

Para la elaboración de este trabajo, se utilizó como principal herramienta de búsqueda Medigraphic y Scielo, enfocándonos en revistas científicas que tuvieran artículos actualizados y relacionados al tema de interés.

Palabras clave:

Stevens Johnson, etiología, diagnóstico, tratamiento.

ÍNDICE

RESUMEN DEL INFORME	4
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL	6
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN	7
- Introducción:	7
- Marco teórico:	7
Antecedentes:	7
Epidemiología:	8
Etiología:	9
Factores de riesgo:	11
Fisiopatología:	11
Incidencia:	12
Manifestaciones clínicas:	13
Manifestaciones estomatológicas:	13
Cuadro clínico:	14
Diagnóstico:	15
Tratamiento:	15
- Tratamiento de las lesiones bucales:	16
- Tratamiento para mejorar la vía oral:	16
- Tratamiento para sanar las lesiones:	16
Pronóstico:	17
- Objetivo general:	17
- Objetivos específicos:	18
Material y métodos:	18
Discusión:	19
Conclusiones:	20
Bibliografía:	21
CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA	24
CAPÍTULO IV: INFORME NUMERICO NARRATIVO	26
CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	30
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	31

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN GENERAL

El servicio social se realizó en el instituto nacional de pediatría en un periodo del 01 de febrero del 2024 a el 31 de enero del 2025, durante este tiempo se atendieron pacientes pediátricos, es decir personas menores de 18 años, los cuales en su mayoría se encontraban en una situación económica vulnerable, venían de otros estados de la república y su único objetivo era recibir una atención médica integral de calidad a un precio accesible.

Al ser este un hospital de tercer nivel se presentaban casos de difícil manejo por lo que algunos pacientes se encontraban muy delicados en su estado de salud, el objetivo del servicio de estomatología era brindar una atención cuidadosa y de la mano con los médicos pediatras para realizar los procedimientos dentales de manera segura y efectiva, siempre considerando el mayor beneficio para el paciente.

Mi labor como pasante se enfocó principalmente en asistir y realizar actividades administrativas en cada uno de los consultorios, se llenaban papelerías para que el paciente pudiera entrar al quirófano, la realización de recetas médicas, elaboración de hojas diarias en la cual incluye datos personales del paciente, como se mencionó anteriormente también se fungió el papel de asistente dental, participamos un par de ocasiones en la toma de radiografías e impresiones dentales, dar técnicas de cepillado, técnicas del uso del hilo dental, profilaxis y control de placa a los pacientes.

Durante mi estancia en la universidad los módulos de odontopediatría los curse en modalidad en línea ya que estábamos atravesando por la pandemia por COVID-19, por lo que estar en esta institución me ayudó a reforzar, conocer y observar más de cerca los procedimientos dentales que se pueden llevar a cabo en la población pediátrica así como el manejo multidisciplinario en este tipo de pacientes, sin duda alguna el paso por esta institución me deja enseñanzas y nuevos aprendizajes.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

- Introducción:

El síndrome de Stevens Johnson (SSJ) se define como un trastorno derivado de una reacción de hipersensibilidad mucocutánea poco frecuente, su etiología está asociada a una reacción adversa a medicamentos, infecciones por virus herpes o mycoplasma, entre otros¹ y es potencialmente mortal ya que causa una necrosis extensa que afecta epidermis, membranas mucosas y se acompaña de afectación del estado de salud en general.²

Es relevante comentar que si afecta al 10% de la superficie epidérmica se denomina SSJ y si es mayor al 30%, se denomina Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET). Estas enfermedades comprometen a la cavidad oral entre el 25% y 50% de los casos.^{2,3}



- Marco teórico:

Antecedentes:

El SSJ fue descrito en la ciudad de Nueva York por A.M. Stevens y F.C. Johnson, dos pediatras que en el año 1922 detectaron en dos niños en quienes la enfermedad fue condicionada por una infección. El SSJ y NET son parte del mismo espectro de enfermedades y tienen etiología similar, el cual es caracterizado por lesiones cutáneas y mucosas con necrosis y desprendimiento de la piel, se diferencian por la extensión y la gravedad de las lesiones en piel.^{4,5}

Posteriormente en 1956, el dermatólogo escocés Alan Lyell describe los primeros casos de necrólisis epidérmica tóxica.⁶

Se trata de una enfermedad febril acompañada de estomatitis, conjuntivitis purulenta y lesiones en piel, cuanto más grave son los síntomas es más fácil asociarla a una reacción inducida por fármacos.⁷

La mayoría de los casos debutan con un cuadro de enfermedad inflamatoria de vías altas, con fiebre, tos, rinitis, dolor de garganta, cefalea, vómitos, diarreas y malestar

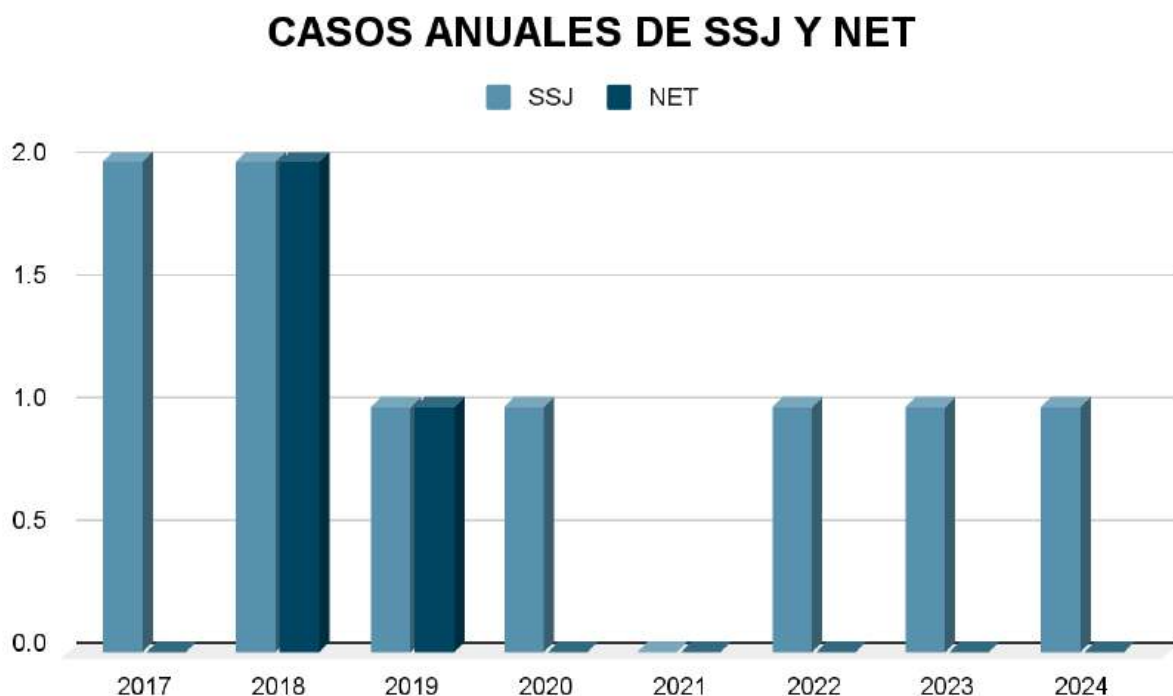
general. Posteriormente se presentan erosiones graves que afectan a superficies mucosas de los labios y boca.⁷

Epidemiología:

Se sabe poco de la epidemiología en pacientes pediátricos con SSJ y NET.⁴

A nivel mundial el síndrome de Stevens Johnson va de 1.1 a 7.1 casos por millón de personas por año, con edad media de 25 a 47 años. En México no contamos con datos precisos que indiquen el número de casos anuales; sin embargo; se estima que los casos en pacientes pediátricos representan hasta 20% del total, algo importante de mencionar es que este tipo de condiciones se consideran potencialmente mortales sin importar la edad o el sexo del paciente.³

Para obtener los casos anuales de SSJ y NET dentro del Instituto Nacional de Pediatría se solicitaron los números de expedientes que contaran con estos diagnósticos en un periodo de 8 años (2017- 2024), se revisaron cada uno de ellos para determinar el año en el que se presentaron y tener los datos para la elaboración de la siguiente gráfica.



De acuerdo a la gráfica podemos observar que el SSJ es más frecuente que la NET por lo que cada año se recibió a un paciente con este síndrome, como se observa, en un periodo de 8 años solo se recibieron 7 pacientes con SSJ.

Los casos de NET no se presentaron con frecuencia por lo que en esta institución solo se recibieron a un total de 2 pacientes en un periodo de 8 años, por lo que se determina que el 28.5% de los pacientes ingresados presentaron NET y el 71.5% SSJ.

Etiología:

De acuerdo a Alcon, Salazar, Chávez y Pérez los medicamentos son el principal factor desencadenante, y se desarrolla principalmente en las primeras 8 semanas de tratamiento. El período de exposición típico antes del inicio de la reacción es usualmente de 4 días a 4 semanas.⁸

Los agentes más comúnmente implicados son: Alopurinol, cotrimoxazol, Carbamazepina, Lamotrigina, AINES (ibuprofeno y naproxeno) , Fenobarbital, Fenitoína, Sulfametoxazol, Sulfasalazina, ciprofloxacina, amoxicilina, además se encuentra la sospecha en medicamentos como pantoprazol, terbinafina, glucocorticoides, antirretrovirales como la nevirapina y algunos agentes antineoplásicos.^{8,6,5,9,10}

A continuación se dará una breve descripción de cada uno de los fármacos ya mencionados en el párrafo anterior, el Alopurinol; utilizado para la reducción de los depósitos de ácido úrico en el organismo, ejemplos de este padecimiento son: Gota idiopática y gota juvenil familiar (nefropatía intersticial autosómica dominante), nefropatía aguda por ácido úrico, enfermedad neoplásica y mieloproliferativa. Su uso en población pediátrica se centra en procesos neoplásicos (especialmente leucemia) y en alteraciones enzimáticas (por ejemplo, síndrome de Lesch-Nyhan).¹¹ El cotrimoxazol; el cual se usa para tratar ciertas infecciones bacterianas, como neumonía, bronquitis e infecciones del tracto urinario, los oídos y los intestinos, así como también se usa para tratar la diarrea del "viajero".¹² Su uso clínico es para crisis epilépticas parciales con sintomatología compleja o simple, formas epilépticas mixtas y como tratamiento de mantenimiento de los trastornos afectivos recurrentes y de los trastornos de conducta.¹¹ La carbamazepina; es un antiepiléptico de elección en epilepsias parciales y generalizadas, aceptado para su uso en niños por su baja capacidad depresora central, también en la neuralgia del trigémino y en dolores neuropáticos.¹¹ La lamotrigina; es un fármaco antiepiléptico, se usa como un tratamiento complementario o en monoterapia de crisis parciales y crisis generalizadas, de igual forma en niños y adolescentes se usa en el trastorno bipolar tipo I como tratamiento de mantenimiento.¹¹ El ibuprofeno; es un antiinflamatorio no esteroideo (AINE), tiene un uso clínico para el tratamiento sintomático de la fiebre y del dolor de intensidad leve o moderada como dolor de cabeza, dolor dental, dolor post operatorio, dolor musculoesquelético, en niños >3 meses, como tratamiento de la artritis reumatoide infantil y de otros procesos reumáticos agudos o crónicos que cursen con dolor e inflamación en niños >3 meses, para tratamiento de enfermedades inflamatorias y procesos reumáticos tanto agudos como crónicos.¹¹ El naproxeno; se usa como

analgésico, antipirético y antiinflamatorio no esteroideo (AINE), su uso clínico es para el dolor leve a moderado, en dosis única o pautas cortas es efectivo en dolor somático de origen musculoesquelético, tendinitis y bursitis, dolor en situaciones de posoperatorio, dismenorrea, cólico renal, y procesos crónicos de tipo inflamatorio como procesos reumáticos (artritis reumatoide, artrosis, episodios agudos de gota y espondilitis anquilosante).¹¹ El fenobarbital; es un medicamento para el uso clínico de segunda línea en el tratamiento de crisis convulsivas generalizadas, primera línea en el tratamiento de convulsiones neonatales y en <1 año y como tratamiento a corto plazo del insomnio.¹¹ La fenitoína; es un antiepiléptico que también posee una potente acción antiarrítmica cardíaca, su indicación clínica es para el tratamiento del estatus epiléptico, crisis tónico-clónicas generalizadas y crisis parciales simples o complejas, así como el tratamiento y prevención de las convulsiones en neurocirugía, arritmias auriculares y ventriculares.¹¹ El sulfametoxazol; está indicado como tratamiento de 1ª elección: en adultos y niños > 2 meses para: tratamiento de la neumonía por *P. carinii*; nocardiosis, 2ª elección para el tratamiento de: toxoplasmosis, listeriosis e infecciones por cepas de *S. aureus* resistentes a meticilina (MRSA) como osteomielitis y artritis séptica o infecciones de la piel y de los tejidos blandos.¹³ La sulfasalazina; se usa como tratamiento de episodios agudos y mantenimiento de remisión de la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn activa. Es un Antiinflamatorio intestinal, inmunosupresor y antibacteriano.¹³ La ciprofloxacina; la cual funciona para infecciones de vías respiratorias bajas por Gram- (exacerbación de EPOC, infección broncopulmonar en fibrosis quística o en bronquiectasia, neumonía), otitis media supurativa crónica, infecciones urinarias, uretritis e infecciones de tracto gastrointestinal.¹³ La amoxicilina; está indicada para infecciones causadas por cepas sensibles como: infecciones de garganta, nariz y oídos (amigdalitis, otitis media, sinusitis); infecciones del tracto respiratorio inferior (bronquitis aguda y crónica, neumonías bacterianas); infecciones del tracto genito-urinario sin complicaciones urológicas (cistitis y uretritis); infecciones de la piel y tejidos blandos (incluyendo infecciones de la herida quirúrgica); infecciones en odonto-estomatología e infecciones del tracto biliar.¹³ El pantoprazol; se usa en pacientes ≥12 años para el tratamiento de enfermedad por reflujo gastroesofágico sintomática y tratamiento a largo plazo y prevención de las recaídas de la esofagitis por reflujo.¹¹ La terbinafina; es un tratamiento indicado para tratar infecciones fúngicas de piel, cuero cabelludo y uñas.¹¹

De acuerdo a Chávez y Pérez los medicamentos tardan 8 semanas en manifestarse; tanto en niños como en adultos, el periodo en el que los pacientes son expuestos es de 4 días a 4 semanas, pero; es distinto a los pacientes que tienen un uso continuo de determinado fármaco ya que se genera una tolerancia mayor.^{9,10}

La infección por *Mycoplasma pneumoniae* es el segundo desencadenante más común del SSJ, especialmente en la población pediátrica. Sin embargo, en más de un tercio de los casos, no se encuentra un detonante y entre el 15-30 % de los casos, no se puede identificar ningún agente agresor.^{9,10}

Además de la bacteria ya mencionada, la literatura refiere a la difteria como otra de las principales bacterias que se ven involucradas en este síndrome y los principales virus

son: Citomegalovirus, Herpes virus, virus de Hepatitis A y VIH. De igual forma se puede desencadenar por algunas vacunas.^{8,5,6}

Factores de riesgo:

Se han descrito varios factores de riesgo clínico como lo son: la edad avanzada, susceptibilidad genética y estados inmunocomprometidos.⁴

Los factores de riesgo en niños involucran el uso de fármacos como anticonvulsivos principalmente la fenitoína y la carbamazepina, antibióticos como las sulfamidas y penicilinas así como medicamentos para aliviar el dolor como lo es el alopurinol.

Las infecciones virales también son un factor de riesgo en población pediátrica teniendo como principales desencadenantes el virus de la varicela, el herpes simple (VHS), la inmunodeficiencia humana (VIH) y la infección por *Mycoplasma pneumoniae*, los pacientes con enfermedades preexistentes o con trastornos autoinmunes pueden ser más vulnerables ya que presentan un sistema inmunológico comprometido.

Fisiopatología:

De acuerdo a Núñez González se ha evidenciado que los pacientes con predisposición genética tienen mayor tendencia o susceptibilidad a desarrollar reacciones adversas principalmente a la exposición de fármacos.¹⁴

La fisiopatología del SSJ y la NET se puede resumir en tres conceptos básicos que están directamente involucrados:

- La pérdida extensa de la piel
- La respuesta inflamatoria sistémica
- La afectación mucocutánea¹⁴

La patogenia del SSJ/NET no se conoce por completo. Se considera una respuesta de hipersensibilidad de tipo IV mediada por células T. Se postula que la reacción es iniciada por una respuesta inmunitaria, en la que se forma un complejo fármaco antigénico/tejido huésped. Después de esto, existen varias teorías sobre los eventos que conducen a la estimulación de las células T, como la teoría del hapteno/prohapteno, la teoría del péptido alterado, la teoría del receptor inmunitario de fármacos y la teoría del repertorio del receptor de células T alterado.⁹

Si bien los factores desencadenantes de estas enfermedades han sido bien documentados, su fisiopatología aún no se ha dilucidado por completo, hay una serie de hipótesis con respecto a cómo los fármacos generan una respuesta inmunológica para causar SSJ/NET.¹⁰

Andrina Valverde reporta que se han propuesto dos teorías como mecanismo de acción.⁶

Una de las teorías consiste en la vía de señalización FAS/FASL (Fas ligando), que produce la activación de la caspasa 8, lo que induce la apoptosis de los queratinocitos. La segunda teoría, la cual es la más aceptada por varios autores, sostiene que existe una asociación importante entre el complejo mayor de histocompatibilidad clase I (HLA-I) y la predisposición de los pacientes a desarrollar una reacción

dehipersensibilidad que depende de la presentación de un antígeno a receptores específicos de células T (TCR) en las células T CD8+ (tipo de linfocito) citotóxicas.⁶

Tanto las células T CD8+ como las células Natural Killer (NK), producen apoptosis de los queratinocitos mediante la liberación de gránulos que contienen moléculas citotóxicas como: perforina, granzimas y granulisina; esta última, se ha descrito recientemente como la principal causante de la muerte epidérmica.⁶

De acuerdo con Alcon su fisiopatogenia muestra un proceso inflamatorio agudo con complejos inmunes afectados por hipersensibilidad que causan lesiones cutáneas y en mucosas.⁵

Así también Bonilla Rojas menciona que provoca una reacción de hipersensibilidad tipo IV, la cual está mediada por células en las que los linfocitos T CD8+ y CD4+ liberan mediadores citotóxicos teniendo como consecuencia la muerte celular programada (apoptosis) de los queratinocitos.³

La fisiopatología de este síndrome implica una respuesta inmunomediada que se encuentra desregulada y desencadenada, como se mencionó anteriormente, por medicamentos. Se cree que la activación del sistema inmunológico produce la destrucción de las células epiteliales, lo que lleva a la formación de ampollas y necrosis.¹⁵

El mecanismo patogénico se puede dividir en 3 fases principalmente:

- Respuesta Inmunológica: Se activa una respuesta inmunitaria desregulada, en la cual el sistema inmunológico ataca a las células de la piel y las mucosas, está mediada por células T(reconocedoras de antígenos), donde los linfocitos T citotóxicos (célula capaz de destruir células extrañas) atacan a los queratinocitos (células de la piel).
- Apoptosis de queratinocitos: La activación de estas células inmunitarias (linfocitos T) produce la apoptosis (muerte celular programada) de los queratinocitos, que son las células principales de la epidermis. Esto resulta en la separación de la epidermis de la dermis, causando la formación de ampollas y la erosión de la piel y las mucosas.
- Inflamación: Se liberan citoquinas que promueven una respuesta inflamatoria y la apoptosis, contribuyendo a la destrucción de la epidermis y por ende a la formación de ampollas y erosiones en la piel y mucosas.¹⁵

Incidencia:

Es de 1 a 6 casos por millón por año en habitantes en Europa y Estados Unidos, siendo más frecuente el SSJ que la NET en una relación de 3:1. Es más frecuente en el rango de edades de 1-10 años y además, el riesgo incrementa en población negra y asiática.⁶

Los autores García y Pérez menciona un reporte de incidencias de 0.4 - 1.2 casos por millón de personas por año, tienen una tasa alta de mortalidad de 1 al 9% en SSJ y del

30 al 50% en NET, de igual forma menciona que puede presentarse en todas las edades, sin embargo, es más frecuentes en mujeres y en adultos mayores.^{16,10}

Los niños de entre 11 y 15 años de edad tienen mayor incidencia, asimismo aumenta en SSJ/NET con la edad, probablemente esto se debe al incremento de prescripciones que modifica los efectos de los medicamentos.⁴

Manifestaciones clínicas:

La sintomatología inicial tanto del NET como del SSJ empiezan con fiebre, prurito ocular, malestar general, tos y dolor al deglutir siendo estos los principales síntomas antes de que empiecen las manifestaciones cutáneas después de 1 a 3 días⁹

Afecta principalmente las mucosas oral, conjuntival, nasal, anal y genital.⁹

La afectación subsiguiente es la de la piel y las mucosas es universal y típicamente aparece como máculas eritematosas o lesiones diana atípicas en el tronco que progresan hasta convertirse en vesículas o ampollas con áreas confluentes de eritema con centros oscuro.^{10,4}

El signo de Nikolsky (sugestivo de esta entidad) consiste en hacer presión en el borde lateral de una lesión ampollosa desencadenando la separación de la epidermis; se presenta de tres a cinco días después y deja áreas de piel denudada. Las áreas afectadas son sensibles al tacto. La reepitelización comienza una semana después del inicio y puede durar tres semanas.⁴

La afectación ocular también ocurre con frecuencia, con una gravedad que va desde la hiperemia conjuntival (enrojecimiento de la esclerótica del ojo por una dilatación de los vasos sanguíneos) hasta el desprendimiento epidérmico completo de la superficie ocular.¹⁰



Imágenes proporcionadas por el servicio de estomatología pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría

Manifestaciones estomatológicas:

Hasta en el 100% de los casos la estomatitis se manifiesta por vesículas en labios, lengua, carrillos, velo del paladar y faringe, y deja ulceraciones hemorrágicas y pseudomembranas.^{9,10}

Las lesiones en la mucosa oral son: erosiones hemorrágicas dolorosas cubiertas con una membrana de color blanco. La estomatitis y la mucositis pueden dificultar la ingesta de alimentos y bebidas por lo que conlleva a desnutrición y deshidratación. La mucosa faríngea se ve afectada en prácticamente todos los pacientes, y con menor frecuencia se puede observar compromiso traqueal, bronquial y esofágico.⁶

Aproximadamente de un 25 a un 50 % de los casos que se presentan tienen solo afectada la mucosa oral, con especial predilección por el borde rojo de los labios y bordes laterales de la lengua. y raramente afecta las encías.^{17,4}

En cavidad oral también se ha reportado ardor en la región, edema, y xerostomía.³

En los casos de SSJ puede haber necrosis de las células epidérmicas, en casos más severos puede ocurrir necrosis de toda la epidermis y una destrucción de las células epiteliales que constituyen la vaina radicular epitelial de Hertwig, que determinan el número, tamaño y forma de las raíces por la subdivisión de la capa radicular en uno, dos o tres compartimentos, lo cual limita su desarrollo y produce una apoptosis, y en consecuencia una afectación en el desarrollo radicular y cierre apical³ lo que puede provocar infecciones e impedimentos del habla.¹⁸

Entre las secuelas orales crónicas, se ha informado sequedad de boca en el 40% de los sobrevivientes. Además, los sobrevivientes de SSJ/NET tienen saliva ácida y reducida en cantidad con una viscosidad anormal. Estos cambios pueden promover caries dental e inflamación gingival.¹⁸



Imagen proporcionada por el servicio de estomatología pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría



Imagen proporcionada por el servicio de estomatología pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría

Cuadro clínico:

Se caracteriza por fiebre, faringitis, tos, conjuntivitis, dermatitis o púrpura en todo el cuerpo, edema de cara, lengua, dolor y formación de ampollas en piel y membranas mucosas, especialmente en boca, nariz, ojos y genitales, de igual forma se presenta descamación o desprendimiento de las capas de la piel.¹⁷

La afectación sistémica se observa comúnmente en múltiples casos, incluyendo sepsis, shock séptico, hepatitis, disfunción renal e insuficiencia respiratoria.⁴

Diagnóstico:

Se basa en el antecedente de infección o uso de medicamentos más las manifestaciones clínicas; aún no existen pruebas de laboratorio precisas y accesibles para establecer su diagnóstico, las pruebas de hematología y bioquímica varían según la gravedad, una biopsia cutánea sería ideal.⁵

La identificación del agente causal puede ser sencilla en los casos en que esté implicado un solo fármaco, pero se dificulta en pacientes que han sido expuestos a múltiples fármacos.

El algoritmo de ALDEN (Algorithm of Drug causality in Epidermal Necrolysis), permite encontrar el medicamento causal y nos brinda información sobre los fármacos que podrían ser prescritos nuevamente al paciente de una manera más segura.¹⁹

La biopsia de piel para su análisis histopatológico es útil para confirmar el diagnóstico y excluir otras condiciones que puedan simular SSJ / NET.¹⁹

Las características histopatológicas clásicas incluyen apoptosis de queratinocitos basales en etapa temprana, evolucionando a necrosis total, ampollas subepidérmicas y separación de la epidermis en la unión dermoepidérmica. El infiltrado inflamatorio dérmico suele ser leve, denso en la dermis y extravasación de eritrocitos compuesto principalmente por linfocitos T.²⁰

En cuanto a la biopsia se puede presentar: zona ulcerada en la epidermis, queratinocitos con cambios reactivos e infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y macrófagos.²¹

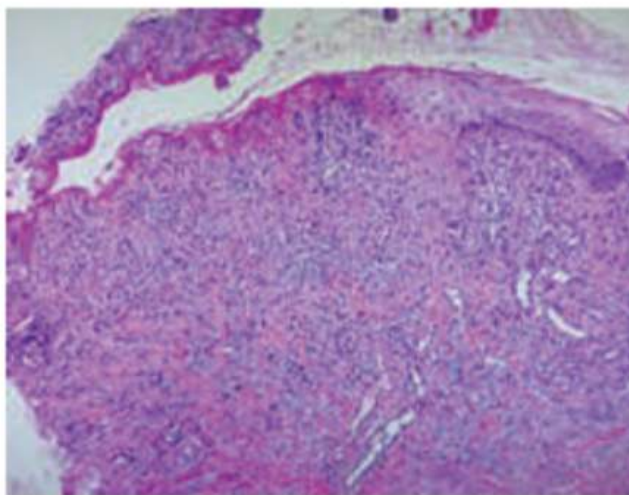


Figura 3. Zona ulcerada que muestra, en el fondo de la lesión, infiltrado inflamatorio linfóide y proliferación vascular (100 X).

Tratamiento:

Es de suma importancia la identificación y la suspensión de los fármacos potencialmente responsables, así como el tratamiento de las infecciones precipitantes.

Recordemos que al ser una enfermedad grave se requiere hospitalización del paciente.⁷

Es importante señalar que la discontinuación del agente causal lo más pronto posible generará una tasa de mortalidad menor al paciente ya que entre más tiempo se tarde en suspender el medicamento que desencadenó el SSJ se verá asociado con un incremento en la mortalidad.¹⁶

El tratamiento debe ser similar al de un paciente quemado o que se encuentre en terapia intensiva, con manejo adecuado de líquidos y electrolitos, dieta líquida por sonda nasogástrica o enteral dependiendo su gravedad con el fin de mejorar la alimentación, limpieza suave de las lesiones sin desbridar las mismas, no utilizar vendajes adhesivos; control del dolor, el monitoreo de infecciones, los antimicrobianos y transfusiones se usarán según sea la necesidad, los corticoides e inmunomoduladores disminuyen el proceso inflamatorio y reducen su mortalidad.^{5,4}

Las terapias inmunosupresoras e inmunomoduladoras sugeridas para el tratamiento incluyen corticosteroides sistémicos, inmunoglobulinas intravenosas y ciclosporina. Sin embargo, su uso es controvertido, y ninguno se ha analizado de forma adecuada en estudios clínicos prospectivos y controlados, principalmente debido a la baja incidencia y la alta tasa de mortalidad de SSJ/NET.⁴

El beneficio de la inmunogammaglobulina intravenosa (IGIV) en SSJ y NET se atribuye a su capacidad para disminuir el número de células NK y la liberación de granzima B, así como a su antagonismo de la apoptosis de queratinocitos mediada por Fas ligando. Las dosis más utilizadas de IGIV > 2 mg/kg se administran durante tres a cuatro días para reducir la mortalidad.⁴

- Tratamiento de las lesiones bucales:

El estomatólogo participa activamente en el tratamiento integral de estos pacientes. Mejorar la tolerancia a la vía oral en pacientes con este tipo de enfermedades es uno de los pilares más importantes en su tratamiento.

- Tratamiento para mejorar la vía oral:

El cuidado intensivo de la cavidad bucal generalmente es realizado mediante el equipo primario y comúnmente consta de enjuagues bucales tanto para la profilaxis infecciosa como para la prevención de la desecación.¹⁸

No creemos que existan datos suficientes para recomendar la consulta de cirugía dental/oral en la fase aguda, pero los pacientes deben establecer un contacto con dichos especialistas al momento del alta hospitalaria con el fin de llevar a cabo una alta integral del paciente.¹⁸

- Tratamiento para sanar las lesiones:

Aunque la literatura no establece un protocolo terapéutico para la afectación de la mucosa oral por SSJ, algunos informes implican desbridamiento y/o aplicación de

medicamentos tópicos, aunque dichos procedimientos no son satisfactorios en comparación con la Terapia con láser de bajo nivel (Low Level Laser Therapy) (LLLT) ²²

Esta terapia a través de LLLT (Low Level Laser Therapy) es un procedimiento simple, indoloro y generalmente bien aceptado por el paciente. Su potencial cicatrizante, así como el efecto analgésico local casi inmediato tras la aplicación del Láser, supone una alternativa viable y resuelta para el tratamiento de las lesiones de la mucosa bucal. La fotobiomodulación de los procesos metabólicos proporcionada por la irradiación luminosa optimiza las respuestas celulares, mejorando el proceso de epitelización. (22) El protocolo de terapia con láser de baja intensidad implica 4 sesiones con intervalos de 24 horas en donde se puede presentar una evolución en los pacientes, con recuperación del tejido labial y equilibrio orofaríngeo. ²²

A pesar de la existencia de la terapia con LLLT (Low Level Laser Therapy) se cuentan con mejores opciones las cuales cuentan con una mayor aceptación por parte de los profesionistas y por los pacientes ya que se puede presentar una mejoría en la evolución. ²²

Con el uso del láser provoca que el costo de este tratamiento se mayor y por lo tanto no sea la opción más conveniente para los pacientes, de igual forma, para ver efectividad con este tratamiento se deben realizar 4 sesiones de terapia láser cada 24 horas por lo que podría ser una limitante para el paciente y por lo tanto no ver una mejoría. ²²

Pronóstico:

Este síndrome se puede presentar del 2 al 3% de los pacientes hospitalizados y padecer este diagnóstico representa una causa muy frecuente de mortalidad. ⁶

Los factores que se han correlacionado con un mal pronóstico son: la edad avanzada, alteraciones hematológicas como trombocitopenia, neutropenia y linfopenia, además de la elevación de la creatinina sérica. ¹⁹

Actualmente existe una escala de severidad para la NET denominada Severity-of-illness Score for Toxic Epidermal Necrolysis (SCORTEN) en la que se evalúan siete parámetros con la finalidad de predecir la mortalidad del paciente. Los factores que incluye son: edad ≥ 40 años, frecuencia cardíaca ≥ 120 lpm, historia de cáncer o enfermedades hematológicas malignas, afección $> 10\%$ de superficie corporal, urea sérica > 10 mmol/l, bicarbonato sérico < 20 mmol/l, glucosa sérica > 252 mg/dl (14 mmol/l); se asigna un punto por cada valor positivo. ⁸ Esta escala puede ser útil para discutir el pronóstico con los familiares o el personal médico. ¹⁹

A pesar de ser infrecuente, este síndrome es potencialmente mortal si no se maneja adecuadamente. ²³

- Objetivo general:

~ Mediante la revisión de la literatura destacar, revisar y analizar la etiología, fisiopatología y las manifestaciones clínicas del síndrome de Steven Johnson.

- Objetivos específicos:

- ~ Analizar la etiología del síndrome de Stevens Johnson.
- ~ Destacar las manifestaciones clínicas del síndrome de Stevens Johnson en cavidad oral.
- ~ Revisar la fisiopatología del síndrome de Stevens Johnson.

Material y métodos:

Para la elaboración de este trabajo, se utilizó como principal herramienta la búsqueda en Medigraphic y Google scholar, con las palabras clave: “síndrome de Stevens-Johnson”, “síntomas del síndrome de Stevens-Johnson” y “fisiopatología del síndrome de Stevens Jhonson”, utilizando como filtro para la búsqueda, el rango de fecha de publicación a partir del 2020 en adelante.

De dichas fuentes fueron relevantes para el objetivo de la revisión, aquellos artículos que incluyeran información actualizada sobre la etiología, patogénesis, diagnóstico y tratamiento de este síndrome. Se tomó en cuenta el uso de bibliografía en inglés, portugués y en español.

Discusión:

De acuerdo a los autores González y Alcon el SSJ y NET son diagnósticos que forman parte del mismo espectro de enfermedades y su etiología es similar, en ambos casos se caracterizan principalmente por lesiones cutáneas y mucosas con necrosis y desprendimiento de la piel.^{4,5,2} La etiología está asociada a reacciones adversas de medicamentos, infecciones por virus herpes o mycoplasma y es potencialmente mortal.^{1,2} Según Seañez y Bonilla si afecta el 10% de la superficie epidérmica se denomina SSJ y si es mayor al 30% se denomina NET y estas enfermedades comprometen a la cavidad oral entre un 25% y 50% de los casos.^{2,3}

De acuerdo a Gonzalez se sabe poco de la epidemiología en pacientes pediátricos con SSJ.⁴ Salazar refiere que la incidencia es de 1 a 6 casos por millón por año en habitantes en Europa y Estados Unidos, siendo más frecuente el SSJ que la NET en una relación de 3:1.⁶ En México no contamos con datos exactos que indiquen el número de casos anuales, sin embargo, se estima que los casos en pacientes pediátricos representan hasta un 20% del total³, Salazar menciona que el rango de edad más frecuente en este síndrome es de 1 a 10 años⁶, y se presenta con mayor incidencia en mujeres.¹⁶

De acuerdo a los datos obtenidos en la gráfica de casos anuales de SSJ y NET podemos mencionar que el SSJ se presentó con mayor frecuencia que la NET, por lo que cada año se recibió aproximadamente sólo 1 paciente con este síndrome, en un periodo de 8 años solo se recibieron 7 pacientes con SSJ.

En los casos de NET solo se recibieron a un total de 2 pacientes en un periodo de 8 años, por lo que se determina que el 28.5% de los pacientes ingresados presentaron NET y el 71.5% SSJ, como se mencionaba en la literatura el SSJ es más frecuente que la NET.

Se han descrito varios factores de riesgo clínico como lo son: el uso de fármacos como anticonvulsivos principalmente la carbamazepina, antibióticos como las sulfas y penicilinas, así como infecciones virales, las principales desencadenantes son el herpes simple (VHS), la inmunodeficiencia humana (VIH) y la infección por *Mycoplasma pneumoniae*.

Las manifestaciones clínicas afectan principalmente las mucosas oral, conjuntival, nasal, anal y genital.⁹ De igual manera afecta a la piel y típicamente aparece como máculas eritematosas o lesiones atípicas en el tórax que progresan hasta convertirse en ampollas con áreas eritematosas.^{10,4}

De acuerdo a las manifestaciones estomatológicas hasta en el 100% de los casos la estomatitis se manifiesta por vesículas en labios, lengua, carrillos, paladar y faringe con ulceraciones hemorrágicas y dolorosas^{9,10,6} con predilección por el borde de los labios, estos pacientes presentan saliva ácida y reducida en cantidad con una viscosidad anormal por lo que puede promover a la formación de caries y gingivitis.^{17,18}

Para el tratamiento estomatológico lo podemos dividir en 3 grupos: tratamiento para mejorar la vía oral, para sanar las lesiones y para mejorar la alimentación. El tratamiento para mejorar la vía oral consiste en el cuidado intensivo de la cavidad bucal, comúnmente consta de enjuagues bucales para la profilaxis y prevención de la descamación.¹⁸

El tratamiento para sanar las lesiones consta de la aplicación de medicamentos tópicos así como el uso de las sesiones con la terapia láser de bajo nivel (LLLT), el protocolo de esta terapia implica 4 sesiones con intervalos de 24 horas.²²

Para finalizar, el tratamiento para mejorar la alimentación consiste en requerir una sonda nasogástrica en la fase aguda debido a que en ese momento el paciente presentará mucho dolor de la mucosa oral y por lo tanto tendrá dificultad para ingerir los alimentos.¹⁸

Conclusiones:

Como se mencionaba en este trabajo, el síndrome de Stevens Johnson no es un diagnóstico muy común que se pueda presentar en la población por lo que su manejo se lleva a cabo de acuerdo a el tratamiento de un paciente quemado, aliviando principalmente el dolor y las secuelas que este síndrome puede dejar, de acuerdo al manejo estomatológico las opciones principales para el tratamiento oral van a depender del estomatólogo tratante llevándolo a cabo mediante una evaluación de la cavidad oral, teniendo como principal objetivo el alivio del dolor así como la hidratación de las mucosas, esto se puede realizar por medio de enjuagues con clorhexidina, hidratación continua al paciente, cambios en la dieta que faciliten la ingesta de alimentos y en caso de que el hospital cuente con un láser, se recomienda realizar terapia láser de bajo nivel para el tratamiento de las lesiones de la mucosa oral, esto con la ideología de siempre ayudar al paciente y darle el mejor manejo y tratamiento posible para llevar a cabo su recuperación y su alta del hospital lo más rápido e indoloro posible.

Bibliografía:

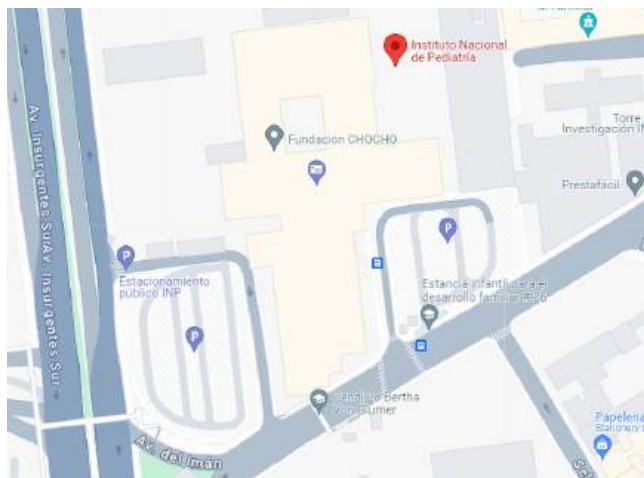
1. Molina Ávila I, Pimentel Solá JM, Cordero Torres K, Jorge S, Morales Espinosa RE. Síndrome de Stevens – Johnson inducido por Ampicilina. Reporte de un caso. Appli Sci Dent [Internet]. 2021 [citado el 23 de julio de 2024];2(1).
2. Seañez-Prieto JA, Ceballos-Hernandez H, Restrepo M, Lomeli-De La O AP. Cese en el desarrollo radicular. Secuelas orales del Síndrome de Stevens-Johnson: Reporte de un caso. CES odontol. [Internet]. 2021 [citado el 23 de julio de 2024];34(1):100–7.
3. Bonilla-Rojas J, Hernández-Cabeza A, Villasís-Keever MÁ, Serret-Montoya J, Cárdenas-Navarrete R. Síndrome de Stevens-Johnson en pediatría, reporte de un caso por el uso de antiepilépticos [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 23 de julio de 2024].
4. González Molina A, Gálvez Martínez RE, Maya Bautista DK, Chávez López DD. Síndrome de Stevens Johnson-necrólisis epidérmica tóxica. Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC. [Internet] 2022 [citado el 23 de julio de 2024];67(2):137–41.
5. Alcon Casas E. SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON, A PROPÓSITO DE UN CASO. Rev médica - Col Méd Paz.[Internet]. 2023 [citado el 23 de julio de 2024];29(1):75 -- 8.
6. Salazar Mayorga J, Valverde Jiménez A, Agüero Sánchez A. Síndrome de Stevens-Johnson y Necrólisis Epidérmica Tóxica, un reto diagnóstico y terapéutico.Revista Médica Sinergia.[Internet]. Enero 2020 [citado el 23 de julio de 2024];Vol. 5. Num. 1. e308,ISSN: 2215-4523, e-ISSN:2215-5279.
7. Daza Vergara J, Gutierrez Atanes, O´Farril Hastié V.Síndrome de Stevens Johnson.Folia Dermatológica Cubana. [Internet]. 2022 [citado el 23 de julio de 2024];16(1):e314.
8. Salazar MJ, Valverde JA, Agüero SAC. Síndrome de Stevens-Johnson y Necrólisis Epidérmica Tóxica, un reto diagnóstico y terapéutico.Revista Médica Sinergia.[Internet]. 2020 [citado el 23 de julio de 2024];5(01):308.
9. Dario FC. “SÍNDROME DE STEVEN-JOHNSON Y NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACTUALIZADA”. UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.[Internet].2023 [citado el 23 de julio de 2024];1–16.
10. Pérez Alquichire LK, González Martínez JD, González Fuentes KE, Palacios Caicedo JE, Melo Ascanio DJ, Hernandez E, et al. Revisión Sistemática sobre el Diagnóstico Diferencial y Manejo de 2 Entidades Dentro del Mismo Espectro de las Toxicodermias Graves, Stevens–Johnson y Necrolisis Epidérmica Tóxica. Ciencia Latina [Internet]. 2024 [citado 23 de julio];8(3):3298–327.
11. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Alopurinol. Edición 2020. ISSN 2531-2464. Consultado el 12 de diciembre de 2024.

12. Información sobre medicamentos para el paciente por AHFS [Internet]. Bethesda (MD): Sociedad Americana de Farmacéuticos Institucionales, Inc.; ©2019. Cotrimoxazol; [actualizado 15 de enero 2022; consulta 12 diciembre 2024]; [aprox. 5 p.].
13. Spain VV. TRIMETOPRIMA/SULFAMETOXAZOL [Internet]. Vademecum. 2020 [citado el 12 de diciembre de 2025].
14. Nuñez González I, Staniziola Paredes F, Benedito Reina V. PROGRESIÓN RÁPIDA DE SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON A NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIO A LAMOTRIGINA. Rev Méd Cient ISSN 1608-3849. Año 2020, Volumen 33(1):8-15. DOI: 10.37416/rmc.v33i1.538.
15. Leite L dos A, Paiva LV de C, Miranda TS, Santos ACM dos, Sousa LET de, Lorenzo KKG, Zimmermann G, Trigueiro MB de OP, Moura Neto MF de, Luna LL da S, Oliveira CAL de, Lima Junior GL. SÍNDROME DE STEVEN JOHNSON: UMA REVISÃO ABRANGENTE DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS. Rev. Contemp. [Internet]. 2024 Apr. 29 [cited 2024 Sep. 12];4(4):e3889.
16. García-Cuevas N, Bravo-Mora C, Constain-Ramos AM, Estrada-Cano DC, Cuellar-Ríos IC, Londoño-Arango S. Espectro del síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (4): 570-576.[citado el 23 de julio de 2024].
17. Barrera RG. Reporte de caso clínico: síndrome de Stevens Johnson. Medicina [Internet]. 2014 [citado el 23 de julio de 2024];18(3):189–93.
18. Shanbhag SS, Chodosh J, Fathy C, Gorman J, Mitchell C, Saeed HN. Multidisciplinary care in Stevens-Johnson syndrome. Therapeutic Advances in Chronic Disease. 2020;11.[citado 12 de septiembre de 2024].
19. Salazar MJ, Valverde JA, Agüero SAC. Síndrome de Stevens-Johnson y Necrólisis Epidérmica Tóxica, un reto diagnóstico y terapéutico. Revista Médica Sinergia.[Internet]. 2020 [citado el 23 de julio de 2024];5(01):308.
20. Alcívar Montero IE, Criollo Cuesta LS, Córdova Larco MK, Escobar Fernández LE, Rosales Carvajal CB, Sánchez Endara LA, et al. Necrólisis epidérmica tóxica y síndrome de Steven Johnson: una revisión de su epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y manejo. FIJHS [Internet]. 2024 Oct. 3 [cited 2024 Jul 24];2(2):e24004.
21. Carvajal-Elizondo Mariela, Monge-Ortega Olga Patricia, Chinchilla-Monge Ricardo, Quiros Steve. Síndrome de Stevens-Johnson en una paciente con prueba positiva de transformación linfocitaria. Rev. alerg. Méx. [Internet]. 2023 Mar [citado 2024 DIC 23] ; 70(1): 38-42.
22. Raffaele RM, de Oliveira RL, Baldo ME, Santana GU, Pacheco JA. Treatment of Low Level Laser Therapy in the Oral Manifestations of Steven Johnson Syndrome.[Citado 2024 DIC 23] J Intern Med Emerg Res. 2020;1(3):1-8.

23. Orellana CDF, Delgado APG, Orellana CAB. Síndrome de Stevens-Johnson por consumo de fármacos: reporte de caso [Internet]. 2022 Edu.ec. [citado el 23 de julio de 2024]. Volumen 40(3): 57-54

CAPÍTULO III: DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

El Instituto Nacional de Pediatría (INP) fue la plaza donde se llevó a cabo el servicio social de la licenciatura en estomatología, la cual se encuentra en: Av. Insurgentes Sur 3700-Letra C, Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán, 04530 Ciudad de México.



El servicio de estomatología dentro del INP cuenta con 7 consultorios asignados a diferentes especialidades, el consultorio número 1 está enfocado en procedimientos preventivos, como la profilaxis, técnica de cepillado y aplicación tópica de flúor al 5%, el consultorio número 2 está enfocado en pacientes con síndromes neurológicos, el consultorio número 3 está enfocado especialmente a pacientes con diagnóstico de síndrome de down, el consultorio número 4 está enfocado en cirugía maxilofacial, donde se realizan procedimientos como la mioplastia del geniogloso, extracción de órganos dentarios retenidos e impactados, el consultorio número 5 recibe a los pacientes que requieren ortopedia, como son las placas con tornillo hyrax, botón de nance, placas con tornillo leone, entre otros, el consultorio número 6 recibe específicamente a pacientes con diagnóstico de labio y paladar hendido, y por último el consultorio número 7 atiende a los pacientes de diagnóstico conocido (SIDA), con enfermedades hemáticas o cardiológicas, de igual forma es el consultorio que atiende a los pacientes de piso, los cuales se encuentran hospitalizados, así como recibir las interconsultas urgentes y atenderlas.

En cada consultorio del INP el pasante de servicio social debe de realizar diferentes actividades como son: asistir al R2 o al R1 de la especialidad de odontopediatría, agendar citas, realizar hojas diarias en donde se coloca el número de expediente, el nombre completo del paciente, la edad, el diagnóstico de base, lo que se le realizó en la última cita y lo que se le hará en la próxima cita, esto en base a los pacientes agendados de cada día, se imprimen notas y se ingresan a los expedientes físicos de cada paciente una vez que los adscritos de cada consultorio las hayan firmado, en algunas ocasiones se realiza la toma de radiografías a los pacientes pediátricos, así como el cálculo de la dosis de profilaxis antibiótica que requieren, tomando en cuenta el peso del paciente y el antibiótico a administrar, se corren modelos con yeso tipo IV, se

da técnica de cepillado a los pacientes y a sus tutores, sólo si los R2 lo indican y se apoya con el llenado de papelería para los pacientes que entraran a quirófano. Las actividades asignadas a los pasantes de servicio social son establecidas por cada R2 de los consultorios antes mencionados.

CAPÍTULO IV: INFORME NUMERICO NARRATIVO

Semana	N.pacientes/ Diagnósticos de base	Diagnóstico estomatológico	Tratamientos realizados	Actividades realizadas (pasante)
1-28 febrero (consultorio 6)	20 pacientes - Labio y paladar hendido (LPH) - Espectro facio aurículo vertebral (EFAV) - Microtia	- Maloclusión	- Toma de impresiones - Control de aparatología fija tipo brackets - Control de aparatología de expansion (hyrax, leone, ragno) - Control de crecimiento	- Asistencia de tratamientos realizados - Mezcla de alginato (8) - Correr modelos con yeso (8) - Agendar citas (30) - Actividades administrativas (hoja diaria) (30) - resinas (1) - Toma de impresión (1) - Técnica de Anestesia(1)
01 marzo - 19 abril (consultorio 7)	107 pacientes -Cardiopatías - Leucemia linfoblástica - Hemofilia - Diagnóstico conocido (VIH) - Neutropenia - Síndrome nefrótico -trombocitopatía - Ingesta de sosa cáustica - Comunicación interventricular - Atresia tricuspidéa	- Caries dental - Maloclusión - Apiñamiento	- Pulpotomías - Coronas de acero cromo (CAC) - Resinas - Exodoncias - Aplicaciones tópicas de flúor - Detartraje - Rehabilitación bucal bajo anestesia general	- Asistencias durante los tratamientos realizados - Técnica de cepillado (3) - Actividades administrativas (hoja diaria) (35) - Llenado de papelería (5)
20 abril - 20 mayo (consultorio 1)	85 pacientes - Cardiopatías - Síndrome de Down - Asma - Diabetes - Obesidad - Alergias - Rinitis - LPH	- Preventivo - Maloclusión	- Aplicación tópica de flúor - Profilaxis - Selladores - Técnica de cepillado	- Asistencias durante los tratamientos realizados - Técnica de cepillado (6) - Actividades administrativas (hoja diaria) (30)

21 mayo - 21 junio (consultorio 4)	103 pacientes - Asma - Diabetes - Obesidad - Alergias - Osteoporosis - Sobrepeso - Desnutrición - Talla baja - Comunicación interventricular - Atresia	- Anquiloglosia - Terceros molares erupcionados y semierupcionados - Fracturas - Odontoblastoma	- Extracción de terceros molares - Inmovilización en fracturas mandibulares - Aplicación de toxina botulínica	- Asistencias durante los tratamientos realizados en consultorio y en quirófano - Actividades administrativas (hoja diaria) (28) - Llenado de papelería (20)
22 junio - 19 julio (consultorio 7)	109 pacientes - Cardiopatías - Leucemia linfoblástica - Hemofilia - Diagnóstico conocido (VIH) - neutropenia - Síndrome nefrótico - Trombocitopatía - Ingesta de sosa cáustica - Comunicación interventricular - Atresia tricuspidéa	- Caries dental - Maloclusión - Apiñamiento	- Pulpotomías - Coronas de acero cromo (CAC) - Resinas - Exodoncias - Aplicaciones tópicas de flúor - Detartraje - Rehabilitación bucal bajo anestesia general	- Asistencias durante los tratamientos realizados - Técnica de cepillado (4) - Actividades administrativas (hoja diaria) (20) - Llenado de papelería (8) - Aplicación tópica de flúor (2)
20 julio - 16 agosto (consultorio 2)	200 pacientes - Esquizofrenia - TDAH - Autismo - Epilepsia - Esclerosis lateral amiotrófica - Migraña - Retraso en el desarrollo	- Caries dental - Maloclusión - Apiñamiento	- Pulpotomías - Coronas de acero cromo (CAC) - Resinas - Exodoncias - Aplicaciones tópicas de flúor - Detartraje - Rehabilitación bucal bajo anestesia general	- Asistencias durante los tratamientos realizados - Técnica de cepillado (15) - Actividades administrativas (hoja diaria) (20) - Llenado de papelería (30)
17 agosto - 20 septiembre (consultorio 4)	80 pacientes - Asma	- Anquiloglosia - Terceros	- Extracción de terceros molares	- Asistencias durante los tratamientos realizados en

	- Diabetes - Obesidad - Alergias - Osteoporosis - Sobrepeso - Desnutrición - Talla baja - Comunicación interventricular - Atresia	molares erupcionados y semierupcionados - Fracturas - Odontoblastoma	- Inmovilización en fracturas mandibulares - Aplicación de toxina botulínica	consultorio y en quirófano - Actividades administrativas (hoja diaria) (25) - Llenado de papelería (12)
21 septiembre - 26 octubre (consultorio 7)	118 pacientes -Cardiopatías - Leucemia linfoblástica - Hemofilia - Diagnóstico conocido (VIH) - Neutropenia - Síndrome nefrótico - Trombocitopatía - Ingesta de sosa cáustica - Comunicación interventricular - Atresia tricuspídea	- Caries dental - Maloclusión - Apiñamiento	Pulpotomías - Coronas de acero cromo (CAC) - Resinas - Exodoncias - Aplicaciones tópicas de flúor - Detartraje - Rehabilitación bucal bajo anestesia general	- Asistencias durante los tratamientos realizados - Técnica de cepillado (4) - Actividades administrativas (hoja diaria) (25) - Llenado de papelería (10) - Aplicación tópica de flúor (3)
27 octubre - 15 diciembre (consultorio 6)	350 pacientes - Labio y paladar hendido (LPH) - Espectro facio aurículo vertebral (EFAV) - Microtia	- Maloclusión	- Toma de impresiones - Control de aparatología fija tipo brackets - Control de aparatología de expansion (hyrax, leone, ragno) - Control de crecimiento	- Asistencia de tratamientos realizados - Mezcla de alginato (10) - Correr modelos con yeso (10) - Agendar citas (30) - Actividades administrativas (hoja diaria) (30) - Toma de impresión (1)
16 diciembre - 27 diciembre 2024 (consultorio 3)	100 pacientes - Síndrome de down - Diabetes - Osteoporosis	- Caries dental - Apiñamiento - Biofilm	- Pulpotomías - Coronas de acero cromo (CAC) - Resinas	- Asistencias durante los tratamientos realizados - Técnica de cepillado (2) - Actividades administrativas (hoja diaria)

	- Sobrepeso - Desnutrición - Talla baja		- Exodoncias - Aplicaciones tópicas de flúor - Detartraje - Rehabilitación bucal bajo anestesia general	(14) - Llenado de papelería (5)
13 enero - 31 enero (consultorio 7)	110 pacientes -Cardiopatías - Leucemia linfoblástica - Hemofilia - Diagnóstico conocido (VIH) - Neutropenia - Síndrome nefrótico -Trombocitopenia - Ingesta de sosa cáustica - Comunicación interventricular - Atresia tricúspides	- Caries dental - Maloclusión - Apiñamiento	- Pulpotomías - Coronas de acero cromo (CAC) - Resinas - Exodoncias - Aplicaciones tópicas de flúor - Detartraje - Rehabilitación bucal bajo anestesia general	- Asistencias durante los tratamientos realizados - Técnica de cepillado (3) - Actividades administrativas (hoja diaria) (35) - Llenado de papelería (5) - Aplicación tópica de flúor (3)

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El Instituto Nacional de Pediatría es un hospital que brinda atención de tercer nivel a toda la república mexicana, con esto nos referimos a que la mayor parte de los pacientes de esta institución se encuentran en un estado crítico por lo que un manejo multidisciplinario con especialistas es ideal para estos pacientes ya que al estar en contacto con todos los especialistas se puede llevar de una manera más organizada y segura la atención del paciente pediátrico.

Durante la consulta en el servicio de estomatología pudimos observar que la mayoría de estos pacientes tenían una higiene bucal deficiente por lo que presentaban un alto índice de lesiones cariosas, maloclusión y una mala técnica de cepillado, se explicaba a los padres la importancia del cuidado dental en sus hijos debido a los diagnósticos que presentaban y de no tomarle importancia, como esto podría afectar a la salud general del menor, de igual forma se asesoraba al niño con técnicas y juegos que llamarán su atención para que se involucra de una forma divertida a mejorar sus condiciones de higiene bucal, se daban citas para rehabilitación y una vez terminada se agendaron controles mensuales para observar la mejoría, afortunadamente varios de los pacientes si cumplían el objetivo y acudían únicamente a sus limpiezas y colocaciones de flúor, pero desgraciadamente la mayoría no acudía a sus controles y regresaban nuevamente cuando el menor presentaba dolor o malestar.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

El síndrome de Steven Johnson es un diagnóstico poco común en la actualidad por lo que su manejo estomatológico aún está siendo investigado y planeado, los tratamientos propuestos por los autores en esta investigación coinciden en que la mejor opción de tratamiento se enfoque principalmente en aliviar el dolor y las secuelas que este síndrome puede dejar, por lo que existen múltiples opciones de tratamiento que benefician a los pacientes, como sabemos este síndrome siempre se trata con el paciente ingresado en el hospital por lo que el manejo siempre va a depender de los médicos y estomatólogos tratantes así como del acceso a los materiales y suministros con los que se cuenten dentro del hospital.