

27

SÍNDROME DE DRESS

**EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL,
MANEJO PERIOPERATORIO Y DESAFÍOS TERAPÉUTICOS**



SÍNDROME DE DRESS

EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, MANEJO PERIOPERATORIO Y DESAFÍOS TERAPÉUTICOS

DRESS SYNDROME IN THE SURGICAL PATIENT: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, PERIOPERATIVE MANAGEMENT, AND THERAPEUTIC CHALLENGES

Vanessa Cecilia Iza-Sanga¹

E-mail: vizasanga@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2257-7677>

Juan Felipe Acosta-Orejuela²

E-mail: juanfelipeacosta94@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5899-0073>

Nicolás Montes-Salazar³

E-mail: montes.nicolas@uces.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3725-9032>

Carlos Steven Bodniza-Freire⁴

E-mail: sccarlos.bodniza.ec@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1281-5087>

Byron Allan Cachott-Brito⁵

E-mail: allan.cachott@outlook.de

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0814-2779>

¹ Investigadora independiente. Riobamba, Ecuador.

² Hospital Santa Casa de Misericórdia. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Universidad CES. Medellín, Colombia.

⁴ PraxisMed - Centro Médico. Quito, Ecuador.

⁵ Investigador independiente. Quito, Ecuador.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Iza-Sanga, V. C., Acosta-Orejuela, J. F., Montes-Salazar, N., Bodniza-Freire, C. S., & Cachott-Brito, B. A. (2026). Síndrome de DRESS en el paciente quirúrgico: diagnóstico diferencial, manejo perioperatorio y desafíos terapéuticos. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*, 9(5), 260-272.

Fecha de presentación: 22/06/2026

Fecha de aceptación: 19/07/2026

Fecha de publicación: 01/09/2026

RESUMEN

El síndrome de reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) constituye una reacción adversa grave asociada al uso de determinados medicamentos y representa un desafío particular en el contexto perioperatorio debido a la polifarmacia, la complejidad clínica y la posible superposición con otras complicaciones. El objetivo de esta revisión fue caracterizar el síndrome DRESS en pacientes quirúrgicos, con énfasis en su reconocimiento y abordaje terapéutico. Se realizó una revisión bibliográfica que incluyó 25 referencias publicadas durante los últimos diez años en español, inglés y portugués. La evidencia analizada muestra que el reconocimiento precoz del síndrome, la identificación y suspensión inmediata del medicamento desencadenante y el inicio oportuno de corticoterapia continúan siendo los principales pilares del tratamiento. En casos graves o refractarios se han empleado alternativas terapéuticas como ciclosporina, inmunoglobulina intravenosa, plasmaféresis y determinados agentes biológicos dirigidos contra mecanismos relacionados con los linfocitos T y las

interleuquinas. Sin embargo, estas intervenciones presentan evidencia limitada y carecen todavía de protocolos suficientemente estandarizados. En el paciente quirúrgico, el abordaje requiere individualizar las intervenciones, proporcionar soporte general, mantener una monitorización estrecha y tratar oportunamente las complicaciones agudas. Se concluye que el DRESS representa una reacción de hipersensibilidad potencialmente grave cuya presentación perioperatoria plantea importantes dificultades diagnósticas y terapéuticas, especialmente por el riesgo de afectación multiorgánica. Aunque las herramientas diagnósticas disponibles y la corticoterapia temprana favorecen su manejo, persisten importantes vacíos de conocimiento que justifican investigaciones con poblaciones más amplias y metodologías que permitan establecer estrategias terapéuticas específicas para el contexto perioperatorio.

Palabras clave:

Síndrome de DRESS, paciente quirúrgico, perioperatorio, manejo integral.

ABSTRACT

Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome is a severe adverse drug reaction that poses a particular challenge in the perioperative setting due to polypharmacy, clinical complexity, and potential overlap with other complications. The objective of this review was to characterize DRESS syndrome in surgical patients, with emphasis on its recognition and therapeutic management. A literature review was conducted, including 25 references published over the last ten years in Spanish, English, and Portuguese. The evidence analyzed indicates that early recognition of the syndrome, identification and immediate withdrawal of the causative drug, and timely initiation of corticosteroid therapy remain the main pillars of treatment. In severe or refractory cases, therapeutic alternatives such as cyclosporine, intravenous immunoglobulin, plasmapheresis, and selected biological agents targeting mechanisms related to T lymphocytes and interleukins have been used. However, evidence supporting these interventions remains limited, and sufficiently standardized protocols are still lacking. In surgical patients, management requires individualized interventions, general supportive care, close monitoring, and timely treatment of acute complications. It is concluded that DRESS is a potentially severe hypersensitivity reaction whose perioperative presentation poses significant diagnostic and therapeutic challenges, particularly because of the risk of multiorgan involvement. Although currently available diagnostic tools and early corticosteroid therapy facilitate clinical management, important knowledge gaps remain, highlighting the need for further research involving larger populations and robust methodologies to establish specific therapeutic strategies for the perioperative setting.

Keywords:

DRESS syndrome, surgical patient, perioperative, comprehensive management.

INTRODUCCIÓN

El Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS) está contemplado entre las reacciones adversas graves a medicamentos, tanto por su complejidad fisiopatológica como por sus desenlaces potencialmente letales. Se caracteriza por presentar un período de latencia prolongado, habitualmente de dos a ocho semanas después de la exposición al fármaco desencadenante, seguido por una respuesta inflamatoria sistémica que puede incluir fiebre, exantema cutáneo, edema facial, eosinofilia, linfocitos atípicos en sangre periférica y compromiso de uno o varios órganos. A diferencia de otras reacciones adversas medicamentosas de aparición más inmediata, el DRESS presenta un curso clínico prolongado y dinámico, con posibilidad de progresión incluso después de la suspensión del agente causal, así como recaídas durante la reducción de los corticoides y potencial desarrollo de secuelas autoinmunes a largo plazo (Criado et al., 2025).

La expresión clínica del síndrome puede variar considerablemente entre los pacientes, lo que dificulta establecer un patrón único de presentación. Las manifestaciones cutáneas suelen constituir uno de los signos iniciales más evidentes; sin embargo, la relevancia clínica del DRESS está determinada fundamentalmente por la afectación sistémica. El hígado figura entre los órganos comprometidos con mayor frecuencia, aunque también pueden presentarse alteraciones renales, pulmonares, cardíacas, hematológicas, gastrointestinales y neurológicas. Esta diversidad obliga a mantener una vigilancia integral del paciente, debido a que el deterioro de la función orgánica puede desarrollarse progresivamente y no necesariamente coincidir con la intensidad de las manifestaciones dermatológicas. En consecuencia, una aparente mejoría cutánea no siempre representa la resolución del proceso inflamatorio sistémico.

Si bien su incidencia es relativamente baja y las estadísticas disponibles sitúan su mortalidad entre el 3 % y el 10 %, la insuficiencia hepática fulminante y la miocarditis aguda se encuentran entre las principales causas de desenlaces fatales. El conocimiento sobre su fisiopatología ha experimentado importantes avances durante las últimas décadas y actualmente se considera una enfermedad inmunológica multifactorial, resultante de la interacción entre la predisposición genética, el metabolismo anómalo de determinados medicamentos, la activación específica de linfocitos T y la reactivación de ciertos virus implicados en la respuesta inmunitaria. Estos mecanismos contribuyen a explicar la marcada heterogeneidad clínica, las diferencias en el compromiso de órganos y sistemas y las dificultades para establecer un diagnóstico precoz. Asimismo, el reconocimiento de nuevas vías inmunológicas ha impulsado la búsqueda de estrategias terapéuticas dirigidas más allá de los corticoides, aunque la evidencia disponible continúa siendo limitada (Calle et al., 2023).

Uno de los principales problemas asociados al DRESS es precisamente la dificultad de establecer una relación causal entre la exposición farmacológica y las manifestaciones clínicas. El intervalo prolongado entre el inicio del tratamiento y la aparición de los síntomas puede reducir la sospecha inicial de una reacción medicamentosa, particularmente cuando durante ese período se han administrado múltiples fármacos. A ello se suma que la fiebre, las alteraciones hematológicas, la disfunción orgánica y las lesiones cutáneas pueden observarse en numerosas enfermedades infecciosas, inflamatorias, autoinmunes y hematológicas. Por esta razón, el diagnóstico exige integrar cuidadosamente los antecedentes farmacológicos, la evolución temporal, las características clínicas y los hallazgos analíticos, además de excluir otras causas capaces de explicar el cuadro.

En este escenario, las herramientas diagnósticas adquieren especial importancia para aumentar la precisión de la

evaluación clínica. Los sistemas de puntuación y criterios establecidos permiten valorar de manera estructurada elementos como la fiebre, la eosinofilia, la presencia de linfocitos atípicos, la extensión del exantema, el compromiso de órganos internos y la exclusión de diagnósticos alternativos. Sin embargo, estas herramientas deben interpretarse en conjunto con la evolución del paciente y no como elementos aislados, debido a que algunas alteraciones pueden aparecer de manera progresiva. El carácter dinámico del síndrome determina que un paciente inicialmente sin todos los criterios característicos pueda desarrollar posteriormente una presentación clínica más completa.

En el contexto perioperatorio, el DRESS constituye un desafío particularmente importante y complejo, pues los pacientes quirúrgicos suelen encontrarse expuestos simultánea o secuencialmente a múltiples medicamentos potencialmente relacionados con su aparición, entre ellos antibióticos, anticonvulsivantes, analgésicos, inhibidores de la bomba de protones y antiinflamatorios. Esta polifarmacia dificulta considerablemente la identificación del agente responsable y adquiere especial relevancia cuando la exposición farmacológica se modifica durante las diferentes etapas preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria. La reconstrucción cronológica de todos los medicamentos administrados se convierte, por tanto, en un componente esencial de la valoración clínica.

Además, muchas de las manifestaciones del DRESS son inespecíficas y pueden confundirse con complicaciones esperables o relativamente frecuentes durante el período posoperatorio. La fiebre puede interpretarse inicialmente como consecuencia de una infección; las alteraciones hepáticas o renales pueden atribuirse a cambios hemodinámicos, toxicidad farmacológica directa o condiciones preexistentes; mientras que la leucocitosis, las modificaciones de los parámetros inflamatorios y determinadas manifestaciones cutáneas pueden relacionarse con múltiples procesos propios del paciente hospitalizado. Este solapamiento clínico favorece el error diagnóstico y puede retrasar la instauración oportuna del tratamiento, lo cual podría traducirse en una evolución desfavorable y un incremento del riesgo de complicaciones graves (Criado et al., 2025).

El diagnóstico diferencial adquiere, en consecuencia, una importancia central en el paciente quirúrgico. La evaluación debe considerar procesos infecciosos y sépticos, otras reacciones medicamentosas graves, enfermedades autoinmunes y diferentes causas de disfunción multiorgánica. Esta diferenciación resulta especialmente relevante porque algunas de estas condiciones pueden requerir estrategias terapéuticas sustancialmente diferentes. Mientras que ante la sospecha de DRESS resulta fundamental suspender tempranamente el medicamento potencialmente desencadenante, otros cuadros pueden exigir mantener o iniciar tratamientos farmacológicos

específicos. Una interpretación incorrecta del origen de las manifestaciones clínicas puede, por tanto, modificar de manera significativa la evolución del paciente.

Desde la perspectiva terapéutica, la retirada del agente causal, el soporte de las funciones orgánicas comprometidas y el empleo de corticoides sistémicos en los casos que lo requieren continúan constituyendo componentes esenciales del manejo. No obstante, la presencia de formas graves, refractarias o con afectación multiorgánica ha generado interés por otras estrategias inmunomoduladoras e inmunosupresoras. La utilización de ciclosporina, inmunoglobulina intravenosa, plasmaféresis y determinados agentes biológicos ha sido descrita en situaciones seleccionadas, aunque persisten limitaciones relacionadas con la calidad de la evidencia, la heterogeneidad de los pacientes estudiados y la ausencia de protocolos terapéuticos ampliamente estandarizados. Estas incertidumbres son aún más relevantes en el entorno perioperatorio, donde cualquier intervención debe considerar simultáneamente la respuesta inmunológica, el estado hemodinámico, el riesgo infeccioso, la cicatrización y las posibles complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico.

Por estas razones, el abordaje del DRESS en el paciente quirúrgico requiere una perspectiva integral que combine la sospecha clínica temprana, la reconstrucción detallada de la exposición farmacológica, la aplicación razonada de herramientas diagnósticas, la evaluación sistemática de la afectación orgánica y la selección individualizada de las intervenciones terapéuticas. La limitada evidencia específicamente orientada al escenario perioperatorio hace necesario sistematizar los conocimientos disponibles para facilitar su reconocimiento y manejo. En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo caracterizar el síndrome de DRESS en el paciente quirúrgico, con especial atención a su diagnóstico diferencial, manejo perioperatorio, alternativas terapéuticas y principales desafíos clínicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter descriptivo con el propósito de caracterizar el síndrome de reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) en el contexto perioperatorio, con especial atención a sus características clínicas, fisiopatología, diagnóstico diferencial, medicamentos relacionados, factores de riesgo y alternativas para el manejo del paciente quirúrgico.

La búsqueda de información se orientó hacia literatura científica relacionada con el síndrome de DRESS y su abordaje clínico, incluyendo publicaciones sobre reacciones adversas graves a medicamentos, criterios diagnósticos, afectación multiorgánica, farmacogenética, inmunopatogenia, tratamiento inmunosupresor y manejo perioperatorio. Para la localización de las fuentes se

consultaron recursos y bases de información científica como PubMed, Scopus, ScienceDirect, LILACS, Taylor & Francis y UpToDate.

La estrategia de búsqueda contempló términos relacionados con Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms, DRESS syndrome, surgical patient, perioperative management, drug hypersensitivity, differential diagnosis, systemic corticosteroids, immunosuppressive therapy y multiorgan involvement, así como sus equivalentes en español y portugués. Los términos fueron utilizados individualmente y mediante combinaciones orientadas a recuperar publicaciones relacionadas directamente con los objetivos de la revisión.

Como criterios de inclusión se consideraron artículos científicos y documentos académicos disponibles en español, inglés o portugués, relacionados directamente con el síndrome de DRESS, su diagnóstico, fisiopatología, manifestaciones clínicas, tratamiento o implicaciones en el paciente quirúrgico y perioperatorio. Se priorizaron publicaciones correspondientes a los últimos diez años y fuentes que aportaran información relevante para la caracterización clínica y terapéutica del síndrome.

Se excluyeron publicaciones que no abordaban directamente el objeto de estudio, documentos con información insuficiente para los propósitos de la revisión y trabajos cuya antigüedad superaba el período establecido. No obstante, se conservaron algunas referencias anteriores cuando correspondían a trabajos fundamentales para comprender el desarrollo histórico de los criterios diagnósticos o los mecanismos fisiopatológicos del DRESS.

Después de la revisión y depuración de la literatura recuperada, se seleccionaron 25 referencias bibliográficas para el análisis. La información fue organizada mediante una síntesis narrativa y descriptiva, agrupándose los principales hallazgos en los siguientes ejes temáticos: fisiopatología y mecanismos inmunológicos, contexto perioperatorio, medicamentos relacionados con el DRESS, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y de laboratorio, criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial, manejo del paciente quirúrgico, corticoterapia, alternativas inmunomoduladoras y tratamiento de las complicaciones agudas.

Finalmente, los resultados fueron analizados de manera integradora, contrastando los hallazgos de las diferentes fuentes con el propósito de identificar coincidencias, diferencias, alternativas terapéuticas y vacíos de conocimiento relacionados con el reconocimiento y manejo del DRESS en el paciente quirúrgico.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El DRESS es básicamente una reacción adversa grave a la administración de un medicamento, dada por una respuesta inmunológica retardada que se manifiesta mediante síntomas como fiebre, exantema cutáneo extenso,

eosinofilia marcada, alteraciones hematológicas y en mayor o menor grado compromiso de uno o múltiples órganos. En cuanto a los mecanismos de hipersensibilidad estaría comprendido en la clasificación IV, o sea, una respuesta mediada por la acción de los linfocitos T, con un período de latencia típicamente más prolongado que otras farmacodermias, el cual es de entre dos a ocho semanas (Criado et al., 2025) also known as DRESS syndrome, is a serious and potentially fatal reaction that occurs in response to prolonged use (generally between 14 and 60 days).

La evolución clínica se caracteriza por la persistencia y/o progresión de los síntomas incluso tras la suspensión del fármaco desencadenante y el inicio de la corticoterapia. De hecho, la literatura reporta un número importante de casos con presencia de recaídas durante el período de desmame de corticoides, así como la posibilidad de desarrollar enfermedades autoinmunes meses o años después de la fase aguda. Es así que el DRESS se ha incluido en el grupo de reacciones adversas graves, junto con otras patologías potencialmente letales como el Síndrome de Stevens-Johnson, la necrólisis epidérmica tóxica y la pustulosis exantemática aguda generalizada (Thompson et al., 2024).

En los últimos años, tanto la comprensión como el manejo de este síndrome se han beneficiado del interés de la comunidad médica y científica, que ha logrado extender la lista de fármacos relacionados más allá de los anticonvulsivantes, como se le concebía en la década de los 90, así como el diferenciarlo de otras entidades como el síndrome de hipersensibilidad inducido por drogas, que se basa en la reactivación del virus del herpes tipo 6 (HHV-6). No obstante, el diagnóstico del DRESS continúa siendo eminentemente clínico, apoyándose en sistemas de clasificación estandarizados como los propuestos por Bocquet, pioneros en la sistematización del diagnóstico, pero con marcadas limitantes debido a la baja sensibilidad y capacidad de clasificación de los casos incompletos (Thompson et al., 2024).

Asimismo, en la literatura se mencionan los criterios J-SCAR, bastante empleados en la región asiática pues incorporan la reactivación del virus del herpes tipo 6 como elemento distintivo, aunque no ha demostrado gran sensibilidad y especificidad. Posteriormente, el grupo RegiSCAR dio a conocer su sistema de puntuación diagnóstica, basado en la presencia de adenopatías, fiebre, alteraciones hematológicas, compromiso de órganos internos, características del exantema y evolución clínica del cuadro, clasificando así a los pacientes según la probabilidad en “no caso”, “posible”, “probable” y “definitivo”. Esta herramienta es la más usada en la actualidad, tanto en la práctica como en la investigación (Calle et al., 2023).

El DRESS, como se ha abordado, representa una de las formas más complejas conocidas de reacción de

hipersensibilidad medicamentosa, donde intervienen factores genéticos, inmune y virales, desencadenando una respuesta sistémica totalmente desregulada. A diferencia de otras reacciones, la fisiopatología de este no depende de la exposición al fármaco, sino de una secuencia de eventos inmunes que se vienen desarrollando durante semanas. En las personas que presentan cierta susceptibilidad genética, determinados medicamentos o sus metabolitos reactivos son reconocidos por el sistema inmunológico a través de diversos mecanismos, entre ellos el modelo hapteno/prohapteno, la interacción farmacológica directa con el complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) y el receptor de la célula T, así como el modelo del repertorio peptídico (Shiohara & Mizukawa, 2019).

Consecuentemente, se genera una activación masiva de los linfocitos T frente al medicamento, seguida de intensa liberación de citocinas, expansión de eosinófilos y, finalmente, la reactivación secuencial de virus latentes, fundamentalmente de la familia *Herpesviridae*. Estos fenómenos amplifican y prolongan la respuesta inflamatoria sistémica, explicando el largo período de latencia del síndrome y la persistencia del estado proinflamatorio aún después de la retirada del fármaco que puede llevar a la afectación multiorgánica (Shiohara & Mizukawa, 2019).

Dicho esto, podemos entender que el DRESS abarca mecanismos complejos de las reacciones de hipersensibilidad tipo IV o mediada por linfocitos T, de los subtipos IVa, IVb y, en menor medida IVc. La activación inicial ocurre cuando el fármaco o sus metabolitos es presentado por el HLA a los receptores linfocitarios. En aquellos pacientes portadores de ciertos alelos HLA la interacción favorece la expansión clonal tanto de los CD4 como de los CD8 específicos, que adquieren un fenotipo efector y migran hacia la piel y los órganos internos (Descamps et al., 2017).

Los linfocitos, como eje central de la respuesta inmune, producirán una gran cantidad de citocinas proinflamatorias y citotóxicas, que inducen la apoptosis celular y estimulan el reclutamiento de otras células como eosinófilos y monocitos. Paralelamente, este microambiente favorece la reactivación de virus latentes de la familia *Herpesviridae* que genera un segundo estímulo antigénico capaz de amplificar y perpetuar la respuesta inmune, siendo esta una de las características distintivas del DRESS y que es capaz de explicar su evolución prolongada en relación con otras reacciones inducidas por medicamentos (Descamps et al., 2017).

La eosinofilia periférica es otro de los rangos hematológicos distintivos del DRESS, reflejando la intensa activación de la respuesta inmune tipo 2. Los eosinófilos son reclutados desde la médula ósea hacia la circulación y, posteriormente, hacia los tejidos con la influencia de varias citocinas e interleucinas, especialmente la IL-5. Estas células, a su vez, liberan proteínas citotóxicas contenidas en sus gránulos de secreción, como la proteína básica mayor, a proteína catiónica y la peroxidasa eosinofílica,

que inducen daño directo sobre los hepatocitos, células de los túbulos renales, neumocitos, músculo cardíaco y endotelio vascular (Thompson et al., 2024).

En la actualidad se considera que los eosinófilos, además de ser arcadores importantes de la inflamación, pueden llegar a tomar el papel de efectores del daño orgánico. Muchas investigaciones demuestran asociación entre la eosinofilia persistente y un riesgo incrementado de complicaciones como la hepatitis fulminante, la neumonitis intersticial, la nefritis y complicaciones cardíacas tardías. Dicho esto, se ha impulsado el desarrollo de estudios encaminados a experimentar terapias inmunológicas dirigidas contra la vía de la interleucina 5, como mepolizumab y benralizumab, teniendo resultados preliminares aceptables en el manejo del DRESS (Shiohara et al., 2016).

De la misma manera, existen otras citocinas como las interleucinas 4 y 13 que favorecen la polarización hacia la respuesta inmune tipo 2 y aumentan la producción de IgE, la cual potencializa la acción de los eosinófilos. La prevalencia de la respuesta Th2 constituye una de las principales diferencias entre el DRESS y otras reacciones cutáneas severas como el síndrome de Steven-Johnson. Asimismo, se ha evidenciado durante las fases iniciales una producción significativa de interferón y factores de necrosis tumoral derivados de la actividad macrofágica y linfocitaria, lo cual favorece la activación del endotelio, la expresión de moléculas de adhesión y el reclutamiento de leucocitos hacia los tejidos inflamados (Thompson et al., 2024).

Por su parte, los linfocitos T reguladores (Treg) desempeñan un papel fundamental en la inmunopatogenia del DRESS, pues durante la fase aguda aumentan transitoriamente tanto en número como en actividad, posiblemente a modo de compensación para limitar la intensa activación inmune inducida por el fármaco. No obstante, esta regulación favorece la activación de los virus latentes ya mencionados, pues queda disminuida temporariamente la “vigilancia” inmunológica frente a dichos gérmenes. Posteriormente, en conjunto con el progreso de la enfermedad, los Treg van perdiendo su capacidad supresora y permiten la expansión sostenida de otros clones de linfocitos efectores, perpetuando así los mecanismos de inflamación sistémica (Shiohara et al., 2016).

La susceptibilidad genética es uno de los pilares fisiopatológicos más mencionados en el DRESS, lo cual explica por qué solo una pequeña porción de los individuos expuestos a ciertos fármacos desarrolla la enfermedad. Existe una fuerte asociación entre ciertos alelos del HLA y el riesgo de presentar DRESS inducido por medicamentos específicos. Dichas moléculas forman parte de la cadena de presentación de antígenos a los linfocitos T, por lo que las variantes alélicas implicadas favorecen el denominado reconocimiento aberrante, ya sea del medicamento en cuestión o de sus metabolitos, desencadenando la respuesta inmune exagerada. Entre dichas variantes

alélicas se destacan el HLA-B*58:01 con el alopurinol, el HLA-a*31:01 y el HLA-B*15:02 con la carbamazepina, el HLA-B*57:01 con abacavir y el HLA-B*13:01 con dapsona (Amaro-Álvarez et al., 2024; Cabañas et al., 2020).

Continuando con los mecanismos fisiopatológicos del DRESS, la afectación multiorgánica es otra de sus características diferenciales, siendo la responsable principal de la mortalidad. Aunque la piel suele ser el órgano determinante de la enfermedad, hasta el 90 % de los pacientes presenta cierto grado de compromiso en la evolución clínica, fundamentalmente a nivel hepático, renal, respiratorio o cardíaco. La lesión de órganos puede ser simultánea y progresiva, iniciando varios días después del inicio del exantema, lo que dificulta el diagnóstico oportuno. En el paciente quirúrgico, eje central de esta investigación, este comportamiento es particularmente relevante porque la fiebre, elevación de transaminasas, la lesión renal aguda o el deterioro respiratorio suelen atribuirse siempre a complicaciones posoperatorias como la sepsis, retrasando el inicio del tratamiento con inmunosupresores.

Como se mencionó, el hígado suele ser el órgano más comprometido, siendo la hepatitis aguda la principal causa de mortalidad asociada al DRESS. Las manifestaciones pueden variar desde la elevación asintomática de las transaminasas hasta la hepatitis fulminante e insuficiencia hepática aguda con necesidad de trasplante. El riñón es el segundo órgano más afectado en frecuencia, experimentando una nefritis intersticial o tubular aguda con requerimiento de terapia renal sustitutiva en un porcentaje relevante de casos. También la literatura menciona casos de glomerulonefritis y lesión renal aguda aislada. En pacientes quirúrgicos ambas alteraciones pueden solaparse con la hepatotoxicidad asociada a fármacos, isquemia hepática aguda, hipoperfusión renal por hipovolemia, nefrotoxicidad por contraste intravenoso o simplemente daño multiorgánico asociado a sepsis. Por tanto, la presencia de otras alteraciones como eosinofilia, exantema, linfocitos atípicos en el hemograma y exposición reciente a medicamentos de riesgo debe encender las alertas para pensar en DRESS (Dagnon da Silva et al., 2023; Schunkert & Divito, 2021).

En el caso de la afectación pulmonar, esta aparece en una tercera parte de los pacientes aproximadamente, manifestándose como neumonitis intersticial en la mayoría de los casos, con infiltrados pulmonares difusos, derrame pleural o síndrome de dificultad respiratoria aguda. Asimismo, el compromiso cardiovascular se caracteriza por miocarditis eosinofílica, alteraciones de la conducción, insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico, complicaciones que se asocian con tasas de mortalidad importantes y aún más en el contexto perioperatorio, donde pueden interpretarse erróneamente como neumonía nosocomial, tromboembolismo pulmonar, edema agudo del pulmón, síndrome coronario agudo o miocardiopatía relacionada al estrés quirúrgico (Schunkert & Divito, 2021).

Por último, la literatura también menciona casos de afectación al sistema nervioso central, como meningitis aséptica, encefalitis, neuropatías periféricas o alteraciones del estado de conciencia, así como compromiso de médula ósea con pancitopenia aguda secundaria a la intensa activación inmunológica. Dichas complicaciones pueden aumentar el riesgo de infecciones, sangramiento intenso o retraso en los mecanismos de coagulación y cicatrización, cruciales en el paciente peri quirúrgico y haciendo que aumenten los requerimientos de cuidados intensivos. Debido a su naturaleza dinámica, el DRESS merece complementar su evaluación inicial con la monitorización seriada de laboratoriales relacionados con la función de los sistemas de órganos ya mencionados, de manera que se pueda realizar un diagnóstico precoz (Dagnon da Silva et al., 2023).

Contexto perioperatorio y síndrome de DRESS

Si bien el DRESS es poco frecuente en la práctica médica, su relevancia en el contexto perioperatorio ha aumentado debido al uso creciente de medicamentos potencialmente desencadenantes. La incidencia estimada en la población general es de 1 por cada 1 000 exposiciones farmacológicas, mientras que en pacientes hospitalizados la brecha se cierra, siendo de 2,18 a 40 por cada 100 000 ingresos. Cabe recalcar que dichas cifras son subestimadas debido a la dificultad diagnóstica. En el capo quirúrgico no existen estudios epidemiológicos al respecto, no obstante, se entiende que el riesgo es importante en aquellos pacientes sometidos a cirugías mayores, procedimientos oncológicos, cirugía cardiovascular, ortopédica y neuroquirúrgicos con necesidad de hospitalización prolongada y/o cuidados intensivos. Este fenómeno puede explicarse por la exposición a múltiples drogas como antibióticos de amplio espectro, anticonvulsivantes, inhibidores de la bomba de protones y antiinflamatorios no esteroideos (Kroshinsky et al., 2024).

Dicho esto, la enfermedad puede manifestarse semanas después de la intervención quirúrgica, dificultando la identificación del agente causal y pudiendo evolucionar hacia el daño multiorgánico con requerimiento de estancia hospitalaria prolongada y aumentando los costos en salud. La hepatitis fulminante, la lesión renal aguda, la neumonitis y la miocarditis pueden llevar, a su vez, a necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas, la contraindicación de procedimientos electivos y el condicionamiento de un mayor riesgo de morbimortalidad en las evaluaciones clínicas preoperatorias. Aunque la mortalidad global del DRESS se estima entre el 3 % y el 10 %, se entiende que en pacientes quirúrgicos será mucho mayor (Kroshinsky et al., 2024).

Medicamentos relacionados con el DRESS en el paciente quirúrgico

El identificar el fármaco desencadenante del DRESS no es una tarea particularmente fácil, especialmente en el

contexto perioperatorio donde se utilizan múltiples drogas. Los antibióticos representan actualmente la principal causa desencadenante en pacientes hospitalizados, ya que por su utilización masiva han conseguido desplazar a los anticonvulsivantes como antiguos responsables. La vancomicina se ha consolidado como uno de los medicamentos más frecuentemente implicados, en especial en cirugías ortopédicas, procedimientos cardiovasculares y aquellos con alto riesgo de infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina o MRSA. De la misma manera, la literatura reporta casos asociados a las cefalosporinas como ceftriaxona y cefepime, pipetazo, carbapenémicos y sulfamidas, empleados a veces como profilaxis. Debido al tiempo de latencia del DRESS, las manifestaciones suelen iniciarse cuando el paciente ya ha recibido uno o varios ciclos de antibióticos, dificultando la identificación específica (Hansen et al., 2024).

Los anticonvulsivantes, por otro lado, todavía se mantienen entre las causas clásicas, siendo empleados fundamentalmente en neurocirugías y pacientes con traumatismo craneoencefálico y tumores de sistema nervioso central. Medicamentos como la fenitoína, la carbamazepina y la lamotrigina presentan una sólida asociación con el síndrome, especialmente en pacientes genéticamente susceptibles. En este contexto, vale la pena mencionar a los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos, que se han relacionado ocasionalmente, así como los opioides, cuya evidencia es limitada y se mantiene en reportes de casos aislados. En el paciente quirúrgico, es importante distinguir el DRESS de otras reacciones adversas relacionadas con los analgésicos como el prurito o las reacciones pseudoalérgicas mediadas por histamina (Calle et al., 2023; Criado et al., 2025).

Además de los mencionados, existen medicamentos de uso habitual en cirugía que se han relacionado como desencadenantes del síndrome. El alopurinol, por ejemplo, continúa siendo una importante causa a nivel mundial, teniendo un mayor riesgo de compromiso renal y hepático. Los inhibidores de la bomba de protones, por otro lado, ampliamente utilizados en la prevención de úlcera por estrés y la protección gástrica perioperatoria también han sido implicados, aunque con una frecuencia más pequeña. Finalmente, cabe mencionar los medios de contraste yodados y los fármacos antituberculosos, en especial la isoniazida y la rifampicina. Resumiendo la evaluación del paciente quirúrgico con DRESS debe extenderse hacia las ocho semanas previas al inicio de los síntomas, pesquisando los medicamentos administrados en ese período de tiempo (Hansen et al., 2024).

Otros factores de riesgo

El riesgo de DRESS en el paciente quirúrgico debe entenderse como una interacción entre la susceptibilidad individual y los elementos propios del perioperatorio que favorecen la sensibilización del sistema inmune y enmascaran

el diagnóstico. La polifarmacia, presente en un número nada despreciable de pacientes, incrementa la probabilidad de desarrollar la enfermedad en personas sometidas a cirugía mayor, debido a la exposición simultánea y a veces prolongada a múltiples medicamentos. Como ya se mencionó la administración prolongada a antibióticos de amplio espectro, especialmente en infecciones complicadas o nosocomiales y la inmunosupresión relacionada con las comorbilidades como las enfermedades autoinmunes, el tratamiento con corticoides o los trasplantes son factores de riesgo importantes a considerar. Cabe destacar aquí la posible mayor incidencia en pacientes oncológicos, debido a la combinación de quimioterapias, procedimientos invasivos, ciclos de antibióticos y alteraciones en el eje inmunológico propias del cáncer (Bezu et al., 2024; Lee et al., 2026).

Manifestaciones clínicas y laboratoriales

La presentación del DRESS en el paciente quirúrgico se reporta como insidiosa y constituye un verdadero reto diagnóstico, ya que suele solaparse con complicaciones frecuentes del perioperatorio. Las lesiones cutáneas son generalmente el primer hallazgo, apareciendo entre dos y ocho semanas después de la exposición al fármaco. Comienzan generalmente como exantema maculopapular morbiliforme, pruriginoso y progresivo que se extiende hacia el tronco y extremidades para posteriormente tomar el rostro y resto de superficie corporal, pudiendo evolucionar hacia la eritrodermia con descamación y en algunos casos edema facial, siendo este signo bastante sugestivo, especialmente cuando abarca la regiones periorbitarias (Arora et al., 2024).

Un elemento distintivo es el poco a nulo compromiso mucoso que tiene el DRESS, elemento importante para diferenciarlo de otras reacciones cutáneas graves. La aparición posterior de manifestaciones sistémicas es otro de los elementos distintivos, marcando la progresión de la enfermedad. La hepatitis es la complicación visceral más frecuente, misma que puede constatare con la elevación de las transaminasas o la aparición de dolor abdominal, falla hepática e ictericia características de la hepatitis fulminante. En cuanto a la nefritis tubulointersticial, esta se revela como lesión renal aguda con deterioro progresivo de los parámetros clínicos y de laboratorio. En el contexto perioperatorio todos estos síntomas y alteraciones pueden interpretarse como complicaciones frecuentes, por ello la asociación entre fiebre persistente, eosinofilia, exantema y deterioro progresivo de uno o varios órganos debe encender las alarmas para pensar en DRESS (Gottlieb et al., 2022).

Los disturbios en los exámenes de laboratorio son otro elemento primordial para el diagnóstico, pues permiten evaluar también la gravedad y la respuesta al tratamiento inmunosupresor. La eosinofilia en sangre periférica se encuentra en aproximadamente el 70 % de los casos,

pudiendo aparecer a veces de forma tardía. Puede haber también leucocitosis, presencia de linfocitos atípicos y trombocitopenia o pancitopenia moderadas. Bioquímicamente, la elevación de las transaminasas, bilirrubinas, marcadores de función hepática, creatinina y proteína C reactiva son marcadores que estarán alterados en mayor o menor medida, dependiendo del grado de comprometimiento sistémico. Asimismo, existen otros parámetros que pueden alterarse como la velocidad de sedimentación globular y algunas reactantes inespecíficos de fase aguda, que no son indicativos de diagnóstico por sí solos. En el paciente quirúrgico, hay que cuidar no confundir este contexto laboratorial con la sospecha de infección bacteriana o falla multiorgánica posoperatoria (Arora et al., 2024).

Criterios diagnósticos del síndrome de DRESS

Como se ha abordado, de los mayores desafíos en esta patología el diagnóstico continúa siendo uno de los más mencionados, sobre todo en el contexto perioperatorio, pues no existe un biomarcador específico y se reporta una gran variabilidad clínica. En la práctica actual, se recomienda la integración de la historia farmacológica, el tiempo de latencia entre la exposición al medicamento y el inicio de las manifestaciones clínicas, así como la presencia de síntomas cutáneos típicos en conjunto con la posibilidad de afectación multiorgánica y las alteraciones laboratoriales hematológicas. Siendo así, se emplean algunos sistemas estandarizados de puntuación que permiten aumentar la precisión diagnóstica (Bocquet et al., 2016).

Inicialmente se describen los criterios de Bocquet, que fueron publicados en 1996 y definían tres requisitos esenciales basados en la erupción cutánea típica, la eosinofilia mayor de 1 500 células por microlitro o presencia de linfocitos en la lámina periférica, así como el compromiso de al menos un órgano interno, fuera este hígado, riñón, pulmón o corazón. Si bien fueron los pioneros en definir una herramienta para el diagnóstico del DRESS, la sensibilidad y especificidad de dichos criterios no era muy fuerte, por lo que excluían aquellos cuadros atípicos y con presentación incompleta. Más adelante el grupo RegiSCAR desarrolló su propio sistema de puntuación, que es el más utilizado en la actualidad. Este se basa en la presencia de fiebre mayor de 38,5 °C, adenopatías, eosinofilia según distintos umbrales, linfocitos atípicos y el exantema de extensión y características puntuales, permitiendo así clasificar los cuadros en “no caso”, “posible”, “probable” o “definitivo” (Peyrière et al., 2016).

La literatura también menciona al grupo japonés J-SCAR que propuso el término de síndrome de hipersensibilidad asociado a drogas (DIHS por sus siglas en inglés), incorporando en este la reactivación del virus del herpes humano tipo 6, además de exigir un período de latencia prolongado, así como la persistencia de la clínica después

de retirado el fármaco. En el paciente quirúrgico, donde los picos febriles y las alteraciones hepatorenales pueden deberse a múltiples causas, el uso sistemático de los criterios de Regi-SCAR resulta útil para aumentar la sospecha diagnóstica y la identificación temprana de la patología. De esta forma, se puede suspender el fármaco de manera oportuna, dando inicio a la corticoterapia (Criado et al., 2025).

Manejo del paciente quirúrgico con DRESS

Ante el diagnóstico de síndrome de DRESS en un paciente quirúrgico debe iniciarse con suspensión inmediata e impostergable del fármaco sospechoso, siendo esa la intervención terapéutica más importante y el principal factor determinante del pronóstico. En el perioperatorio es una decisión compleja debido a la exposición a múltiples drogas y la necesidad de mantener ciertos tratamientos. Es por eso que resulta bien importante el establecer una cronología de registro adecuada de los tratamientos instaurados y la duración de estos, priorizando aquellos que se asocian mayormente con la enfermedad (Kroshinsky et al., 2024).

El siguiente paso sería la estratificación de la gravedad, estableciendo la diferencia entre las formas leves y severas del DRESS, pues el tratamiento cambia en dependencia de si la clínica se limita solo a las lesiones de la piel o compromete órganos internos. Cuando se evidencia hepatitis moderada o grave, insuficiencia renal aguda o alteraciones pulmonares y/o cardíacas los pacientes deben ser clasificados como alto riesgo, requiriendo mantener la hospitalización, monitorización estrecha y tratamiento inmunomodulador precoz con abordaje multidisciplinario que incluya cirugía, medicina interna, dermatología y, si el caso lo requiere, cuidados intensivos (Wedel, 2024).

Los corticoides sistémicos continúan siendo el tratamiento de elección en pacientes con DRESS moderado a grave, recomendándose iniciar con prednisona o prednisolona en dosis de 0,1 a 1 mg/kg/día, mientras que en aquellos con formas potencialmente letales, como la encefalitis, miocarditis, neumonitis e insuficiencia hepática, la administración de metilprednisolona intravenosa en pulsos de 500 a 1 000 mg/día no debe retrasarse. Cuando se registran casos limitados a las manifestaciones cutáneas y sin afectación visceral después de realizar la pesquisa laboratorial pertinente, la evidencia habla a favor de mantener el tratamiento con corticoides tópicos de alta potencia y sintomáticos, evitando la exposición a corticoides sistémicos (Brüggen et al., 2024).

En los pacientes quirúrgicos el inicio de la corticoterapia debe ser individualizado de acuerdo con el perfil de riesgo-beneficio, pues estos pueden influenciar negativamente en la recuperación, la susceptibilidad a las infecciones, la descompensación metabólica y glicémica y la cicatrización. De esta forma, se recomienda que la duración del tratamiento y el desmame se realice de manera

individual, pues el DRESS presenta una evolución prolongada y la suspensión del corticoide puede desencadenar nuevamente los síntomas. La literatura médica plantea pautas de desmame lento y progresivo durante al menos 6 a 12 semanas, siendo permitido un intervalo de hasta 3 meses en algunos casos con compromiso visceral (Brüggen et al., 2024; Chen Cardenas et al., 2022).

En la evolución del DRESS es importante mantener la monitorización estrecha del exantema, así como de los perfiles laboratoriales de hemograma, función hepática y renal. En pacientes perioperatorios hay que recordar que puede haber necesidad de reintervenciones quirúrgicas, por lo que al continuar recibiendo medicamentos inmunosupresores se debe sopesar el riesgo de insuficiencia suprarrenal secundaria y planificar de manera adecuada la cobertura esteroidea de acuerdo con el grado de estrés quirúrgico calculado en cada procedimiento (Brüggen et al., 2024; Chen Cardenas et al., 2022).

En pacientes con DRESS grave o refractarios a la corticoterapia debe considerarse el inicio de tratamientos de segunda línea basadas en la inmunomodulación, aunque estos no tienen una evidencia muy fuerte. La ciclosporina es el fármaco más estudiado en dichos casos, debido a su capacidad para inhibir la activación de los linfocitos T a través del bloqueo de la calcineurina y la reducción de la interleuquina 2. Existen estudios que respaldan una mejor respuesta y menor duración del tratamiento con este fármaco en comparación con los corticoides. Por otro lado, la inmunoglobulina intravenosa es una alternativa interesante a considerar, especialmente cuando hay compromiso multiorgánico. Sin embargo, su prescripción debe ser individualizada debido a la heterogeneidad de resultados obtenidos y no se recomienda como monoterapia (Brüggen et al., 2024; Kuyucu et al., 2025).

El micofenolato mofetilo es otra potencial alternativa, sobre todo en pacientes que presentan lesión renal aguda, hepática o necesidad de tratamiento inmunosupresor prolongado. Finalmente, la plasmaféresis se reserva para casos excepcionales de la enfermedad, que evolucionan de manera fulminante, con falla multiorgánica y elevado riesgo de mortalidad en ausencia de respuesta a otras intervenciones. En el contexto perioperatorio, la elección de estrategias de segunda línea debe reservarse para ser discutida multidisciplinariamente y valorando el perfil de cada caso (Criado et al., 2025; Kuyucu et al., 2025).

Siendo aún más actualizado, el uso de biológicos como el mepolizumab y el benralizumab se ha planteado como estrategia que reconoce el papel central de las citocinas inflamatorias y los eosinófilos en la fisiopatología del DRESS. Estos anticuerpos monoclonales han mostrado respuestas favorables en algunos reportes de casos y estudios de pequeñas series, particularmente en pacientes con complicaciones pulmonares, cardíacas y eosinofilia persistente. La evidencia disponible hasta el momento

apunta hacia una rápida disminución de los eosinófilos con el uso de dichos tratamientos, sobre todo en formas con predominio de la respuesta inflamatoria tipo 2 y que recaen durante la corticoterapia. Dichos tratamientos pueden ser atractivos en el paciente quirúrgico, sin embargo, aún precisan de un nivel más robusto de investigación (Kuyucu et al., 2025; Shiohara et al., 2016).

Dicho esto, no se debe dejar de lado el adecuado manejo perioperatorio, que debe orientarse a prevenir la progresión del DRESS mientras se controla la respuesta inmunológica. El soporte hemodinámico es esencial y debe basarse en proporcionar fluidoterapia guiada por objetivos individualizados, evitando tanto la hipovolemia como la sobrecarga hídrica y con uso precoz de agentes vasopresores si es necesario, lo cual ayudará a mantener un nivel adecuado de perfusión, sobre todo a nivel renal. En caso de neumonitis o distrés respiratorio agudo el soporte ventilatorio es estándar. En cuanto al cuidado renal, además de la suspensión de fármacos nefrotóxicos debe optimizarse la volemia en función de la tasa de filtrado corregida y valorar la posibilidad de terapia de sustitución cuando el caso lo amerite, instaurando esta lo más oportunamente posible para evitar complicaciones derivadas de los disturbios metabólicos (Calle et al., 2023; Criado et al., 2025; Junaidi et al., 2024).

Finalmente, la evaluación y acompañamiento nutricional debe ser uno de los pilares de la atención, priorizando la vía enteral siempre que sea posible debido a la preservación de la masa muscular. Las medidas físicas para profilaxis de trombosis venosa profunda es otro eslabón importante en esta cadena, puesto que el tratamiento con corticoides es, por regla general, un riesgo trombótico significativo, en los casos que sea posible debe ser iniciada también la profilaxis antitrombótica farmacológica si el riesgo de sangramiento no es mayor. De esta forma, un abordaje multidisciplinar, individualizado y holístico puede hacer toda la diferencia en la evolución clínica y pronóstico (Calle et al., 2023; Powers et al., 2024).

Las complicaciones agudas del DRESS en consecuencia del estado proinflamatorio sistémico son la principal causa de mortalidad en la fase aguda. La falla hepática es la primera causa de muerte, pues evoluciona rápidamente y en un número importante de casos es fulminante por la elevación de las enzimas y la necrosis hepática. La miocarditis eosinofílica necrosante, por otro lado, es otra entidad que se debe considerar y pesquisar una vez hecho el diagnóstico de DRESS, mediante electrocardiogramas seriados y ecocardiogramas en pacientes que lo ameriten. La insuficiencia respiratoria tiende a ser más patente y florida clínicamente y su abordaje incluye por lo general los cuidados intensivos y la necesidad de ventilación mecánica. Finalmente, el estado de shock distributivo en general por la respuesta inflamatoria generalizada debe abordarse con total soporte (Kroshinsky et al., 2024).

CONCLUSIONES

El síndrome de DRESS representa una condición de especial complejidad en el paciente quirúrgico, no solo por la gravedad potencial de su afectación sistémica, sino por las dificultades para reconocerlo dentro de un escenario caracterizado por polifarmacia y manifestaciones clínicas que pueden confundirse con infecciones, sepsis, toxicidad farmacológica o complicaciones propias del posoperatorio. La asociación entre exposición reciente a medicamentos de riesgo, exantema, eosinofilia, alteraciones hematológicas y deterioro progresivo de la función orgánica debe elevar tempranamente la sospecha diagnóstica.

La revisión bibliográfica realizada permitió integrar la evidencia disponible sobre el síndrome de DRESS en el paciente quirúrgico desde una perspectiva clínica y perioperatoria. El análisis de las 25 referencias seleccionadas posibilitó caracterizar sus principales mecanismos fisiopatológicos, medicamentos desencadenantes, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y de laboratorio, criterios diagnósticos y alternativas terapéuticas, así como identificar las particularidades que adquiere esta reacción de hipersensibilidad en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Los resultados de la revisión muestran que la exposición simultánea o sucesiva a múltiples medicamentos constituye uno de los principales factores que dificultan la identificación del agente causal. El período de latencia prolongado puede determinar, además, que las manifestaciones aparezcan cuando el procedimiento quirúrgico ya ha concluido. Los antibióticos y anticonvulsivantes destacan entre los grupos farmacológicos de mayor relevancia, aunque otros medicamentos utilizados durante la atención perioperatoria también deben considerarse al reconstruir la historia farmacológica del paciente.

Desde el punto de vista clínico, los hallazgos analizados evidencian que la afectación hepática, renal, pulmonar y cardiovascular adquiere especial importancia por su asociación con las formas graves del síndrome. En el paciente quirúrgico, estas manifestaciones pueden confundirse con sepsis, toxicidad farmacológica, alteraciones hemodinámicas y otras complicaciones posoperatorias, por lo que la reconstrucción cronológica de la exposición farmacológica, la aplicación de criterios diagnósticos y la monitorización seriada de la función orgánica resultan fundamentales para orientar oportunamente el diagnóstico diferencial.

En relación con el tratamiento, la evidencia revisada muestra mayor consenso respecto a la suspensión inmediata del medicamento sospechoso y al empleo de corticoterapia sistémica en las formas moderadas y graves con afectación visceral. Sin embargo, en el paciente quirúrgico estas decisiones deben individualizarse considerando el riesgo de infección, las alteraciones

metabólicas, la cicatrización y las condiciones derivadas del procedimiento quirúrgico. La ciclosporina, la inmunoglobulina intravenosa, el micofenolato mofetilo, la plasmáferesis y los agentes biológicos representan alternativas para determinados casos graves o refractarios, aunque la evidencia disponible todavía resulta insuficiente para establecer esquemas terapéuticos uniformes.

Uno de los principales hallazgos de esta revisión fue la limitada disponibilidad de investigaciones específicamente centradas en el DRESS dentro del contexto perioperatorio. Gran parte de las recomendaciones aplicables al paciente quirúrgico procede de conocimientos generales sobre el síndrome y de su adaptación a las particularidades del perioperatorio, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la investigación dirigida específicamente a esta población.

El abordaje del DRESS en el paciente quirúrgico debe integrar la sospecha diagnóstica precoz, la identificación y retirada del agente causal, la estratificación de la gravedad, la vigilancia continua del compromiso multiorgánico y la participación de un equipo multidisciplinario. Los vacíos identificados justifican el desarrollo de estudios prospectivos y multicéntricos con poblaciones quirúrgicas más amplias, capaces de proporcionar evidencia para establecer protocolos específicos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento en el contexto perioperatorio.

REFERENCIAS

- Amaro-Álvarez, L., Cordero-Ramos, J., & Calleja-Hernández, M. Á. (2024). Exploración del impacto de la farmacogenética en la medicina personalizada: Una revisión sistemática. *Farmacia Hospitalaria*, 48(6), T299–T309. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2024.03.010>
- Arora, N., Chalasani, N., & Rahnema-Moghadam, S. (2024). A review of drug-induced liver injury with rash, eosinophilia, and systemic symptoms (DRESS) syndrome: Cutaneous manifestations, clinical features, and management. *Clinical Liver Disease*, 23(1), e0198. <https://doi.org/10.1097/CLD.0000000000000198>
- Bezu, L., Akçal Öksüz, D., Bell, M., Buggy, D., Diaz-Cambronero, O., Enlund, M., Forget, P., Gupta, A., Hollmann, M. W., Ionescu, D., Kirac, I., Ma, D., Mokini, Z., Piegeler, T., Pranzitelli, G., Smith, L., & The Euro-Periscope Group. (2024). Perioperative immunosuppressive factors during cancer surgery: An updated review. *Cancers*, 16(13), 2304. <https://doi.org/10.3390/cancers16132304>
- Bocquet, H., Bagot, M., & Roujeau, J. C. (1996). Drug-induced pseudolymphoma and drug hypersensitivity syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms: DRESS). *Seminars in cutaneous medicine and surgery*, 15(4), 250–257. [https://doi.org/10.1016/s1085-5629\(96\)80038-1](https://doi.org/10.1016/s1085-5629(96)80038-1)

- Brüggen, M.-C., Walsh, S., Ameri, M. M., Anasiewicz, N., Maverakis, E., French, L. E., Ingen-Housz-Oro, S., DRESS Delphi Consensus Group, Abe, R., Arden-Jones, M., Assier, H., Barbaud, A., Bensaid, B., Bernal, W., Bernier, C., Brassard, A., Brezinová, E., Cabañas, R., Cardones, A., ... Cho, Y.-T. (2024). Management of adult patients with drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: A Delphi-based international consensus. *JAMA Dermatology*, 160(1), 37–44. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.4450>
- Cabañas, R., Ramírez, E., Sendagorta, E., Alamar, R., Barranco, R., Blanca-López, N., Doña, I., Fernández, J., García-Núñez, I., García-Samaniego, J., López-Rico, R., Marín-Serrano, E., Mérida, C., Moya, M., Ortega-Rodríguez, N. R., Rivas Becerra, B., Rojas-Pérez-Ezquer, P., Sánchez-González, M. J., Vega-Cabrera, C., ... Bellón, T. (2020). Spanish guidelines for diagnosis, management, treatment, and prevention of DRESS syndrome. *Journal of Investigational Allergology & Clinical Immunology*, 30(4), 229–253. <https://doi.org/10.18176/jiaci.0480>
- Calle, A. M., Aguirre, N., Ardila, J. C., & Cardona Villa, R. (2023). DRESS syndrome: A literature review and treatment algorithm. *World Allergy Organization Journal*, 16(3), 100673. <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2022.100673>
- Chen Cardenas, S. M., Santhanam, P., Morris-Wiseman, L., Salvatori, R., & Hamrahian, A. H. (2023). Perioperative evaluation and management of patients on glucocorticoids. *Journal of the Endocrine Society*, 7(2), bvac185. <https://doi.org/10.1210/jeendo/bvac185>
- Criado, P. R., Ianhez, M., Miot, H. A., Criado, R. F. J., Talhari, C., & Müller Ramos, P. (2025). DRESS syndrome: An interaction between drugs, latent viruses, and the immune system. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 100(1), 104–120. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2023.12.010>
- Dagnon da Silva, M., Domingues, S. M., Oluic, S., Radovanovic, M., Kodela, P., Nordin, T., Paulson, M. R., Joksimović, B., Adetimehin, O., Singh, D., Madrid, C., Cardozo, M., Baralic, M., & Dumić, I. (2023). Renal manifestations of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) syndrome: A systematic review of 71 cases. *Journal of Clinical Medicine*, 12(14), 4576. <https://doi.org/10.3390/jcm12144576>
- Descamps, V., Ben Saïd, B., Sassolas, B., Truchetet, F., Avenel-Audran, M., Girardin, P., Guinépain, M.-T., Mathelier-Fusade, P., Assier, H., Milpied, B., Modiano, P., Lebrun-Vignes, B., & Barbaud, A. (2010). Prise en charge du drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS). *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 137(11), 703–708. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2010.04.024>
- Gottlieb, M., Figlewicz, M. R., Rabah, W., Buddan, D., & Long, B. (2022). Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms: An emergency medicine focused review. *The American Journal of Emergency Medicine*, 56, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.03.024>
- Hansen, E., Gallardo, M., Yan, A., Mital, R., Jolley, D., McFeeters, J., Gray, A., Sitton, B., Kaffenberger, B. H., & Korman, A. M. (2024). Risk assessment of drugs associated with DRESS syndrome based on publication frequency: A systematic review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 91(5), 962–966. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2024.06.081>
- Junaidi, B., Hawrylak, A., & Kaw, R. (2024). Evaluation and management of perioperative pulmonary complications. *Medical Clinics of North America*, 108(6), 1087–1100. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2024.04.003>
- Kroshinsky, D., Cardones, A. R. G., & Blumenthal, K. G. (2024). Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms. *The New England Journal of Medicine*, 391(23), 2242–2254. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2204547>
- Kuyucu, S., Blanca-Lopez, N., Caubet, J., Moral, L., Sousa-Pinto, B., Topal, O. Y., Mori, F., Atanaskovic Markovic, M., & Gomes, E. (2025). Clinical diagnosis and management of drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) in children: An EAA-CI position paper. *Pediatric Allergy and Immunology*, 36(7), e70103. <https://doi.org/10.1111/pai.70103>
- Lee, Y., Liew, Y., Sim, M. H., & Sim, X. L. J. (2026). Association of polypharmacy and perioperative outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Perioperative Practice*, 36(1–2), 29–41. <https://doi.org/10.1177/17504589251320818>
- Peyrière, H., Dereure, O., Breton, H., Demoly, P., Cociglio, M., Blayac, J.-P., Hillaire-Buys, D., & Network of the French Pharmacovigilance Centers. (2006). Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms: Does a DRESS syndrome really exist? *British Journal of Dermatology*, 155(2), 422–428. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07284.x>
- Powers, B. K., Ponder, H. L., Findley, R., Wolfe, R., Patel, G. P., Parrish, R. H., & Enhanced Recovery Comparative Pharmacotherapy Collaborative. (2024). Enhanced recovery after surgery (ERAS®) Society abdominal and thoracic surgery recommendations: A systematic review and comparison of guidelines for perioperative and pharmacotherapy core items. *World Journal of Surgery*, 48(3), 509–523. <https://doi.org/10.1002/wjs.12101>
- Schunkert, E. M., & Divito, S. J. (2021). Updates and insights in the diagnosis and management of DRESS syndrome. *Current Dermatology Reports*, 10, 192–204. <https://doi.org/10.1007/s13671-021-00348-z>

- Shiohara, T., & Mizukawa, Y. (2019). Drug-induced hypersensitivity syndrome (DIHS)/drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): An update in 2019. *Allergology International*, 68(3), 301–308. <https://doi.org/10.1016/j.alit.2019.03.006>
- Shiohara, T., Inaoka, M., & Kano, Y. (2006). Drug-induced hypersensitivity syndrome (DIHS): A reaction induced by a complex interplay among herpesviruses and antiviral and antidrug immune responses. *Allergology International*, 55(1), 1–8. <https://doi.org/10.2332/allergolint.55.1>
- Thompson, G., Ali, S., Trevenen, M., Vlaskovsky, P., Murray, K., & Lucas, M. (2024). Distinguishing DRESS syndrome from drug rash and eosinophilia: Beyond RegiSCAR criteria. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: Global*, 3(4), 100346. <https://doi.org/10.1016/j.jacig.2024.100346>
- Wedel, C. L. (2024). Demystifying drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): A review of the literature and guidelines for management. *Archives of Dermatological Research*, 316. <https://doi.org/10.1007/s00403-024-03389-z>

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de los autores:

Vanessa Cecilia Iza-Sanga, Juan Felipe Acosta-Orejuela, Nicolás Montes-Salazar, Carlos Steven Bodniza-Freire, Byron Allan Cachott-Brito: Concepción y diseño del estudio, adquisición de datos, análisis e interpretación, redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido, análisis estadístico, supervisión general del estudio. Xavier Quinonez-Ku: adquisición de datos, análisis e interpretación, revisión crítica del contenido.

Declaración ética:

El estudio aborda temas relacionados con estudiantes/ personas vulnerables, pero se realizó únicamente mediante revisión documental, análisis de información secundaria o bases de datos públicas. No implicó la participación directa de seres humanos ni el manejo de información personal identificable.