

Algoritmo de decisión (1-página)

Eritema pigmentario fijo (EPF) vs Eritema multiforme (EM) vs SJS/TEN

(criterios clínicos, extensión %SC, número de mucosas, dolor, fiebre y pasos inmediatos)

1) TRIAGE INICIAL (en la puerta)

- **Constantes y signos de alarma:** dolor cutáneo desproporcionado, fiebre $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, mal estado general, **signo de Nikolsky/Asboe-Hansen**, ≥ 2 mucosas afectadas (oral/ocular/genital), necrosis/eritema purpúrico con coalescencia, desprendimiento epidérmico visible. → **Sospecha SJS/TEN** y proceda a Sección 3. [Creamer 2016](#), [Bastuji-Garin 1993](#), [Phillips 2022](#).
- Si **ausentes** y las lesiones son **localizadas** y el paciente está estable, pase a **Sección 2** (EPF vs EM).

2) EPF vs EM (paciente estable, lesiones localizadas)

2A. ¿Placa fija que recidiva exactamente en el mismo sitio tras el mismo fármaco?

• Mácula/placa eritemato-violácea, a veces ampollosa; cura con **hiperpigmentación residual** (salvo variante no pigmentaria). → **EPF** probable. Acciones inmediatas:

1. **Suspender** fármaco sospechoso (y análogos con reactividad cruzada conocida, p. ej., **oxicams**).
2. Corticoide **tópico** de alta potencia + emolientes; antihistamínico según síntomas.
3. Documentar fármaco en **alergias**.
4. Considerar **biopsia punch** del **borde activo** si duda diagnóstica; **DIF** solo si hay DD con ampollas autoinmunes.
5. **Patch test lesional** $\geq 6-8$ sem post-resolución si no es cuadro grave.
[Anderson 2021](#), [Ozkaya-Bayazit 2003](#), [Shiohara 2009](#), [Andrade 2011](#).

2B. ¿Lesiones en “diana típica” (3 zonas, *elevadas/papulosas*), patrón *acral simétrico*, con o sin 1 mucosa?

→ **EM** (menor si sin mucosa / **mayor** si ≥ 1 mucosa; **desprendimiento** $<10\%$). Acciones inmediatas:

1. Buscar **desencadenante infeccioso** (HSV, *Mycoplasma pneumoniae*); tratar causa si procede.
2. Sintomático: analgesia local, enjuagues orales, corticoide **tópico**; valorar **antivírico** en EM recurrente por HSV.
3. **Hospitalizar** si dolor oral severo/deshidratación/compromiso ocular.
[Kechichian 2024](#), [Hafsi 2025](#), [Assier 1995](#), [Soares 2021](#).

Claves morfológicas rápidas

- **EPF:** 1–pocas placas **fijas**; recidiva **misma localización** con reexposición; deja **marrón grisáceo**.
[Anderson 2021](#).
- **EM:** **dianas típicas elevadas** (3 zonas) acrales; BSA con **desprendimiento** $<10\%$; mucosa 0–1.
[Kechichian 2024](#), [Assier 1995](#).

3) Sospecha de SJS/TEN (emergencia dermatológica)

Definición por extensión (% superficie corporal con epidermis desprendida + positiva a presión):

- **SJS:** <10%
 - **SJS/TEN solapado:** 10–30%
 - **TEN:** >30%
- [Bastuji-Garin 1993](#).

Acciones inmediatas (primeras 0–2 h)

1. **Suspender TODA** medicación no esencial y el **sospechoso**.
2. **Ingreso** (UCI/quemados/dermatología con experiencia).
3. **SCORTEN** al ingreso y a las 24 h (edad>40, malignidad, FC>120, %desprendimiento>10, urea>10 mmol/L, glucosa>14 mmol/L, HCO_3^- <20 mmol/L). [Bastuji-Garin 2000](#), [Dobry 2022](#).
4. Soporte: fluidos, control del dolor, manejo de heridas tipo “gran quemado”, **profilaxis trombótica**, nutrición, control infecciones; **oftalmología precoz**. [Creamer 2016](#), [Roujeau 2011](#).
5. **Inmunomodulación:** considerar **ciclosporina** precoz según protocolos locales; la evidencia de **corticoides/IVIG** es heterogénea → decidir caso a caso por equipo experto. [Creamer 2016](#), [Phillips 2022](#).

Perlas diferenciales GBFDE vs SJS/TEN

- **GBFDE:** historia previa de EPF, bordes **netos, menos mucosas**; hiperpigmentación temprana; IHQ con ↓ **granulysin/CD56** y ↑ **FOXP3** vs SJS/TEN. Manejo de soporte similar cuando es **extenso** (riesgo en ancianos). [Cho 2014](#), [Lipowicz 2013](#).

4) FLUJOGRAMA (texto)

Inicio → ¿Alarma sistémica (dolor intenso, fiebre, ≥ 2 mucosas, Nikolsky, necrosis extensa)?

• **Sí** → Clasificar %SC desprendida → **SJS/TEN** (Sección 3) → ingreso + SCORTEN + soporte + inmunomodulación guiada. [Bastuji-Garin 1993](#), [Bastuji-Garin 2000](#), [Creamer 2016](#).

• **No** → Evaluar **morfología**:

— **Placa fija recurrente** (hiperpigmenta al curar) ± vesícula/bulla → **EPF** → suspender fármaco, tópico potente, documentar alergia, considerar biopsia/patch test lesional diferido. [Anderson 2021](#), [Andrade 2011](#).

— **Dianas típicas elevadas** acrales, ≤ 1 mucosa, BSA desprendida <10% → **EM** → buscar HSV/ *Mycoplasma*, soporte, antivírico si recurrente, ingreso si hidratación/ocular comprometidos. [Kechichian 2024](#), [Soares 2021](#).

5) Notas operativas

- **Cuenta de mucosas:** oral, ocular, genital; ≥ 2 favorece SJS/TEN; **0–1** sugiere EM, pero no excluye SJS temprano → vigile evolución. [Assier 1995](#), [Creamer 2016](#).
- **Dolor cutáneo** y **sensibilidad** son marcadores tempranos de SJS/TEN; EM suele ser menos doloroso. [Creamer 2016](#), [Micheletti 2018](#).
- **Documento** foto inicial con **regla/escala** y repita diariamente en SJS/TEN; ayuda a estimar %SC y respuesta. [Phillips 2022](#).
