

Doi: <https://doi.org/10.37497/JMRReview.v4i00.98>

## REAÇÃO CUTÂNEA GRAVE EM PEDIATRIA: SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON ASSOCIADA AO USO DE ALBENDAZOL

*Severe skin reaction in pediatrics: Stevens-Johnson syndrome associated with the use of albendazole*

Juliana Azevedo Raphael Leite<sup>1</sup>, Priscilla Guerra Moura<sup>2</sup>

<sup>1-2</sup>Serviço de Pediatria. Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), Bragança Paulista - SP.

### Resumo

**Introdução:** A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma rara e grave reação mucocutânea, geralmente desencadeada por medicamentos, que se manifesta com bolhas e descolamento da pele em menos de 10% da superfície corporal. Embora de baixa incidência, a SSJ é uma emergência médica com alta morbimortalidade, podendo levar a complicações graves como cegueira, sepse e falência de múltiplos órgãos. O tratamento principal consiste na suspensão do medicamento causador e cuidados de suporte, semelhantes aos de pacientes com queimaduras. O albendazol, um antiparasitário de uso comum, é um dos fármacos que, embora raramente, pode estar associado a essa reação grave. **Objetivo:** Relatar um caso de SSJ provocado pelo uso de albendazol e tratado em nosso Serviço. **Método:** Este relato descreve um paciente pediátrico atendido no Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), situado em Bragança Paulista - SP. Todas as informações analisadas foram extraídas do prontuário já arquivado no Serviço, sem a realização de quaisquer intervenções adicionais. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUSF, sendo aprovado (parecer de aprovação número 7914120 de 20 de outubro de 2025) por cumprir as normas éticas e legais estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos. **Relato do Caso:** Paciente do sexo masculino, 2 anos e 3 meses de idade, apresentou erupção papulosa pruriginosa em região cervical com rápida disseminação e evolução para lesões bolhosas e crostosas. Inicialmente levantaram-se hipóteses de síndrome de Stevens-Johnson e síndrome de Kawasaki, sendo esta última descartada após exames complementares. O paciente recebeu tratamento com metilprednisolona, anti-histamínico e imunoglobulina humana, evoluindo com melhora significativa. Não houve necessidade de antibioticoterapia e o quadro infeccioso foi excluído. **Conclusão:** O caso evidencia a importância do diagnóstico diferencial precoce das dermatoses bolhosas na infância, e demonstra boa resposta terapêutica ao uso de imunoglobulina humana nos casos de síndrome de Stevens-Johnson, com desfecho clínico favorável.

**Palavras-chave:** Efeitos Adversos, Dermatopatia, Pediatria, Imunologia, Antiparasitários.

### Abstract

**Background:** Stevens-Johnson syndrome (SJS) is a rare and severe mucocutaneous reaction, usually triggered by medications, that manifests with blisters and skin detachment over less than 10% of the body surface area. Although low in incidence, SJS is a medical emergency with high morbidity and mortality, and can lead to serious complications such as blindness, sepsis, and multiple organ failure. The main treatment consists of discontinuation of the causative medication and supportive care, similar to that for burn patients. Albendazole, a commonly used antiparasitic, is one of the drugs that, although rare, may be associated with this severe reaction. **Aim:** To report a case of SJS caused by albendazole and treated at our Center. **Method:** This report describes a pediatric patient treated at the São Francisco University Hospital in Providência de Deus (HUSF), located in Bragança Paulista, Sao Paulo, Brazil. All information analyzed was extracted from the medical records already on file at the Center, without any additional interventions. The study was submitted to the HUSF Research Ethics Committee and approved (approval opinion number 7914120 of October 20, 2025) for complying with the ethical and legal standards established by Resolution 466/2012 of the National Health Council, which regulates research involving human subjects. **Case Report:** A 2-year-and-3-month-old male patient presented with a pruritic papular rash in the cervical region, rapidly spreading and evolving into bullous and crusted lesions. Initially, Stevens-Johnson syndrome and Kawasaki syndrome were hypothesized, but the latter were ruled out after further testing. The patient received treatment with methylprednisolone, an antihistamine, and human immunoglobulin, with significant



improvement. No antibiotic therapy was required, and an infectious condition was ruled out. Conclusion: This case highlights the importance of early differential diagnosis of bullous dermatoses in childhood and demonstrates a good therapeutic response to human immunoglobulin in cases of Stevens-Johnson syndrome, with a favorable clinical outcome.

**Keywords:** Adverse Effects, Dermatopathy, Pediatrics, Immunology, Antiparasitic.

### Introdução

A Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) é uma rara e grave reação de hipersensibilidade mucocutânea, com risco de vida, que faz parte de um espectro maior de doenças, sendo a forma mais branda da necrólise epidérmica tóxica (NET) (Frantz et al., 2021). A SSJ é caracterizada por uma erupção maculopapular, eritematosa e bolhosa, que evolui rapidamente para o descolamento da epiderme (Ramien, 2022). A área de superfície corporal afetada pelo descolamento epidérmico é um dos principais critérios para diferenciar a SSJ da NET, sendo a SSJ definida por um descolamento que afeta menos de 10% da superfície corporal (Frantz et al., 2021).

A etiologia da SSJ é multifatorial, mas a causa mais comum é a reação a certos medicamentos. Embora a lista de fármacos associados seja extensa, os mais frequentemente envolvidos incluem antibióticos (especialmente sulfas), anticonvulsivantes, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e, menos comumente, o uso de antiparasitários, como o albendazol (Abulatan et al., 2023; Mehta; Ueta; Kinoshita, 2022).

A SSJ é uma condição de baixa incidência, afetando aproximadamente 1 a 2 casos por milhão de pessoas por ano na população geral, sendo ligeiramente mais prevalente em crianças e jovens adultos (Ramien, 2022). Apesar da sua raridade, a SSJ representa uma emergência médica devido à sua alta taxa de morbimortalidade (Shah et al., 2024). A mortalidade estimada para a SSJ varia de 1% a 5%, mas pode ser maior dependendo da extensão do descolamento epidérmico e da presença de complicações, como sepse e falência de múltiplos órgãos (Owen; Jones, 2021; Shah et al., 2024). O tratamento precoce e o manejo em unidades especializadas, como centros de queimados, são cruciais para melhorar o prognóstico e reduzir a mortalidade associada à síndrome (Mehta; Ueta; Kinoshita, 2022).

Os danos causados pela SSJ vão muito além das lesões cutâneas e mucosas, podendo resultar em sequelas graves e até fatais (Hasegawa; Abe, 2024). A necrose e o descolamento epidérmico extenso predispõem o paciente a infecções secundárias, principalmente por bactérias, que podem levar à sepse, uma das principais causas de mortalidade na SSJ (Tuli et al., 2023). Além disso, o comprometimento das mucosas oculares pode resultar em conjuntivite cicatricial, simbléfaro (aderência entre a pálpebra e o globo ocular) e, em casos graves, cegueira (Chen et al., 2023). Outras complicações incluem estenose esofágica, estenose vaginal, comprometimento respiratório e falência de múltiplos órgãos (Frantz et al., 2021). Essas sequelas, sejam elas agudas ou a longo prazo, afetam significativamente a qualidade de vida do paciente, exigindo acompanhamento médico multidisciplinar e reabilitação contínua (Shah et al., 2024).

O tratamento da SSJ é de suporte e visa a interrupção imediata do agente etiológico, o manejo das lesões e a prevenção de complicações. A primeira e mais crucial medida é a suspensão de todos os medicamentos suspeitos de terem desencadeado a reação (Frantz et al., 2021). O manejo das lesões cutâneas e mucosas é semelhante ao tratamento de queimaduras, incluindo o uso de curativos estéreis, controle da dor e hidratação adequada. Em alguns casos, terapias imunomoduladoras, como imunoglobulina intravenosa (IVIG), podem ser utilizadas, embora a sua eficácia ainda seja debatida (Hasegawa; Abe, 2024; Shah et al., 2024).

O albendazol é um fármaco antiparasitário de amplo espectro, pertencente à classe dos benzimidazóis, amplamente utilizado em todo o mundo para o tratamento de diversas infecções parasitárias, tanto em humanos quanto em animais. Devido à sua eficácia, baixo custo e facilidade de administração, o albendazol é considerado um dos medicamentos essenciais contra doenças parasitárias, como a ascariíase, ancilostomíase, giardiase e teníase (Chai; Jung; Hong, 2021). Embora geralmente seguro e bem tolerado, ele pode causar efeitos adversos, sendo raras as reações de hipersensibilidade grave, como a SSJ (Arora et al., 2021).

A raridade da SSJ em si, combinada à escassez de relatos na literatura que associam especificamente o uso do albendazol como agente causador (Arora et al., 2021), justifica a relevância deste relato de caso. Neste contexto, o relato visa contribuir para a literatura médica, oferecendo *insights* sobre um potencial efeito adverso raro e reforçando a importância do diagnóstico precoce e da abordagem terapêutica adequada para garantir o melhor desfecho possível para o paciente.

## Objetivo

Relatar um caso de SSJ provocado pelo uso de albendazol atendido em nosso Serviço.

## Método

Este relato de caso descreve um paciente pediátrico atendido no Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus (HUSF), localizado em Bragança Paulista - SP. A publicação das informações foi autorizada pelo responsável legal do paciente por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando a confidencialidade de seus dados pessoais. Todas as informações analisadas foram extraídas exclusivamente do prontuário já arquivado no Serviço, sem a realização de quaisquer intervenções adicionais. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUSF, sendo aprovado (parecer de aprovação número 7914120 de 20 de outubro de 2025) por cumprir as normas éticas e legais estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos.

## Relato do Caso

Tratou-se de um paciente do sexo masculino com dois anos e três meses de idade no momento do atendimento. Inicialmente apresentava um quadro de pápulas em sua região cervical, associadas a prurido. Na ocasião, fez uso de pomada composta por cetoconazol, betametasona e sulfato de neomicina, porém não houve melhora. Um dia depois, utilizou albendazol devido à suspeita de parasitose intestinal e, no mesmo dia, as lesões papulares evoluíram, irradiando-se para face, tronco, abdome e região inguinal. Após três dias, surgiram lesões bolhosas em sua região perioral, axilar direita e na hélice auricular esquerda (Figura 1), acompanhadas de um episódio único de febre.



**Figura 1** - Lesões identificadas no momento da admissão do paciente.

Fonte: Acervo do Serviço.

Foi levado à unidade de pronto atendimento pela mãe e encaminhado ao nosso serviço para investigação clínica e tratamento. Durante a coleta de seu histórico clínico, a mãe negou sintomas gripais ou gastrointestinais prévios, bem como o uso de outras medicações no último mês ou vacinação recente. Também negou contato com animais peçonhentos, picadas de insetos e alergias conhecidas.

O paciente foi internado em leito de enfermaria, e inicialmente mantido em dieta sem corantes e conservantes, e em terapia com corticoide (metilprednisolona), anti-histamínico (dexclorfeniramina) e hidratação rigorosa da pele. Foram levantadas as hipóteses diagnósticas de síndrome de Stevens-Johnson e síndrome de Kawasaki.

Em seguida, foram realizados exames complementares, incluindo ultrassonografia de abdome total e de rins e vias urinárias com *doppler* da artéria renal, ambos com resultados dentro da normalidade. Um ecocardiograma mostrou que a coronária esquerda do paciente estava no limite superior da normalidade, porém a hipótese de síndrome de Kawasaki foi descartada, considerando o quadro clínico e os exames não compatíveis.

Durante a internação, o paciente apresentou piora do aspecto das lesões, com descamação e formação de crostas amareladas nas lesões de face, além de edema subcutâneo generalizado. Assim,



optou-se pela internação em unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica para administração de imunoglobulina humana, na dose de 1 g/kg. Após a medicação, houve uma melhora importante do aspecto das lesões, sem sinais de infecção secundária da pele. Os exames laboratoriais não apresentaram evidências de processo infeccioso, razão pela qual não foi indicada antibioticoterapia.

Após o término do tratamento, o paciente recebeu alta para leito de enfermaria, onde permaneceu internado com melhora progressiva das lesões e ausência de novos sintomas, evoluindo favoravelmente até a alta hospitalar.

### Discussão

A SSJ é uma reação mucocutânea grave e potencialmente fatal, considerada a forma mais branda da NET, caracterizada por erupções eritematosas e bolhosas que evoluem para o descolamento epidérmico em menos de 10% da superfície corporal (Frantz et al., 2021; Ramien, 2022). Sua principal causa é a reação adversa a medicamentos, destacando-se antibióticos sulfonamídicos, anticonvulsivantes, anti-inflamatórios não esteroides e, mais raramente, antiparasitários como o albendazol (Abulatan et al., 2023; Mehta; Ueta; Kinoshita, 2022). Apesar da baixa incidência, com um a dois casos por milhão de pessoas por ano, a SSJ apresenta alta morbimortalidade, podendo alcançar 5% em função de complicações como sepse e falência de múltiplos órgãos (Owen; Jones, 2021; Shah et al., 2024). As sequelas incluem infecções secundárias, conjuntivite cicatricial, cegueira, estenose de mucosas e comprometimento respiratório, o que demanda acompanhamento multidisciplinar (Chen et al., 2023; Hasegawa; Abe, 2024; Tuli et al., 2023). O tratamento baseia-se na suspensão imediata do agente causal, cuidados de suporte semelhantes aos de queimaduras e, em casos selecionados, uso de imunoglobulina intravenosa (Frantz et al., 2021; Shah et al., 2024).

O caso aqui relatado tratou-se de um paciente masculino de dois anos e três meses que apresentou pápulas cervicais pruriginosas que evoluíram rapidamente para lesões bolhosas após o uso de albendazol, inicialmente prescrito para suspeita de parasitose intestinal. Sem histórico de infecção, vacinação recente ou uso de outros medicamentos, o quadro clínico do paciente levantou suspeita de SSJ e síndrome de Kawasaki, sendo esta última descartada após exames complementares normais e ausência de achados compatíveis. O paciente recebeu tratamento com metilprednisolona, dexclorfeniramina, hidratação rigorosa e, posteriormente, imunoglobulina humana na UTI pediátrica, com melhora significativa das lesões e sem infecção secundária. Por fim, evoluiu com recuperação gradual e recebeu alta hospitalar após melhora completa do quadro dermatológico.

Gupta et al. (2020), descreveram o caso de uma paciente de meia-idade que fez uso de albendazol cinco dias antes do início de lesões cutâneas eritematosas e erosões mucosas com febre e rápida progressão para um quadro no espectro SSJ/NET. Na admissão apresentava lesões do tipo alvo atípicas, sinal de Nikolsky positivo e conjuntivite. Uma biópsia cutânea mostrou necrose epidérmica com infiltrado linfóide compatível com SSJ. Além disso, exames laboratoriais e uma radiografia torácica foram essencialmente normais. O manejo da paciente incluiu suspensão do albendazol, terapia com corticoide intravenoso (dexametasona) e ciclosporina oral, cuidados de suporte semelhantes a tratamento de queimados e monitorização constante. No seguimento, a paciente demonstrou boa resposta clínica e recuperação progressiva.

Arora e colaboradores (2021), relataram o caso de uma paciente do sexo feminino de 16 anos, que desenvolveu erupções bolhosas extensas alguns dias após o uso de albendazol, evoluindo para necrose epidérmica com envolvimento estimado em cerca de 60% da superfície corporal, caracterizando NET. O tratamento da paciente incluiu retirada do agente suspeito, cuidados de feridas em ambiente especializado, curativos com nitrato de prata e tratamentos tópicos (soframycin) e antibioticoterapia conforme necessidade para prevenção/control de infecção. O desfecho foi favorável após cuidados intensivos e locais.

Puspitasari et al. (2024), relataram o caso de uma paciente de 5 anos que apresentou lesões maculares e bolhosas generalizadas, erosões mucosas e sinais clínicos de descolamento epidérmico cerca de três semanas após o uso de albendazol. A investigação laboratorial para causas infecciosas foi negativa e a extensão das lesões foi estimada em 22% da superfície corporal, caracterizando um quadro de sobreposição de SSJ-NET *overlap*. A criança foi tratada numa unidade de queimados com metilprednisolona 10 mg a cada 8 horas e suporte cutâneo e hidroeletrólítico. Houve melhora clínica significativa após 13 dias de internação, com subsequente alta hospitalar.

Os três relatos de caso da literatura apresentam importantes pontos de convergência com o caso aqui descrito, reforçando o potencial do albendazol como agente desencadeador da SSJ. Assim como em nosso paciente, todos os casos descreveram o início das manifestações cutâneas poucas



horas ou dias após a administração do albendazol, com evolução rápida para lesões bolhosas e descamação epidérmica, além de acometimento mucoso. Além disso, o diagnóstico clínico e histopatológico foi semelhante, sustentado pela exclusão de causas infecciosas e pela forte relação temporal com o fármaco. Por fim, em todos os casos, o tratamento consistiu na suspensão imediata do albendazol e na instituição de terapia de suporte, incluindo corticoides sistêmicos e cuidados intensivos em ambiente hospitalar, resultando numa evolução favorável e recuperação completa. Como principal ponto de divergência, destaca-se a faixa etária: enquanto o presente caso envolve uma criança de dois anos, os relatos anteriores descreveram uma criança de cinco anos, uma adolescente de 16 anos e uma mulher adulta, sugerindo que a reação pode ocorrer em diferentes idades. Além disso, o uso de imunoglobulina humana no nosso caso representou uma abordagem terapêutica distinta, não utilizada nos outros relatos, o que pode ter contribuído para a melhora rápida e ausência de complicações infecciosas no paciente.

### Conclusão

O caso descrito evidenciou que a SSJ, embora rara na pediatria, pode ser desencadeada pelo uso de albendazol, exigindo alto grau de suspeita clínica diante de erupções cutâneas de rápida progressão após o uso de fármacos. Além disso, a comparação com casos previamente descritos na literatura demonstrou um padrão semelhante de início abrupto, evolução bolhosa e resposta favorável após a suspensão do agente causal e início precoce de terapia de suporte. Também, a utilização de imunoglobulina humana neste caso mostrou-se eficaz, reforçando sua importância como opção terapêutica em quadros graves. Assim, o relato contribui para ampliar o reconhecimento da associação entre albendazol e SSJ, ressaltando a relevância do diagnóstico precoce e do manejo multidisciplinar para prevenir complicações e alcançar desfechos favoráveis.

### Referências

- ABULATAN, Isaac T. *et al.* A compilation of drug etiologies of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Cureus*, v. 15, n. 11, 2023.
- ARORA, Rohini *et al.* Drug-related Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Review. *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, v. 25, n. 5, p. 575-579, maio 2021.
- CHAI, Jong-Yil; JUNG, Bong-Kwang; HONG, Sung-Jong. Albendazole and Mebendazole as Anti-Parasitic and Anti-Cancer Agents: an Update. *The Korean Journal of Parasitology*, v. 59, n. 3, p. 189-225, jun. 2021.
- CHEN, Yueh-Ling *et al.* Ocular Manifestations and Outcomes in Children With Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Comparison With Adult Patients. *American Journal of Ophthalmology*, v. 256, p. 108-117, 1 dez. 2023.
- FRANTZ, Robert *et al.* Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Review of Diagnosis and Management. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, v. 57, n. 9, p. 895, 28 ago. 2021.
- GUPTA, Aakash; ANKAD, Balachandra S.; JAJU, Priyanka. Albendazole and Stevens-Johnson Syndrome: A Cause. *Clinical Dermatology Review*, v. 4, n. 1, p. 53, jun. 2020.
- HASEGAWA, Akito; ABE, Riichiro. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: Updates in pathophysiology and management. *Chinese Medical Journal*, v. 137, n. 19, p. 2294, 5 out. 2024.
- MEHTA, Jodhbir; UETA, Mayumi; KINOSHITA, Shigeru. *Update on Stevens Johnson Syndrome. [S.l.]: Frontiers Media SA, 2022.*
- OWEN, Cindy England; JONES, Jordan M. Recognition and Management of Severe Cutaneous Adverse Drug Reactions (Including Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms, Stevens-Johnson Syndrome, and Toxic Epidermal Necrolysis). *The Medical Clinics of North America*, v. 105, n. 4, p. 577-597, jul. 2021.
- PUSPITASARI, Galuh Dyah; EKASARI, Dhany Prafita; BASUKI, Santosa. Laporan Kasus: Stevens-Johnson syndrome-toxic epidermal necrolysis overlap pada anak karena obat cacing oral. *Majalah Kesehatan*, v. 11, n. 2, p. 134-144, 13 jun. 2024.



RAMIEN, Michele L. Stevens-Johnson syndrome in children. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 34, n. 4, p. 341-348, 1 ago. 2022.

SHAH, Hemali *et al.* Update on Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: Diagnosis and Management. **American Journal of Clinical Dermatology**, v. 25, n. 6, p. 891-908, 1 nov. 2024.

TULI, Simran S. *et al.* Cyclosporine Monotherapy in Pediatric Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: Preserving Sepsis Indicators While Promoting Recovery. **Indian Journal of Paediatric Dermatology**, v. 24, n. 4, p. 317, dez. 2023.