



## Abordagem multiprofissional em jovem com Necrólise Epidérmica Tóxica

Multiprofessional approach to a young person with Toxic Epidermal Necrolysis

Abordaje multiprofesional de un joven con Necrólisis Epidérmica Tóxica

Ana Paula Figueiredo de Montalvão França<sup>1</sup>, Anhe Lula Franco dos Santos<sup>1</sup>, Waylla EmanuelyOlegária da Luz<sup>1</sup>, Nelma Maria de Lima Chaves<sup>1</sup>, Solange Carneiro Antonelli<sup>1</sup>, Gabriela Éleres Casseb<sup>2</sup>, Amanda Souza França Veras<sup>3</sup>, Ingrid Inez Amaral Tillmann<sup>3</sup>, Wylly Jefferson Gonçalves Barros<sup>3</sup>, Luana Gabriela Figueiredo de Montalvão Leite<sup>4</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever a abordagem da equipe multiprofissional em um caso de Necrólise Epidérmica Tóxica (NET) com o uso de hidrofibra de prata nas lesões cutâneas (Sinal de Nikolsky) em uma Unidade de Terapia Intensiva.

**Detalhamento de Caso:** Trata-se de um caso de NET que acometeu jovem que iniciou tratamento com Lamotrigina devido diagnóstico de epilepsia. Após 48 horas da ingestão do primeiro comprimido da medicação em questão a paciente evoluiu com prurido e lesões eritematosas-descamativas disseminadas pelo corpo associado a hiperemia conjuntival, episódios de febre, ardência na pele, mialgias generalizadas, astenia e anorexia. Na avaliação inicial da equipe, apresentava lesões eritematosa-descamativas e bolhas disseminadas, porém logo evoluiu com sinal de Nikolsky que acometeu 95% da área corporal, incluindo mucosas da orofaringe, genitália e olhos. **Considerações finais:** Observamos que a atuação da equipe multiprofissional na investigação da história clínica, exame físico minucioso e alta suspeição para o diagnóstico favorece um bom prognóstico.

**Palavras-chave:** Doenças da pele e do tecido conjuntivo, Cuidados de enfermagem, Equipe de Assistência ao Paciente.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the multiprofessional team's approach to a case of Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) with the use of silver hydrofiber on skin lesions (Nikolsky's sign) in an Intensive Care Unit. **Case details:** This is a case of NET affecting a young woman who started treatment with Lamotrigine due to a diagnosis of epilepsy. 48 hours after taking the first tablet of the medication in question, the patient developed pruritus and erythematous-squamous lesions all over her body associated with conjunctival hyperemia, episodes of fever, burning skin, generalized myalgia, asthenia and anorexia. In the team's initial assessment, she presented with disseminated erythematous-decamatous and bullous lesions, but soon evolved with Nikolsky's sign which affected 95% of the body area, including the mucous membranes of the oropharynx, genitalia and eyes. **Final considerations:** We observed that the work of the multi-professional team in investigating the clinical history, thorough physical examination and high suspicion for the diagnosis favors a good prognosis.

**Keywords:** Skin and Connective Tissue Diseases, Nursing Care, Patient Care Team.

<sup>1</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém-PA.

<sup>3</sup> Universidade Estadual do Pará (UEPA), Belém-PA.

<sup>4</sup> Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Belém-PA.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la actuación del equipo multiprofesional ante un caso de Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) con uso de hidrofibra de plata en lesiones cutáneas (signo de Nikolsky) en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Detalles del caso:** Se trata de un caso de ETE que afectó a una mujer joven que había iniciado un tratamiento con Lamotrigina debido a un diagnóstico de epilepsia. A las 48 horas de la toma del primer comprimido de la medicación en cuestión, la paciente desarrolló prurito y lesiones eritemato-escamosas por todo el cuerpo asociadas a hiperemia conjuntival, episodios de fiebre, ardor cutáneo, mialgia generalizada, astenia y anorexia. En la evaluación inicial del equipo, presentaba lesiones eritemato-decamatosas y bulosas diseminadas, pero pronto evolucionó con el signo de Nikolsky que afectaba al 95% de la superficie corporal, incluidas las mucosas de la orofaringe, los genitales y los ojos. **Consideraciones finales:** Observamos que la labor del equipo multiprofesional en la investigación de la historia clínica, la exploración física minuciosa y la alta sospecha diagnóstica favorecen un buen pronóstico.

**Palabras clave:** Enfermedades de la Piel y Tejido Conjuntivo, Atención de Enfermería, Grupo de Atención al Paciente.

## INTRODUÇÃO

A Necrose Epidérmica Tóxica (NET) é uma reação rara, grave e potencialmente fatal que apresenta elevadas taxas de morbidade e mortalidade. Acomete a pele e a membrana mucosa caracterizando-se por exantema eritematoso disseminado, podendo atingir mucosa oral, ocular e genital. Estas lesões iniciam como vesículas, pápulas e evoluem para flictemas que se rompem e posteriormente, a pele pode tornar-se despreendida e ser removida com leve fricção local (Sinal de Nikolsky), deixando o indivíduo susceptível a infecções. Sua incidência ocorre entre 0.4 e 1.2 por cada 1 milhão de habitantes e tem taxa de mortalidade de 30% (SANTOS FC, et al., 2017).

O diagnóstico precoce da NET pode reduzir as sequelas e a mortalidade. Desta forma, é necessário que a equipe esteja preparada para identificar os casos suspeitos e iniciar tratamento adequado o mais rápido possível. O tratamento inicial aborda garantia de acesso venoso, hidratação e reposição eletrolítica adequada, analgesia, antibióticoterapia, manipulação especial das vias aéreas, controle da temperatura e manutenção de um campo estéril para mitigar riscos de infecções (OLIVEIRA FL, et al., 2012; BULISSANI ACP, et al., 2006).

Nesse contexto, este estudo visa relatar caso clínico de NET em jovem do sexo feminino, que evoluiu de forma gravíssima com acometimento de 95% área corporal com sinal de Nikolsky e descrever a abordagem destas lesões com a utilização de placas de hidrofibra com prata, terapia endovenosa com imunoglobulina, antibióticoterapia, antifúngicos e analgesia.

## DETALHAMENTO DO CASO

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, do tipo estudo de caso. O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Parecer nº 6.642.182 e CAAE nº 75661723.0.0000.5171), tendo a concordância da paciente e de sua responsável com as respectivas assinaturas no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e no Termo de Autorização de Relatos Escritos, Imagens e Som da Voz Para Fins de Pesquisa.

Paciente jovem do sexo feminino iniciou o tratamento com Lamotrigina devido diagnóstico de epilepsia. Após 48h da ingestão do primeiro comprimido da medicação em questão a paciente evoluiu com prurido e lesões eritematosas-descamativas disseminadas pelo corpo associado a hiperemia conjuntival, episódios de febre, ardência na pele, mialgias generalizadas, astenia e anorexia. Foi internada na enfermaria após 3 dias do aparecimento das lesões na pele. Na avaliação inicial da equipe (**Figura 1**), apresentava lesões eritematosas-descamativas e bolhosas disseminadas, porém logo evoluiu com Sinal de Nikolsky que acometeu 95% da área corporal, incluindo mucosas da orofaringe, genitália e olhos. Após iniciar o processo de descolamento epidérmico, a paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva (UTI).

**Figura 01** – Abordagem inicial com 95% de área corporal com Sinal de Nikolsky.



**Fonte:** França APFM, et al., 2024.

Inicialmente, a paciente foi colocada em um leito de isolamento reverso protetor e medidas para estabilizar frequência cardíaca e pressão arterial foram instituídas, pois a mesma apresentava-se taquicardia e hipotensa. Foi necessário instituir um acesso central em pequena área na região da subclávia que ainda não havia lesão com o objetivo de administrar fluidos endovenosos e drogas vasoativas como a noradrenalina para estabilizar níveis pressóricos e instituir analgesia contínua com morfina e controle da temperatura. Devido a região dorsal e glútea estarem completamente acometidas pelas lesões e a paciente estar imobilizada no leito pela dor e, desta forma, evacuar na fralda aumentando o risco de contaminação local e de choque séptico, a equipe de nutrição, juntamente com a equipe multiprofissional optou por suspender a dieta oral e iniciar Nutrição Parenteral Prolongada (NPP). Realizou-se também Sondagem Vesical de Folley (SVF) para controle hídrico e da função renal.

A abordagem cutânea inicial foi realizada com gaze embebida de petrolato e o curativo secundário com plástico estéril (**Figura 2**). Porém, logo percebeu-se que a paciente estava apresentando perda de líquidos excessiva quando era envolvida em plástico estéril. Desta forma, no segundo dia de internação na UTI foram introduzidas placas de hidrofibra com prata como curativo primário e como secundário colocou-se acolchoados e realizou-se bandagem com ataduras (**Figura 3**). Os lençóis usados pela paciente eram esterilizados para evitar infecções.

**Figura 2** - Abordagem inicial com gaze embebida em petrolato e plástico estéril.



**Fonte:** França APFM, et al., 2024.



**Figura 3** – Abordagem Secundária com curativo com hidrofibra de prata.



**Fonte:** França APFM, et al., 2024.

No primeiro curativo com placas de hidrofibra com prata, foi realizado limpeza exaustiva com soro ringer simples morno, com remoção das peles soltas. Morfina em bolus foi administrada gradativamente durante o procedimento para evitar dor. Além disso, utilizou-se 30 placas de tamanho 10x10cm (disponíveis para utilização), para cobrir as áreas mais acometidas como dorso, lábios, região genital, glúteos braços, pernas, mamas e região abdominal.

No segundo dia, observou-se a necessidade de troca de apenas 20 placas que estavam saturadas. No terceiro dia de curativo houve necessidade de troca de apenas 10 placas de hidrofibra com prata e observou-se que as lesões apresentavam melhora significativa e que apenas a região dos lábios, olhos, face posterior do joelho, dorso e região glútea estavam ainda necessitando de placas e as demais áreas já estavam epitelizadas (**Figura 4**). No quinto dia, houve a necessidade de trocas de 5 placas de hidrofibra com prata e com lesões mais significativas na região glútea e lábios (**Figura 5**). A partir deste momento a equipe de Fisioterapia pode realizar um trabalho mais efetivo com a paciente, otimizando sua mobilidade e sedando a paciente no leito, pois a mesma apresentava melhora progressiva da dor.

**Figura 4** - Terceiro dia de realização de Curativos, predomínio de lesões em região glútea.



**Fonte:** França APFM, et al., 2024.

**Figura 5** – Cicatrização corporal com lesões mais significativas apenas na região glútea e lábios.



**Fonte:** França APFM, et al., 2024;

Durante o tratamento, a paciente era estimulada a ingerir apenas água por via oral e mantendo sua nutrição por via parenteral para diminuir as chances de contaminação das lesões com fezes. Porém, assim que a mesma apresentou melhora das lesões da região glútea e das lesões da mucosa orofaríngeas, a dieta oral foi sendo reestabelecida, substituindo gradativamente a NPP. Após 15 dias de tratamento, a paciente não apresentava mais lesões na região glútea e na genitália externa com isso, foi possível a retirada da Sonda Vesical de Folley observando-se a presença de sinéquia de grandes lábios por cicatrização inadequada. Iniciou-se tratamento local com dexametasona creme por orientação da equipe da ginecologia. O olho esquerdo e o ânus também cicatrizaram fechados, deste modo foi solicitado avaliação do serviço de oftalmologia e cirurgião plástico, que referenciou a paciente para serviço de cirurgia plástica de outro hospital de referência.

A paciente fez uso de antibióticos de largo espectro por ter apresentado quadro de sepse na UTI. Utilizou antifúngicos sistêmicos e via oral para tratamento das lesões da mucosa orofaríngea e imunoglobulina por cinco dias na fase inicial do tratamento. Fez uso de morfina contínua em bomba de infusão e ansiolíticos. A paciente saiu de alta para enfermaria após 22 dias de internação na UTI materna, permaneceu por mais 5 dias na enfermaria para completar esquema de antibióticos e teve alta hospitalar.

## DISCUSSÃO

A Necrólise Epidérmica Tóxica caracteriza-se por lesões mucocutâneas graves, com potencial de morbimortalidade elevada geralmente induzida por medicamentos. Porém há relatos de ter como causa infecções virais, vacinações e outros desencadeantes não farmacológicos como neoplasias. Dentre as drogas associadas ao desencadeamento da NET destacam-se as penicilinas, sulfas, fenitoína, carbamazepina, inibidores da ciclooxigenase 2 como o valdecoxib, barbitúricos e drogas antiepiléticas como a lamotrigina (SHANBHAG SS, et al., 2020; BULISANI ACP, et al., 2006; CHABY G, et al., 2020; DE MELO MEF, et al., 2022).

A patogênese consiste na morte dos queratinócitos na junção dermoepidérmica, geralmente tem início entre uma a três semanas após a exposição ao fator desencadeante e é precedida por quadro semelhante à pródomos virais como febre e mialgia, seguido do envolvimento mucocutâneo. A alta suspeição e início dos cuidados da equipe multiprofissional está relacionado ao melhor prognóstico do paciente (CABRAL L, et al, 2003; SINGH N, PHILLIPS M, 2022).

No caso relatado, a paciente fez uso de Lamotrigina para tratamento da epilepsia por 48 horas, quando iniciou quadro de febre, mialgia e prurido com eritema corporal disseminado, bem como hiperemia ocular. Em um

primeiro atendimento na Unidade de pronto Atendimento (UPA) não houve a suspeita de reação medicamentosa e a droga foi mantida, sendo administrado na paciente medicações sintomáticas como antialérgicos, antitérmicos e analgésicos e após isso a paciente retornou para casa com prescrição de Permetrina, loção para o prurido corporal. A mesma retornou após 24 horas para outro pronto atendimento com piora da extensão das lesões eritematosas e com isso transferida para hospital de grande porte, onde a suspeição ocorreu e a medicação Lamotrigina foi suspensa. O diagnóstico foi baseado no quadro clínico, histórico e exame físico. Uma biópsia cutânea não foi solicitada.

A falta de alta suspeição dos profissionais que prestaram atendimento inicial foi determinante para o desenvolvimento da gravidade do quadro da paciente, pois a medicação desencadeante continuou sendo administrada. Desta forma um melhor prognóstico está relacionado a rápida identificação da droga causadora e sua descontinuação imediata. Para tal, é necessário que profissionais conheçam a NET e sempre realizem uma história clínica completa, exame físico detalhado, observando as características das lesões e extensão do corpo acometida e com atenção a exposição medicamentosa recentes (SANTOS GF, et al., 2022).

As lesões eritematosas cutâneas evoluíram rapidamente para flictenas e desprendimento epidérmico (Sinal Nikolsky positivo) com acometimento de 95% da superfície corporal com exceção do couro cabeludo que se manteve íntegro durante o processo, apresentando apenas um processo de descamação. A grande extensão da superfície corporal acometida e a estratégia inicial de abordagem cutânea com gaze embebida com petrolato e cobrir a paciente com plástico estéril, ocasionou uma grande perda hídrica, bem como ao aumento de susceptibilidade de infecções secundárias. Mucosas orofaríngea e ocular foram acometidas. A região perianal e perineal também apresentava lesões e solução de continuidade.

Santos FC, et al. (2017), evidencia não haver um padrão-ouro no que se refere ao tratamento das feridas, reafirma a necessidade de um local específico para o acompanhamento em um centro de queimados. Também considera oportuna a utilização de curativos não aderentes, o desbridamento cuidadoso do tecido desvitalizado e a utilização de coberturas biológicas e sintéticas.

No primeiro dia de internação na UTI a paciente apresentou-se hipotensa, febril, taquicárdica, eupnéica, com boa saturação periférica, respirando em ar ambiente. Pela instabilidade hemodinâmica um acesso central foi instalado com reposição de fluidos, antibióticos e droga vasoativa (Noradrenalina). A Nutrição parenteral foi instituída para reduzir a chance de contaminação das lesões do dorso pelas fezes.

Tais ações corroboram com o que foi evidenciado por Emirkck MFB, et al. (2014), o qual destaca que para evitar desfecho desfavorável e complicações, se faz necessário um acompanhamento rigoroso, com medidas gerais, como suporte nutricional, e cuidados direcionados às lesões. Quando realizado no início do tratamento, assume grande relevância na minimização dos riscos e das reações adversas para o paciente.

Os medicamentos antiepiléticos são associados com reações de hipersensibilidade a drogas que afetam a pele, incluindo a NET. Esta reação comumente pode ocorrer nos dois primeiros meses de uso. Especialmente, em relação a Lamotrigina, estas reações cutaneomucosas ocorrem em 8,3% dos pacientes que usam este medicamento, com 0,04% desenvolvendo NET (BLOOM R, AMBER KT, 2017).

As evidências científicas mostram que inicialmente, a retirada precoce do medicamento suspeito de estar ocasionando é importantíssimo para determinar o prognóstico do paciente, bem como seu encaminhamento para unidade de terapia intensiva e ou unidade de queimados, além de cuidados com as vias aéreas, controle da temperatura corporal, acesso venoso longe das lesões cutâneas preferivelmente acesso periférico, reposição hidroeletrólítica adequada, protetores gástricos, medicações anticoagulantes. Para a lubrificação e limpeza da região ocular indica-se colírios e solução fisiológica. O controle da dor deve ser observado, bem como o controle da ansiedade. Também podem ser usados fármacos como ciclosporina, antifúngicos, imunoglobulinas, ciclofosfamida, pentoxifilina e antibióticos. Estes últimos, em caso de infecção secundária cutânea e urinária. No que diz respeito aos cuidados com as lesões cutâneas, manter o paciente em superfícies estéreis, uso de gaze embebida com petrolato e uso de derivados de membrana amniótica são indicados (ROVIELLO CF, et al., 2019; LOPOVY B, et al., 2021).

Pela gravidade do caso e da extensão das lesões cutaneomucosas, o acesso central foi indicado no caso

relatado, com a finalidade de ressuscitação volêmica e uso de drogas vasoativas como a noradrenalina. Morfina contínua em bomba de infusão para controle da dor foi administrado e bolus da medicação eram administrados durante os curativos.

As sequelas oculares exigem exames e avaliações diárias de oftalmologistas e sinéquias podem necessitar de avaliação e tratamento corretivo da cirurgia plástica, porém a paciente não conseguiu receber avaliação da oftalmologia durante seu período de internação, sendo encaminhada, posteriormente para corrigir a cicatrização inadequada (fechada) do olho esquerdo. A paciente também apresentou sinéquia dos grandes lábios. Foi aplicado cremes à base de corticosteroides, porém sem apresentar melhora, foi encaminhada para avaliação da cirurgia plástica no pós-alta hospitalar (BULISANI ACP, et al., 2006).

As lesões de pele são tratadas como queimaduras. As áreas desnudas devem ser protegidas com compressas de gazes embebidas com soro fisiológico 0,9%. O processo de reepitelização se torna mais rápido com desbridamento das áreas de epiderme desvitalizadas e uso de curativos biossintéticos biológicos de prata. Nenhum consenso existe sobre os cuidados tópicos: a abordagem pode ser conservadora ou agressiva, realizada no centro cirúrgico com remoção total do tecido desvitalizado. Antisséptico tópico são utilizados. A inspeção diária cuidadosa é necessária para monitorar infecções secundárias (BULISANI ACP, et al., 2006; NETO FCS, et al., 2016).

As sessões diárias de curativo eram realizadas por três enfermeiros e um técnico de enfermagem a fim de minimizar o tempo de exposição da paciente, controle da temperatura corporal e movimentação em bloco da mesma, a fim de mitigar a dor. Inicialmente era realizado uma limpeza com soro ringer simples aquecido (morno). Em seguida as peles desvitalizadas e desprendidas eram removidas com gazes acolchoadas embebidas com Clorexidina aquosa 0,2%. Após realizar o desbridamento conservador, aplicou-se cobertura de hidrofibra com prata por toda extensão de pele desnuda como curativo primário e com acolchoados como curativo secundários. Em seguida, o curativo foi fixado com envoltório de atadura. A cama recebia lençóis que eram processados na central de esterilização de materiais e esterilizados, desta forma a paciente repousava em superfície limpas, diminuindo a chance de infecções.

Salienta-se que o curativo de hidrofibra com carboximetilcelulose e prata tem sido muito utilizado em vários tipos de afecções com lesões de pele, tanto de origem de queimaduras físicas e químicas como lesões descamativas que promovem dor, infecções na lesão e desconforto pelo excesso de trocas dos curativos (MOSER H, et al., 2013).

Em pesquisa recente em um Centro de Queimados, foram utilizados três tipos de curativos com um grupo de vinte pacientes, como resultado comparativo a diferença alcançada com o a hidrofibra com carboximetilcelulose obteve considerável vantagem nos aspectos de dor, efetividade do curativo e trocas. Na comparação com curativos convencionais a hidrofibra com prata possui uma ação eficiente, tanto no que se refere a tempo de cicatrização, redução da dor, diminuição de manipulação com a lesão devido a diminuição do número de trocas (ROCHA FS, et al., 2012).

Segundo o estudo desenvolvido por Rocha FS, et al. (2012) durante as primeiras vinte e quatro horas, após a troca do curativo, a dor ainda teve um grau significativo de leve a moderado. Nos casos de queimaduras profundas de segundo grau, com uso de curativo comum o tempo de cicatrização foi de 15 a 20 dias, enquanto com a hidrofibra e carboximetilcelulose enriquecido com prata foi de 7 a 10 dias (2 a 3 trocas). Outra vantagem evidenciada pelo estudo supracitado é que o curativo de hidrofibra promove controle bacteriano, à medida que a saturação do curativo ocorre os íons de prata são diluídos lentamente promovendo a ação microbicida.

A efetividade do curativo é vivenciada devido ausência de infecção secundária, tempo de cicatrização e conforto alcançado promovendo adesão ao tratamento pelo paciente. Em alguns centros de queimados, pacientes com área reduzida, realizam os curativos em casa, devido a praticidade da necessidade de a trocar apenas do curativo secundário. O curativo primário é realizado no hospital a cada 72 horas (CHEN L, et al., 2018; NOGUEIRA BL, et al., 2022).

Outrossim, uma escala preditiva de mortalidade em pacientes com NET aguda foi desenvolvida, Severity of Illness Score for Toxic Epidermal Necrolysis (SCORTEN). Esta escala atribui 1 ponto para cada uma das 7



variáveis avaliadas: (1) idade >40 anos; (2) Frequência Cardíaca >120 batimentos por minuto; (3) Neoplasias malignas associadas (4) destacamento epidérmico de mais wde 10% no dia da admissão do paciente (5) ureia acima de 28mg/dL; (6) Glicose acima de 252 mg/dL; e (7) Bicarbonato < 20 mEq/L(OLIVEIRA FL, et al.,2012).

Se o Score SCORTEN obtido estiver entre 0-1, a Taxa de Mortalidade (TM) =3,2%; Score SCORTEN obtido for 2, então a TM=12,%; Score SCORTEN=3 então a TM=35,3%; Score SCORTEN obtido for 4, a TM preditiva será 58,3%; Por fim, se o score SCORTEN for igual ou maior que 5, então a TM será superior a 90%(OLIVEIRA A, SHANCES M, SELORES M ,2011; JÚNIOR JAPR, et al., 2020)

Mesmo apresentando SCORTEN 4, o que representava risco de mortalidade acima de 58%, a paciente apresentou excelente evolução das lesões cutâneas, apresentando reepitelização quase completa após 8 dias de curativos com hidrofibra com prata que apresentou efetividade na cicatrização das lesões causadas pela NET.

Apesar de ser indicado a manutenção da dieta via oral do paciente acometido por NET, no caso relatada foi instituída NPP, devido a grande quantidade de lesões na região glútea e perineal, desta forma diminuindo a chance de contaminação por fezes. Porém, as evacuações que ocorreram antes da troca da dieta oral por parenteral acarretaram uma infecção para a paciente que foi tratada com antibióticos de amplo espectro. Após melhora das lesões do dorso, glúteas e perineal, a NPP foi substituída gradativamente por dieta oral, onde antifúngicos sistêmicos e orais foram necessários para tratar a mucosa orofaríngea acometida por monilíase. A paciente saiu de alta com sequelas como sinéquia de grandes lábios, cicatrização inadequada do olho esquerdo e pigmentação irregular da pele reepitelizada.

## REFERÊNCIAS

1. BLOOM R, AMBER KT. Identifying the incidence of rash, Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in patients taking lamotrigine: a systematic review of 122 randomized controlled trials. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2017; 92: 139-141.
2. BULISSANI ACP, et al. Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica em Medicina Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2006; 18 (3): 292-297.
3. CABRAL L, et al. Necrólise Epidérmica Tóxica (Síndrome de Lyell): uma patologia para as unidades de queimadura. *Acta Médica Portuguesa*, 2003; 17: 129-140.
4. CHABY, G. et al. Incidence of and mortality from epidermal necrolysis (Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis) in France during 2003-16: a four-source capture-recapture estimate. *The British Journal of Dermatology*, 2020; 182 (3): 618–624.
5. CHEN L, et al. Cobertura de hidrofibra com carboximetilcelulose (Aquacel Ag®) em pacientes queimados: Um relato de caso. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 2018; 17 (2): 132-135.
6. DE MELO MEF, et al. Principais classes farmacológicas relacionadas à farmacodermia. *Research, Society and Development*, 2022; 11: e8011225492-e8011225492.
7. EMERICK MFB, et al. Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica em um hospital do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014; 67(4): 898–904.
8. JÚNIOR JAPR, et al. Síndrome de Lyell em 72% de superfície corporal. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 2020; 35(2):240-242.
9. LIPOVÝ B, et al. Case Report: Wound Closure Acceleration in a Patient With Toxic Epidermal Necrolysis Using a Lyophilised Amniotic Membrane. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 2021; 9: 1-7.
10. MOSER H, et al.. Evolução dos curativos de prata no tratamento de queimaduras de espessura parcial. *Rev Bras Queimaduras*, 2013; 12 (2):60 – 67.
11. NETO FCS, et al. Abordagem Cutânea na Necrólise Epidérmica Tóxica. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 2017; 32: 128-134.
12. NOGUEIRA BL, et al. Os curativos a base de prata e sua eficácia em queimaduras: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 2022; 8(2): 8535-8556.
13. OLIVEIRA FL, et al. Necrólise epidérmica tóxica e síndrome de Stevens Johnson: atualização. *Rev Bras Queimaduras*, 2012; 11(1): 26-30.



14. OLIVEIRA A, et al. O espectro clínico Síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise Epidérmica Tóxica. *Acta Medica Portuguesa*, 2011; 24: 995- 1002.
15. ROVIELLO CF et al. Manifestações e tratamento da necrólise epidérmica tóxica e da síndrome de Stevens Johnson. *Journal Health NPEPS*, 2019; 4 (1): 319–29.
16. ROCHA FS, et al. Avaliação comparativa do uso de hidroalginato com prata e o curativo convencional em queimaduras de segundo grau. *Rev Bras Queimaduras*, 2012; 11:10-110.
17. SANTOS FC, et al. Abordagem cutânea na necrólise epidérmica tóxica. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, 2017;32 (1): 128-134.
18. SANTOS GF, et al.. Doença de Parkinson: Padrão epidemiológico de internações no Brasil. *Research, Society and Development*, 2022; 11: 1-9.
19. SHANBHAG SS,. et al. Multidisciplinary care in Stevens-Johnson syndrome. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 2020; 11:.2040622319894469.
20. SINGH N, PHILLIPS M. Toxic Epidermal Necrolysis: A Review of Past and Present Therapeutic Approaches. *Skin Therapy Letter*, 2022; 27(5): 7–13.