

INTERVENÇÕES DERMATOLÓGICAS NO MANEJO DA SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON E NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA

DERMATOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE MANAGEMENT OF STEVENS-JOHNSON SYNDROME AND TOXIC EPIDERMAL NECROLYSIS

INTERVENCIONES DERMATOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON Y LA NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA

Lara Costa Corrêa¹
Estela Caldas Fleury Borges²
Giovanna Santos Cunha³
Luís Felipe Gonçalves de Souza⁴
Anna Paula Thomé Spenciere⁵
Isabella Cristina Santos de Castro⁶

RESUMO: Introdução: a Síndrome de Stevens-Johnson e a necrólise epidérmica tóxica constituem reações mucocutâneas graves, geralmente medicamentosas, caracterizadas por necrose epidérmica, descolamento cutâneo, acometimento de mucosas e risco elevado de mortalidade (CREAMER et al., 2016; SCHWARTZ et al., 2013). Objetivo: analisar intervenções dermatológicas e sistêmicas utilizadas no manejo da Síndrome de Stevens-Johnson, com atenção ao cuidado cutâneo, suspensão do agente causal, suporte e imunomodulação. Metodologia: revisão sistemática, descritiva e qualitativa, conforme PRISMA 2020 (PAGE et al., 2021), com busca nas bases PubMed, BVS e SciELO entre 2021 e 2026, utilizando descritores DeCS/BVS relacionados a Síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, dermatologia, terapêutica e imunossuppressores. Resultados: foram selecionados seis estudos. As evidências reforçam suspensão precoce do fármaco suspeito, cuidado de feridas, suporte em unidade especializada e avaliação criteriosa de terapias sistêmicas como corticosteroides, ciclosporina, etanercepte, imunoglobulina intravenosa e combinações terapêuticas (KRIDIN et al., 2021; HOUSCHYAR et al., 2021; JACOBSEN et al., 2022; ZHANG et al., 2022; CHANG et al., 2022; HEUER et al., 2025). Conclusão: o manejo dermatológico deve ser precoce, interdisciplinar e individualizado, priorizando reconhecimento rápido, suporte cutâneo e escolha cautelosa de imunomodulação (CREAMER et al., 2016; JACOBSEN et al., 2022).

Palavras-chave: Síndrome de Stevens-Johnson. Necrólise Epidérmica Tóxica. Dermatologia. Terapêutica. Imunossuppressores.

¹Graduada em Medicina, Universidade Anhembi Morumbi.

²Graduada em Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

³Acadêmica de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

⁴Graduado em Medicina, Universidade de Rio Verde.

⁵Graduação em Medicina, Unifimes- Campus Trindade.

⁶Graduada em Medicina, Centro Universitário Alfredo Nasser.

ABSTRACT: Introduction: Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis are severe mucocutaneous reactions, usually drug-induced, characterized by epidermal necrosis, skin detachment, mucosal involvement, and a high risk of mortality (CREAMER et al., 2016; SCHWARTZ et al., 2013). Objective: To analyze dermatological and systemic interventions used in the management of Stevens-Johnson syndrome, focusing on skin care, discontinuation of the causative agent, supportive care, and immunomodulation. Methodology: A systematic, descriptive, and qualitative review, according to PRISMA 2020 (PAGE et al., 2021), was conducted using PubMed, BVS, and SciELO databases between 2021 and 2026, using DeCS/BVS descriptors related to Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis, dermatology, therapeutics, and immunosuppressants. Results: Six studies were selected. The evidence reinforces the need for early discontinuation of the suspected drug, wound care, support in a specialized unit, and careful evaluation of systemic therapies such as corticosteroids, cyclosporine, etanercept, intravenous immunoglobulin, and therapeutic combinations (KRIDIN et al., 2021; HOUSCHYAR et al., 2021; JACOBSEN et al., 2022; ZHANG et al., 2022; CHANG et al., 2022; HEUER et al., 2025). Conclusion: dermatological management should be early, interdisciplinary, and individualized, prioritizing rapid recognition, skin support, and cautious selection of immunomodulation (CREAMER et al., 2016; JACOBSEN et al., 2022).

Keywords: Stevens-Johnson Syndrome. Toxic Epidermal Necrolysis. Dermatology. Therapeutics. Immunosuppressive Agents.

RESUMEN: Introducción: El síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica son reacciones mucocutáneas graves, generalmente inducidas por fármacos, caracterizadas por necrosis epidérmica, desprendimiento de piel, afectación de las mucosas y un alto riesgo de mortalidad (CREAMER et al., 2016; SCHWARTZ et al., 2013). Objetivo: Analizar las intervenciones dermatológicas y sistémicas utilizadas en el manejo del síndrome de Stevens-Johnson, centrándose en el cuidado de la piel, la interrupción del agente causal, los cuidados de apoyo y la inmunomodulación. Metodología: Se realizó una revisión sistemática, descriptiva y cualitativa, según PRISMA 2020 (PAGE et al., 2021), utilizando las bases de datos PubMed, BVS y SciELO entre 2021 y 2026, utilizando descriptores DeCS/BVS relacionados con el síndrome de Stevens-Johnson, la necrólisis epidérmica tóxica, la dermatología, la terapéutica y los inmunosupresores. Resultados: Se seleccionaron seis estudios. La evidencia refuerza la necesidad de suspender precozmente el fármaco sospechoso, brindar cuidados de la herida, derivar al paciente a una unidad especializada y evaluar cuidadosamente las terapias sistémicas como corticosteroides, ciclosporina, etanercept, inmunoglobulina intravenosa y combinaciones terapéuticas (KRIDIN et al., 2021; HOUSCHYAR et al., 2021; JACOBSEN et al., 2022; ZHANG et al., 2022; CHANG et al., 2022; HEUER et al., 2025). Conclusión: el manejo dermatológico debe ser precoz, interdisciplinario e individualizado, priorizando el reconocimiento rápido, el cuidado de la piel y la selección cuidadosa de la inmunomodulación (CREAMER et al., 2016; JACOBSEN et al., 2022).

Palabras clave: Síndrome de Stevens-Johnson. Necrólisis Epidérmica Tóxica. Dermatología. Terapéutica. Inmunosupresores.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Stevens-Johnson e a necrólise epidérmica tóxica pertencem ao espectro das reações cutâneas adversas graves, geralmente desencadeadas por medicamentos (HARR; FRENCH, 2010; CREAMER et al., 2016). A distinção entre as formas clínicas depende principalmente da extensão do descolamento epidérmico, mas ambas compartilham fisiopatologia marcada por morte queratinocitária, inflamação intensa, acometimento mucoso e risco de complicações sistêmicas (SCHWARTZ et al., 2013; CREAMER et al., 2016).

O quadro costuma iniciar com sintomas prodrômicos, febre, mal-estar, dor cutânea e lesões eritemato-violáceas que evoluem para bolhas, erosões e descolamento epidérmico (CREAMER et al., 2016; SCHWARTZ et al., 2013). O acometimento oral, ocular, genital e respiratório é frequente e pode deixar sequelas (CREAMER et al., 2016). A mortalidade aumenta com idade, extensão cutânea, comorbidades, alterações laboratoriais e atraso na retirada do fármaco causador (CREAMER et al., 2016; SCHWARTZ et al., 2013).

O manejo dermatológico é central porque envolve diagnóstico precoce, estimativa de área acometida, diferenciação de outras dermatoses bolhosas, orientação da suspensão medicamentosa, cuidado de feridas, prevenção de infecção, controle de dor e decisão sobre terapias sistêmicas (CREAMER et al., 2016; HOUSCHYAR et al., 2021). Ao mesmo tempo, o

3

A literatura permanece controversa quanto à melhor imunomodulação. Corticosteroides, ciclosporina, etanercepte e imunoglobulina intravenosa foram avaliados em revisões e estudos observacionais, mas há heterogeneidade e limitação ética para ensaios randomizados robustos (HOUSCHYAR et al., 2021; JACOBSEN et al., 2022; CHANG et al., 2022; HEUER et al., 2025). Assim, revisar as evidências recentes permite organizar condutas dermatológicas e discutir o grau de suporte para cada intervenção.

O objetivo geral foi analisar intervenções dermatológicas e sistêmicas utilizadas no manejo da Síndrome de Stevens-Johnson e da necrólise epidérmica tóxica entre 2021 e 2026. Os objetivos específicos foram descrever medidas de suporte cutâneo, suspensão do agente causal, cuidados de feridas, papel de unidades especializadas e evidências sobre corticosteroides, ciclosporina, etanercepte, imunoglobulina intravenosa e terapias combinadas.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática rápida, de caráter qualitativo e descritivo, conduzida conforme as etapas recomendadas pelo PRISMA 2020 para identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos (PAGE et al., 2021). A revisão foi planejada para responder a uma pergunta clínica estruturada pelo acrônimo PICO, com síntese narrativa dos achados, sem metanálise, em razão da heterogeneidade dos delineamentos, das populações e dos desfechos avaliados nos estudos incluídos.

Foram utilizadas exclusivamente as bases PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO. O recorte temporal foi definido entre janeiro de 2021 e junho de 2026, por corresponder aos últimos cinco anos completos disponíveis no momento da elaboração do trabalho. A estratégia de busca empregou descritores em português, inglês e espanhol vinculados ao DeCS/BVS, combinados por operadores booleanos, respeitando a especificidade de cada base. A busca foi organizada de forma reprodutível, com registro da base consultada, dos descritores utilizados, dos filtros aplicados e do número de estudos mantidos após cada etapa.

A seleção foi realizada em quatro fases: identificação dos registros nas bases, remoção de duplicidades, leitura de títulos e resumos, e leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. Os estudos incluídos foram analisados por meio de quadro padronizado de extração, contendo

4

Quadro 1 – Pergunta clínica estruturada pelo PICO

Elemento	Descrição operacional
P - População	Pacientes com Síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica ou sobreposição SSJ/NET.
I - Intervenção	Intervenções dermatológicas, suporte cutâneo, retirada do agente causal e terapias sistêmicas imunomoduladoras.
C - Comparação	Cuidados de suporte isolados, outras terapias sistêmicas ou comparação entre regimes terapêuticos.
O - Desfechos	Mortalidade, tempo de reepitelização, complicações, sequelas, segurança e resposta clínica.

Fonte: Autoria própria, 2026.

Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão

Critério	Descrição
Inclusão	Artigos de 2021 a 2026; pacientes humanos com SSJ, NET ou sobreposição; estudos sobre manejo dermatológico, suporte ou terapias sistêmicas; bases PubMed, BVS ou SciELO; textos em português, inglês ou espanhol.
Exclusão	Artigos fora do período; estudos apenas diagnósticos sem discussão de manejo; relatos isolados sem análise terapêutica; estudos exclusivamente pediátricos quando não extrapoláveis; duplicatas; textos sem resumo.

Fonte: Autoria própria, 2026.

Quadro 3 – Estratégia de busca nas bases PubMed, BVS e SciELO

Base	Estratégia de busca com descritores DeCS/BVS	Filtros
PubMed	"Síndrome de Stevens-Johnson" OR "Stevens-Johnson Syndrome" AND "Terapêutica" OR "Therapeutics"; "Necrólise Epidérmica Tóxica" AND "Imunossuppressores"	2021-2026; humanos
BVS	"Síndrome de Stevens-Johnson" AND "Dermatologia"; "Síndrome de Stevens-Johnson" AND "Terapêutica"; "Necrólise Epidérmica Tóxica" AND "Imunossuppressores"	2021-2026; texto com resumo
SciELO	"Síndrome de Stevens-Johnson"; "Necrólise Epidérmica Tóxica"; "Terapêutica"	2021-2026; artigos

Fonte: Autoria própria, 2026.

Ressalta-se que os números do fluxograma correspondem aos registros recuperados e efetivamente triados nesta revisão rápida, após aplicação dos filtros definidos, e não ao total absoluto e permanente de resultados existentes nas bases, pois bases bibliográficas são dinâmicas e podem apresentar alterações posteriores.

Quadro 4 – Fluxograma PRISMA textual da seleção dos estudos

Etapa PRISMA	Registros/estudos	Descrição
Identificação	93	Registros recuperados: PubMed (71), BVS (18) e SciELO (4).
Duplicidade	12	Duplicatas removidas.
Triagem	81	Títulos e resumos avaliados.

Exclusão por título/resumo	58	Excluídos por ausência de foco terapêutico, população incompatível ou tema diagnóstico isolado.
Elegibilidade	23	Textos avaliados para elegibilidade.
Exclusão após leitura integral	17	Excluídos por dados insuficientes, duplicidade de revisão ou ausência de intervenção dermatológica.
Inclusão	6	Seis estudos incluídos na síntese qualitativa.

Fonte: Autoria própria, 2026.

RESULTADOS

Foram selecionados seis estudos publicados entre 2021 e 2025. A síntese incluiu revisões sistemáticas, revisão de tratamentos sistêmicos, estudo observacional multicêntrico, análise de terapia combinada e atualização clínica. Os estudos abordaram tanto intervenções sistêmicas quanto princípios dermatológicos de suporte (KRIDIN et al., 2021; HOUSCHYAR et al., 2021; JACOBSEN et al., 2022; ZHANG et al., 2022; CHANG et al., 2022; HEUER et al., 2025).

A evidência foi convergente quanto à necessidade de suspensão imediata do fármaco suspeito, encaminhamento precoce para unidade especializada, cuidado de feridas e suporte clínico (CREAMER et al., 2016; KRIDIN et al., 2021; JACOBSEN et al., 2022). A divergência concentrou-se na escolha da imunomodulação ideal (HOUSCHYAR et al., 2021; CHANG et al., 2022; HEUER et al., 2025).

6

Quadro 5 – Análise dos artigos incluídos na revisão

Autor/ano	Delineamento e base	Amostra/contexto	Principais achados	Contribuição para a revisão
Kridin et al., 2021	Estudo multicêntrico observacional; PubMed	Pacientes europeus com SSJ/NET tratados por diferentes abordagens.	Comparou estratégias de tratamento e desfechos, demonstrando variação significativa entre centros.	Mostra heterogeneidade real da prática e necessidade de padronização.
Houschyar et al., 2021	Revisão sistemática; PubMed	Estudos sobre terapias sistêmicas em SSJ/NET.	Sugeriu potencial benefício de corticosteroides e ciclosporina, com evidência limitada para imunoglobulina isolada.	Organiza terapias imunomoduladoras disponíveis até o período recente.

Jacobsen et al., 2022	Revisão Cochrane; PubMed/BVS	Ensaio e estudos comparativos de intervenções sistêmicas.	Evidência limitada e de baixa certeza para várias intervenções, reforçando incerteza terapêutica.	Apoia abordagem cautelosa e individualizada.
Zhang et al., 2022	Estudo multicêntrico observacional; PubMed	Pacientes tratados com etanercepte associado a corticosteroides versus corticosteroide isolado.	Terapia combinada com etanercepte e corticosteroide foi associada a resposta favorável e segurança comparativa.	Sugere papel de bloqueio de TNF-alfa em casos selecionados.
Chang et al., 2022	Revisão baseada em evidências; PubMed	Tratamentos sistêmicos para SSJ/NET.	Discutiu corticosteroides, ciclosporina, etanercepte, imunoglobulina e combinações.	Fornecer panorama terapêutico útil para decisão dermatológica.
Heuer et al., 2025	Revisão sistemática e metanálise; PubMed	Estudos de terapias imunomoduladoras em necrose epidérmica.	Indicou diferenças entre terapias quanto a mortalidade e complicações, com destaque para ciclosporina e combinações em alguns desfechos.	Atualiza evidência e reforça necessidade de interpretar resultados por gravidade e viés.

Fonte: Autoria própria, 2026.

Quadro 6 – Síntese crítica dos achados por eixo analítico

Eixo de análise	Evidências convergentes	Implicações clínicas
Suspensão do agente causal	Todos os estudos reforçam retirada imediata de fármacos suspeitos como medida essencial.	Atraso na suspensão pode aumentar progressão e mortalidade.
Cuidado cutâneo	Suporte de feridas, analgesia, controle térmico, hidratação e prevenção de infecção são bases do tratamento.	Dermatologia deve orientar manejo de pele e mucosas desde a suspeita inicial.
Imunomodulação	Corticosteroides, ciclosporina, etanercepte e imunoglobulina têm evidência heterogênea.	Escolha deve considerar tempo de doença, extensão, contraindicações e experiência local.
Cuidado especializado	Unidades com experiência em feridas graves, UTI ou unidades tipo queimados são frequentemente recomendadas.	Encaminhamento precoce melhora suporte e vigilância de complicações.

Fonte: Autoria própria, 2026.

Os estudos incluídos demonstram que nenhuma intervenção sistêmica possui evidência perfeita e universalmente definitiva (JACOBSEN et al., 2022; HEUER et al., 2025). Entretanto, há consenso de que o suporte precoce, a retirada do agente causal e o cuidado cutâneo adequado são indispensáveis (CREAMER et al., 2016; HOUSCHYAR et al., 2021). A imunomodulação deve complementar, e não substituir, o suporte clínico intensivo (JACOBSEN et al., 2022; CHANG et al., 2022).

Corticosteroides aparecem como opção frequente, sobretudo em fases iniciais, mas seu uso exige cautela em razão de risco infeccioso, dose, duração e seleção de pacientes (HOUSCHYAR et al., 2021; CHANG et al., 2022). Ciclosporina foi apontada em revisões como alternativa promissora, possivelmente por interferir na ativação linfocitária (HOUSCHYAR et al., 2021; HEUER et al., 2025). Etanercepte ganhou destaque recente por bloquear TNF-alfa e por estudos observacionais sugerirem benefício, especialmente em associação a corticosteroides (ZHANG et al., 2022; CHANG et al., 2022).

A imunoglobulina intravenosa, embora historicamente utilizada, apresentou resultados inconsistentes. Algumas revisões não demonstraram benefício claro quando usada isoladamente, enquanto combinações terapêuticas podem ter resultados diferentes (HOUSCHYAR et al., 2021; JACOBSEN et al., 2022; CHANG et al., 2022). Essa divergência reforça que o momento de administração, gravidade e seleção de pacientes influenciam os desfechos (HEUER et al., 2025).

Quadro 7 – Avaliação crítica dos estudos incluídos

Estudo	Delineamento	Força da evidência	Possíveis vieses/limitações	Justificativa da inclusão
Kridin et al., 2021	Estudo multicêntrico observacional	Moderada para associação clínica e geração de hipóteses; limitada para causalidade definitiva.	Possível confundimento, seleção de participantes, autorrelato e diferenças de gravidade entre grupos.	Incluído por responder diretamente à pergunta PICO e apresentar dados úteis para a síntese clínica.
Houschyar et al., 2021	Revisão sistemática	Dependente da qualidade dos estudos primários; útil para mapear convergências e incertezas.	Heterogeneidade dos estudos incluídos, risco de publicação seletiva e diferenças de critérios de inclusão.	Incluído por responder diretamente à pergunta PICO e apresentar dados úteis para a síntese clínica.
Jacobsen et al., 2022	Revisão Cochrane	Dependente da qualidade dos	Heterogeneidade dos estudos	Incluído por responder

		estudos primários; útil para mapear convergências e incertezas.	incluídos, risco de publicação seletiva e diferenças de critérios de inclusão.	diretamente à pergunta PICO e apresentar dados úteis para a síntese clínica.
Zhang et al., 2022	Estudo multicêntrico observacional	Moderada para associação clínica e geração de hipóteses; limitada para causalidade definitiva.	Possível confundimento, seleção de participantes, autorrelato e diferenças de gravidade entre grupos.	Incluído por responder diretamente à pergunta PICO e apresentar dados úteis para a síntese clínica.
Chang et al., 2022	Revisão baseada em evidências	Dependente da qualidade dos estudos primários; útil para mapear convergências e incertezas.	Heterogeneidade dos estudos incluídos, risco de publicação seletiva e diferenças de critérios de inclusão.	Incluído por responder diretamente à pergunta PICO e apresentar dados úteis para a síntese clínica.
Heuer et al., 2025	Revisão sistemática e metanálise	Dependente da qualidade dos estudos primários; útil para mapear convergências e incertezas.	Heterogeneidade dos estudos incluídos, risco de publicação seletiva e diferenças de critérios de inclusão.	Incluído por responder diretamente à pergunta PICO e apresentar dados úteis para a síntese clínica.

Fonte: Autoria própria, 2026.

A avaliação crítica foi realizada de modo narrativo, adequada ao objetivo de uma revisão sistemática rápida sem metanálise. A interpretação dos estudos considerou a hierarquia metodológica, mas também a pertinência clínica: em temas raros, graves ou emergentes, relatos clínicos e estudos observacionais podem ser relevantes para reconhecer padrões de apresentação, complicações e lacunas de cuidado.

Essa leitura crítica evita duas distorções frequentes: atribuir a estudos observacionais o mesmo peso causal de ensaios randomizados, ou descartar evidências clínicas importantes apenas por não serem experimentais. Por isso, cada artigo foi utilizado conforme sua melhor contribuição: ensaios para estimar efeito de intervenções, coortes para risco e prognóstico, revisões para organizar convergências, e relatos para ilustrar apresentações clínicas relevantes.

DISCUSSÃO

O manejo da Síndrome de Stevens-Johnson deve começar antes mesmo da confirmação definitiva, pois atraso terapêutico pode permitir progressão do descolamento epidérmico e aumento do risco sistêmico (CREAMER et al., 2016; HARR; FRENCH, 2010). A primeira

intervenção dermatológica é reconhecer o padrão clínico compatível, estimar extensão de acometimento, avaliar mucosas e suspender imediatamente medicamentos suspeitos. Essa medida, aparentemente simples, é uma das mais importantes para modificar evolução (CREAMER et al., 2016; KRIDIN et al., 2021).

O cuidado cutâneo tem função semelhante ao cuidado de feridas extensas. A perda da integridade epidérmica aumenta dor, risco de infecção, perda hídrica e distúrbios térmicos (CREAMER et al., 2016; SCHWARTZ et al., 2013). Curativos não aderentes, manipulação delicada, controle de dor, ambiente aquecido, hidratação, nutrição e prevenção de trauma cutâneo são medidas centrais (CREAMER et al., 2016; HOUSCHYAR et al., 2021). A equipe de dermatologia orienta se há necessidade de desbridamento conservador, proteção de áreas erodidas e vigilância de infecção secundária.

O acometimento de mucosas amplia a complexidade. Lesões oculares podem evoluir com simbléfaro, olho seco severo e perda visual; lesões genitais podem deixar estenoses; acometimento oral dificulta alimentação e hidratação (CREAMER et al., 2016; SCHWARTZ et al., 2013). Por isso, a intervenção dermatológica deve ser integrada a oftalmologia precoce, ginecologia/uropologia quando necessário, odontologia ou estomatologia e nutrição. O cuidado adequado das mucosas é determinante para reduzir sequelas (CREAMER et al., 2016).

10

A imunomodulação sistêmica permanece área de debate porque a doença é rara, grave e de difícil estudo por ensaios randomizados (JACOBSEN et al., 2022; HEUER et al., 2025). Corticosteroides podem reduzir inflamação quando administrados precocemente, mas podem aumentar risco infeccioso se usados de forma prolongada ou em pacientes já sépticos (HOUSCHYAR et al., 2021; CHANG et al., 2022). Ciclosporina apresenta racional por inibir ativação de linfócitos T e tem sido associada a desfechos favoráveis em algumas análises (HOUSCHYAR et al., 2021; HEUER et al., 2025). Etanercepte, por bloquear TNF-alfa, representa estratégia biologicamente plausível e com evidência observacional crescente (ZHANG et al., 2022; CHANG et al., 2022).

A imunoglobulina intravenosa foi muito utilizada pela hipótese de bloquear mecanismos de apoptose queratinocitária, mas os resultados são inconsistentes (HOUSCHYAR et al., 2021; CHANG et al., 2022). A revisão Cochrane e outras análises indicam baixa certeza para várias intervenções, o que impede recomendação absoluta (JACOBSEN et al., 2022; HEUER et al., 2025). Isso não significa ausência de benefício em todos os pacientes, mas reforça que a decisão

deve ser individualizada, considerando tempo de início, gravidade, contraindicações, disponibilidade e experiência do serviço.

A terapia combinada surge como alternativa em casos selecionados, especialmente quando há tentativa de unir rápido controle inflamatório com bloqueio de vias específicas (ZHANG et al., 2022; CHANG et al., 2022). No entanto, combinações também aumentam complexidade e potenciais eventos adversos. Estudos observacionais sugerem benefício de etanercepte associado a corticosteroides, mas ainda é necessário cuidado na interpretação, pois pacientes tratados em centros especializados podem receber suporte superior, confundindo resultados (ZHANG et al., 2022; HEUER et al., 2025).

Pesquisas futuras devem padronizar critérios de gravidade, tempo de início da terapia e desfechos como mortalidade ajustada por SCORTEN, tempo de reepitelização, infecção, sequelas oculares e qualidade de vida (JACOBSEN et al., 2022; HEUER et al., 2025).

A operacionalização do manejo da SSJ/NET deve ser orientada pelo tempo. As primeiras horas são decisivas para retirar o agente causal, reconhecer progressão e organizar transferência para ambiente adequado (CREAMER et al., 2016; KRIDIN et al., 2021). A discussão sobre imunomodulação não deve atrasar suporte cutâneo e sistêmico (JACOBSEN et al., 2022; CHANG et al., 2022).

A dermatologia tem papel de coordenação técnica porque integra diagnóstico, cuidado de feridas, diferenciação de outras dermatoses e decisão terapêutica (CREAMER et al., 2016; HOUSCHYAR et al., 2021). Entretanto, a evolução do paciente depende de equipe multiprofissional e vigilância de sequelas (CREAMER et al., 2016).

Quadro 8 – Matriz operacional de aplicação clínica dos achados

Nível ou eixo de cuidado	Conduta sugerida	Justificativa científica	Indicadores de acompanhamento
Primeiras horas	Suspender imediatamente medicamentos suspeitos e registrar linha do tempo de exposição.	A retirada precoce é intervenção central para reduzir progressão.	Data de início do fármaco, dose, latência e data de suspensão.
Dermatologia	Confirmar padrão clínico, estimar área acometida e orientar cuidado cutâneo.	O manejo da pele e mucosas reduz complicações e sequelas.	Percentual de descolamento, dor, mucosas e progressão.
Unidade especializada	Encaminhar casos extensos ou progressivos para UTI, unidade de queimados ou centro experiente.	Suporte intensivo reduz risco de infecção, desidratação e instabilidade.	SCORTEN, sinais vitais, função renal e acometimento respiratório.

Imunomodulação	Avaliar corticosteroides, ciclosporina, etanercepte ou combinações de forma individualizada.	Evidência é heterogênea e dependente de tempo de início e gravidade.	Mortalidade ajustada, reepitelização, infecção e eventos adversos.
Sequelas	Acionar oftalmologia e cuidado de mucosas precocemente.	Sequelas oculares e genitais podem ser incapacitantes.	Avaliação ocular seriada e documentação de mucosas.

Fonte: Autoria própria, 2026.

A matriz acima não substitui diretrizes clínicas específicas, mas transforma os achados da revisão em pontos de atenção práticos. Sua finalidade é facilitar a passagem da evidência para a assistência, deixando claro quais sinais devem ser monitorados, quais decisões dependem de risco individual e quais desfechos precisam ser acompanhados ao longo do tratamento.

Em uma revisão sistemática qualitativa, esse tipo de síntese é útil porque os estudos nem sempre medem os mesmos desfechos. A organização por eixos permite preservar a robustez da discussão sem forçar uma comparação numérica inadequada entre desenhos distintos.

A leitura individual dos estudos sobre Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica considerou a baixa disponibilidade de ensaios randomizados e a importância de dados observacionais (JACOBSEN et al., 2022; HEUER et al., 2025). A síntese priorizou intervenções dermatológicas aplicáveis nas fases iniciais e no suporte especializado (CREAMER et al., 2016; HOUSCHYAR et al., 2021).

No estudo de Kridin et al. (2021), o delineamento descrito como estudo multicêntrico observacional; PubMed permitiu analisar pacientes europeus com SSJ/NET tratados por diferentes abordagens. O achado principal foi que comparou estratégias de tratamento e desfechos, demonstrando variação significativa entre centros. Esse resultado foi interpretado nesta revisão como evidência relevante porque mostra heterogeneidade real da prática e necessidade de padronização.

A principal contribuição metodológica desse estudo para a revisão está em oferecer uma peça específica do conjunto probatório. Mesmo quando o delineamento não permite afirmar causalidade plena, ele ajuda a mapear padrões clínicos, magnitude de problema, aplicabilidade assistencial ou lacunas de pesquisa. Por isso, o estudo foi utilizado de forma proporcional ao seu desenho: sem extrapolar além dos dados apresentados, mas também sem ignorar sua utilidade clínica.

No estudo de Houschyar et al. (2021), o delineamento descrito como revisão sistemática; PubMed permitiu analisar estudos sobre terapias sistêmicas em SSJ/NET. O achado principal foi que sugeriu potencial benefício de corticosteroides e ciclosporina, com evidência limitada para imunoglobulina isolada. Esse resultado foi interpretado nesta revisão como evidência relevante porque organiza terapias imunomoduladoras disponíveis até o período recente.

A principal contribuição metodológica desse estudo para a revisão está em oferecer uma peça específica do conjunto probatório. Mesmo quando o delineamento não permite afirmar causalidade plena, ele ajuda a mapear padrões clínicos, magnitude de problema, aplicabilidade assistencial ou lacunas de pesquisa. Por isso, o estudo foi utilizado de forma proporcional ao seu desenho: sem extrapolar além dos dados apresentados, mas também sem ignorar sua utilidade clínica.

No estudo de Jacobsen et al. (2022), o delineamento descrito como revisão Cochrane; PubMed/BVS permitiu analisar ensaios e estudos comparativos de intervenções sistêmicas. O achado principal foi que evidência limitada e de baixa certeza para várias intervenções, reforçando incerteza terapêutica. Esse resultado foi interpretado nesta revisão como evidência relevante porque apoia abordagem cautelosa e individualizada.

A principal contribuição metodológica desse estudo para a revisão está em oferecer uma
peça específica do conjunto probatório. Mesmo quando o delineamento não permite afirmar
causalidade plena, ele ajuda a mapear padrões clínicos, magnitude de problema, aplicabilidade
assistencial ou lacunas de pesquisa. Por isso, o estudo foi utilizado de forma proporcional ao seu
desenho: sem extrapolar além dos dados apresentados, mas também sem ignorar sua utilidade
clínica.

No estudo de Zhang et al. (2022), o delineamento descrito como estudo multicêntrico observacional; PubMed permitiu analisar pacientes tratados com etanercepte associado a corticosteroides versus corticosteroide isolado. O achado principal foi que terapia combinada com etanercepte e corticosteroide foi associada a resposta favorável e segurança comparativa. Esse resultado foi interpretado nesta revisão como evidência relevante porque sugere papel de bloqueio de TNF-alfa em casos selecionados.

A principal contribuição metodológica desse estudo para a revisão está em oferecer uma peça específica do conjunto probatório. Mesmo quando o delineamento não permite afirmar causalidade plena, ele ajuda a mapear padrões clínicos, magnitude de problema, aplicabilidade assistencial ou lacunas de pesquisa. Por isso, o estudo foi utilizado de forma proporcional ao seu

desenho: sem extrapolar além dos dados apresentados, mas também sem ignorar sua utilidade clínica.

No estudo de Chang et al. (2022), o delineamento descrito como revisão baseada em evidências; PubMed permitiu analisar tratamentos sistêmicos para SSJ/NET. O achado principal foi que discutiu corticosteroides, ciclosporina, etanercepte, imunoglobulina e combinações. Esse resultado foi interpretado nesta revisão como evidência relevante porque fornece panorama terapêutico útil para decisão dermatológica.

A principal contribuição metodológica desse estudo para a revisão está em oferecer uma peça específica do conjunto probatório. Mesmo quando o delineamento não permite afirmar causalidade plena, ele ajuda a mapear padrões clínicos, magnitude de problema, aplicabilidade assistencial ou lacunas de pesquisa. Por isso, o estudo foi utilizado de forma proporcional ao seu desenho: sem extrapolar além dos dados apresentados, mas também sem ignorar sua utilidade clínica.

No estudo de Heuer et al. (2025), o delineamento descrito como revisão sistemática e metanálise; PubMed permitiu analisar estudos de terapias imunomoduladoras em necrose epidérmica. O achado principal foi que indicou diferenças entre terapias quanto a mortalidade e complicações, com destaque para ciclosporina e combinações em alguns desfechos. Esse resultado foi interpretado nesta revisão como evidência relevante porque atualiza evidência e reforça necessidade de interpretar resultados por gravidade e viés.

14

A principal contribuição metodológica desse estudo para a revisão está em oferecer uma peça específica do conjunto probatório. Mesmo quando o delineamento não permite afirmar causalidade plena, ele ajuda a mapear padrões clínicos, magnitude de problema, aplicabilidade assistencial ou lacunas de pesquisa. Por isso, o estudo foi utilizado de forma proporcional ao seu desenho: sem extrapolar além dos dados apresentados, mas também sem ignorar sua utilidade clínica.

O uso de escores prognósticos, como SCORTEN, auxilia a estimar risco, mas não substitui julgamento clínico (CREAMER et al., 2016; SCHWARTZ et al., 2013). Pacientes com progressão rápida, grande extensão cutânea, acometimento respiratório, instabilidade hemodinâmica, insuficiência renal ou alteração laboratorial grave devem ser acompanhados em ambiente de maior complexidade (CREAMER et al., 2016). A decisão sobre unidade de queimados ou UTI depende da disponibilidade local e da experiência com feridas extensas.

Em suma, a intervenção dermatológica eficaz não se resume à escolha de um imunossupressor. Ela envolve diagnóstico precoce, suspensão medicamentosa, coordenação interdisciplinar, cuidado de feridas, manejo de mucosas, controle de dor, prevenção de infecção, suporte nutricional e avaliação criteriosa de imunomodulação (CREAMER et al., 2016; JACOBSEN et al., 2022; CHANG et al., 2022). Essa visão integrada é mais compatível com a complexidade da SSJ/NET.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo da Síndrome de Stevens-Johnson exige intervenção dermatológica precoce, suporte intensivo e decisão individualizada sobre imunomodulação (CREAMER et al., 2016; JACOBSEN et al., 2022). A suspensão do agente causal e o cuidado de feridas são medidas fundamentais e não devem ser atrasadas pela incerteza sobre terapia sistêmica (CREAMER et al., 2016; HOUSCHYAR et al., 2021).

Corticosteroides, ciclosporina, etanercepte, imunoglobulina intravenosa e combinações terapêuticas apresentam evidência heterogênea (HOUSCHYAR et al., 2021; CHANG et al., 2022; HEUER et al., 2025). A melhor conduta depende de gravidade, tempo de evolução, contraindicações e experiência institucional. A abordagem interdisciplinar é indispensável para reduzir mortalidade e sequelas (CREAMER et al., 2016; JACOBSEN et al., 2022).

15

REFERÊNCIAS

CHANG, H.-C. et al. A review of the systemic treatment of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Biomedicine*, v. 10, n. 9, art. 2105, 2022. DOI: 10.3390/biomedicine10092105.

CREAMER, D. et al. U.K. guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in adults 2016. *British Journal of Dermatology*, v. 174, n. 6, p. 1194-1227, 2016. DOI: 10.1111/bjd.14530.

HARR, T.; FRENCH, L. E. Toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, v. 5, art. 39, 2010. DOI: 10.1186/1750-1172-5-39.

HEUER, R. et al. Systemic immunomodulating therapies for epidermal necrolysis (Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis): a systematic review and meta-analysis. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2025. DOI: 10.1111/ddg.15804.

HOUSCHYAR, K. S. et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Wound Care*, v. 30, n. 12, p. 1012-1019, 2021. DOI: 10.12968/jowc.2021.30.12.1012.

JACOBSEN, A. et al. Systemic interventions for treatment of Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis, and SJS/TEN overlap syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 3, CD013130, 2022. DOI: 10.1002/14651858.CD013130.pub2.

KRIDIN, K. et al. Assessment of treatment approaches and outcomes in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: insights from a pan-European multicenter study. *JAMA Dermatology*, v. 157, n. 10, p. 1182-1190, 2021. DOI: 10.1001/jamadermatol.2021.3154.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

SCHWARTZ, R. A.; MCDONOUGH, P. H.; LEE, B. W. Toxic epidermal necrolysis: Part I. Introduction, history, classification, clinical features, systemic manifestations, etiology, and immunopathogenesis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 69, n. 2, p. 173.e1-173.e13, 2013. DOI: 10.1016/j.jaad.2013.05.003.

ZHANG, J. et al. Evaluation of combination therapy with etanercept and systemic corticosteroids for Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a multicenter observational study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, v. 10, n. 5, p. 1295-1304.e6, 2022. DOI: 10.1016/j.jaip.2022.01.038.