

EXANTEMA MUCOCUTÁNEO INDUCIDO POR MYCOPLASMA: UNA NUEVA ENTIDAD CLÍNICA

M. Ruiz Sánchez, M. Gutiérrez García, A. Abenza Lasso de la Vega, M. Rubio Rubio, J. García Martí, C. Mora Caballero, E. Martínez Sánchez, Y. Álvarez García.
Hospital General Universitario de Elda

INTRODUCCIÓN

Mycoplasma pneumoniae es un microorganismo implicado habitualmente en infecciones del tracto respiratorio, sin embargo, también es responsable de manifestaciones extrapulmonares. Entre ellas, en 2015 se definió una nueva entidad clínica conocida como exantema mucocutáneo inducido por mycoplasma (*Mycoplasma pneumoniae* induced rash and mucositis - MIRM o Recurrent reactive infectious mucocutaneous eruption - RIME).

Esta entidad se caracteriza por la afectación predominantemente mucosa y cutánea, y se diferencia, dentro de las enfermedades mucocutáneas, del eritema multiforme (EM) y del síndrome de Stevens-Johnson (SSJ). Esta distinción posee especial implicación en cuanto al pronóstico clínico y al manejo terapéutico de los pacientes.

CASO CLÍNICO

Escolar de 11 años que acude a urgencias por empeoramiento de herida en pared abdominal secundaria a picadura de araña. Afebril y sin otra sintomatología. Ante ausencia de mejoría con antibioterapia vía oral (amoxicilina-clavulánico a 70 mg/kg/d), se extrae analítica con resultado anodino, se recoge muestra de exudado de la herida y se decide ingreso para completar estudio e iniciar antibioterapia intravenosa, inicialmente con amoxicilina-clavulánico iv a 100 mg/kg/d.



Durante el tercer día de ingreso, se objetiva edema palpebral bilateral, labial y lesiones cutáneas eritematosas pruriginosas sobreelevadas de bordes bien definidos en miembros inferiores y superior izquierdo. Ante sospecha clínica de urticaria aguda versus reacción alérgica a antibiótico, se administran corticoides y antihistamínicos, con mejoría del prurito, y se sustituye el antibiótico previo por cefuroxima.

Transcurridas 24 horas, persiste edema palpebral bilateral y labial con descamación, y se objetiva exantema circinado polimorfo en placas con bordes sobreelevados de distribución en tronco, espalda y extremidades, no pruriginoso. Dada la sospecha de sobreinfección se solicita serología y se inicia tratamiento con doxiciclina. Se obtiene IgM positiva de *Mycoplasma pneumoniae*. Posteriormente el exantema desaparece de forma progresiva.



CONCLUSIONES

- Una de las principales diferencias del MIRM con el resto de enfermedades mucocutáneas es su etiología y, por tanto, su manejo terapéutico, que se basa en antibioterapia (macrólidos) y medidas de soporte. En el EM el agente etiológico más frecuente es el virus herpes simple y el SSJ, suele ser secundario a fármacos.
- El pronóstico del MIRM es excelente y no suele presentar recurrencias ni secuelas.
- La diferenciación del exantema mucocutáneo inducido por mycoplasma como una nueva entidad, dentro del espectro de la enfermedades mucocutáneas, tiene gran implicación clínica tanto respecto al abordaje terapéutico como a su impacto a largo plazo.