



## Las mil y una caras del *Mycoplasma*

Raquel Berzosa López<sup>a</sup>, Miguel Ángel Carro Rodríguez<sup>b</sup>, María de la Parte Cancho<sup>b</sup>, Marina Mora Sitjà<sup>c</sup>, Roi Piñeiro Pérez<sup>b</sup>

Publicado en Internet:  
16-septiembre-2021

Raquel Berzosa López:  
rberzosa@hotmail.com

<sup>a</sup>Pediatra. CS Gregorio Marañón. Alcorcón. Madrid. España • <sup>b</sup>Servicio de Pediatría. Hospital General de Villalba. Collado-Villalba. Madrid. España • <sup>c</sup>Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

### Palabras clave:

- Exantema
- Hiperemia conjuntival
- Mucositis
- *Mycoplasma pneumoniae*

### Resumen

*Mycoplasma pneumoniae* es un patógeno implicado en la etiología de procesos respiratorios, pero también en otras entidades extrapulmonares, entre ellas la "mucositis y exantema inducido por *Mycoplasma pneumoniae*", descrita por primera vez en 2015. Se presentan dos casos clínicos de una niña de cinco años y un niño de seis ingresados en nuestro hospital con esta entidad. Al tratarse de un diagnóstico de reciente descripción y poco frecuente, es necesario su conocimiento por pediatras, oftalmólogos y dermatólogos para un manejo adecuado.

### Key words:

- Conjunctival hyperaemia
- Mucositis
- *Mycoplasma pneumoniae*
- Rash

### Abstract

*Mycoplasma pneumoniae* is a pathogen involved in the etiology of respiratory processes, but also in other extrapulmonary entities, including "Mycoplasma induced-rash and mucositis", first described in 2015. Two clinical cases of a 5-year-old girl and a 6-year-old boy admitted to our hospital with this entity are presented. As it is a recently described and infrequent diagnosis, its knowledge by pediatricians, ophthalmologists and dermatologists is necessary for proper management.

## The thousand and one faces of *Mycoplasma*

## INTRODUCCIÓN

*Mycoplasma pneumoniae* es una causa frecuente de neumonía en el paciente pediátrico, sin embargo, la afectación extrapulmonar que incluye la anemia hemolítica autoinmune, meningocefalitis, hepatitis, miocarditis, artritis y las manifestaciones mucocutáneas han sido descritas en menos ocasiones<sup>1</sup>. Se presentan dos pacientes con mucositis inducida por *Mycoplasma pneumoniae*, que precisaron ingreso en nuestro hospital durante 2018 y 2019.

## CASO CLÍNICO 1

Niña de cinco años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, con fiebre de cinco días de evolución, tos, mucosidad, odinofagia, lesiones aftosas en mucosa oral, que le impedían la ingesta, y secreción purulenta en ambos ojos.

En la exploración física destacaba regular estado general, con constantes normales, mucosas pastosas y regular estado de hidratación. Abundantes lesiones en la mucosa oral de tipo ulcerativo y lesiones costrosas en los labios. El resto de la exploración no presentaba alteraciones.

Cómo citar este artículo: Berzosa López R, Carro Rodríguez MA, de la Parte Cancho M, Mora Sitjà M, Piñeiro Pérez R. Las mil y una caras del *Mycoplasma*. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:297-9.

Ingresó para inicio de sueroterapia intravenosa y analgesia. Las lesiones empeoraron el segundo día de ingreso. Se realizó analítica que mostraba leucocitosis y aumento de la proteína C reactiva (PCR). Radiografía de tórax sin alteraciones. Se decidió iniciar tratamiento con amoxicilina-clavulánico, aciclovir y corticoterapia intravenosa por sospecha de sobreinfección de las lesiones.

Al tercer día de ingreso aparecieron lesiones aisladas en forma de diana en tronco y extremidades, se solicitó serología para *Mycoplasma pneumoniae* y se inició claritromicina y pomada oftálmica de eritromicina. La inmunoglobulina M (IgM) frente a *Mycoplasma pneumoniae* resultó positiva.

Durante el ingreso presentó una mejoría progresiva de la tolerancia oral. La antibioterapia intravenosa se mantuvo durante 14 días y oral durante siete días más. Dándose de alta tras 17 días de hospitalización, ya que necesitó soporte enteral y para control del dolor con analgesia intravenosa.

Dada la buena evolución del caso, no se consideró necesario solicitar serología confirmatoria.

## CASO CLÍNICO 2

Niño de seis años que consultó por fiebre de 11 días de evolución y lesiones aftosas en mucosa oral desde hacía 48 horas, que le impedían la correcta ingesta oral. Seis días antes había sido diagnosticado de neumonía del lóbulo medio y se prescribió tratamiento con amoxicilina a 80 mg/kg/día durante seis días y azitromicina durante cinco días.

A la exploración física llamaban la atención numerosas lesiones aftosas y costrosas en mucosa oral (Fig. 1), hiperemia conjuntival bilateral con secreción purulenta en ojo derecho y alguna lesión disseminada vesiculosa similar a las bucales en antebrazo derecho (Fig. 2). Ausencia de dificultad respiratoria con auscultación normal. Resto de la exploración sin alteraciones.

Se realizó hemograma donde destacaba leucocitosis con neutrofilia y aumento de PCR. La IgM frente a *Mycoplasma pneumoniae* fue positiva.

Figura 1. MIRM: mucositis oral con lesiones aftosas-costrosas en labios



Figura 2. MIRM: lesiones vesiculares sobre base eritematosa en antebrazo



Inició tratamiento con analgesia, sueroterapia intravenosa, nutrición enteral mediante sonda nasogástrica (SNG), metilprednisolona intravenosa a 1 mg/kg/día durante siete días con posterior pauta descendente de prednisolona oral y amoxicilina-clavulánico a 100 mg/kg/día por vía intravenosa para cubrir una posible sobreinfección de las lesiones orales.

Durante su ingreso, se mantuvo estable a nivel hemodinámico, y quedó afebril a las 48 horas del ingreso. La ingesta y las lesiones mejoraron pudiendo retirar la SNG a los diez días, de manera que recibió el alta a los 12 días.

Como en el caso anterior, debido a la buena evolución del paciente, tampoco se consideró necesario su seguimiento posterior ni realización de serología confirmatoria de *Mycoplasma pneumoniae*.

## DISCUSIÓN

La entidad *Mycoplasma-induced rash and mucositis* (MIRM) fue descrita por primera vez en 2015. Se

diferencia del eritema multiforme y del síndrome de Stevens Johnson en que suele darse en pacientes más jóvenes, con afectación predominante en mucosas y escasa afectación cutánea y un pronóstico bueno con menor tasa de ingresos en unidades de cuidados intensivos<sup>2</sup>.

Los adultos también pueden verse afectados<sup>3</sup>, pero la mayoría de los pacientes suelen ser jóvenes (edad media  $11,9 \pm 8,8$ )<sup>2</sup>, como en nuestros dos casos.

La fisiopatología de MIRM es desconocida. Algunos estudios sugieren que podría existir una proliferación de clones de linfocitos B, que crearían inmunocomplejos que se depositarían en los tejidos mucocutáneos<sup>4</sup>.

La mucositis casi siempre se precede de síntomas prodrómicos como tos, malestar general y fiebre. Cuando se acompaña de alteraciones en la piel, las más frecuentes son lesiones vesiculares y en segundo lugar en diana. En el 82% de los casos existe afectación ocular<sup>2</sup>.

Hay poca evidencia de cuál es el tratamiento más adecuado para el MIRM. La antibioterapia con macrólidos y el tratamiento de soporte sintomático han sido utilizados en otros casos<sup>5</sup>. El uso de otros antibióticos se debe reservar según sospecha clínica, como en nuestros casos para cubrir microorganismos relacionados con una posible sobreinfección bacteriana de las lesiones dermatológicas.

A pesar de presentarse con una sintomatología muy florida, la mayoría de los pacientes (81%), se recuperan de manera completa. Las secuelas más frecuentes son las oftalmológicas, en forma de sequedad ocular, úlceras corneales, ceguera, y pérdida de pestañas (8,9%)<sup>2</sup>. Por ello, el seguimiento por parte de oftalmología también es recomendable.

## CONCLUSIONES

La mucositis inducida por *Mycoplasma pneumoniae* fue descrita por primera vez en 2015. El conocimiento de esta entidad por parte del pediatra es esencial para un diagnóstico y manejo terapéutico adecuados. El tratamiento de esta entidad se basa en la antibioterapia con macrólidos, la corticoterapia, y terapia de soporte. La mayoría de los pacientes con MIRM tienen un buen pronóstico. El manejo debe realizarse de forma multidisciplinar, ya que las secuelas más frecuentes son las oftalmológicas.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## ABREVIATURAS

**MIRM:** *Mycoplasma-induced rash and mucositis* • **PCR:** proteína C reactiva • **SNG:** sonda nasogástrica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Waites KB, Talkington DF. *Mycoplasma pneumoniae* and its role as a human pathogen. Clin Microbiol Rev. 2004;17:697-728.
2. Canavan TN, Mathes EF, Frieden I, Shinkai K. *Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis as a syndrome distinct from Stevens-Johnson syndrome and erythema multiforme: a systematic review. J Am Acad Dermatol. 2015;72:239-45.
3. Zão I, Ribeiro F, Rocha V, Neto P, Matias C, Jesús G. *Mycoplasma pneumoniae*-associated Mucositis: a recently described entity. Eur J Case Rep Intern Med. 2018;5:977.
4. Martínez Pérez M, Imbernón Moya A, Lobato Berezo A, Churrua Grijelmo M. *Mycoplasma pneumoniae*-induced mucocutaneous rash: a new syndrome distinct from erythema multiforme? report of a new case and review of the literature. Actas Dermosifiliogr. 2016;107:e47-e51.
5. Curtiss P, Melnick L, Sicco KL, Liebman TN. *Mycoplasma pneumoniae*, more than a lung disease. Dermatol Online J. 2018;24:13030/qt8w993185.