

Eritema multiforme menor de origen infeccioso

I. Padrones Prieto*, J. Vicente Ruiz**, M. Á. Lavandeira Hernández. ***

R. Neipp***, I. Aguilar de Armas***

*Pediatra del C.S de General Moscardó. ** Alergólogo. Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

*** Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Área 5. Insalud. Madrid.

Caso Clínico

Niño de cuatro años de edad que acudió a la consulta de pediatría de Atención Primaria por presentar fiebre de 39'7 °C de 48 horas de evolución. Sin antecedentes personales ni familiares de interés para el caso actual. A la exploración, como único dato reseñable con otoscópio neumático, es la presencia en ambos oídos de tímpanos hiperémicos, abombados y opacos. Con el juicio diagnóstico de otitis media aguda, se inició tratamiento oral con amoxicilina-clavulánico y antitérmicos a la dosis habitual durante diez días.

El paciente evolucionó favorablemente durante los primeros ocho días, al cabo de los cuales tuvo de nuevo fiebre de 38-39°C, tos persistente y el inicio de un exantema eritematoso, elevado, de características habonosas en región nuchal, retroauricular y sacra. Con un examen más minucioso, se observaron

lesiones en "diana" en axilas y rodilla. No tenía lesiones en mucosas conjuntivales, orales o genitales. Asimismo, apareció edema y eritema en dedos de ambas manos, muñecas y tobillos, con discreta artralgia e impotencia funcional leve. Tenía adenopatías cervicales y axilares rodaderas, no adheridas, ni dolorosas. Tanto la auscultación cardíaca como la palpación abdominal fueron normales. Ante la sospecha de una posible sensibilización a amoxicilina-clavulánico y paracetamol se decidió suspender ambos fármacos y se envió al paciente al Servicio de Urgencias de nuestro hospital de referencia donde se le practica una analítica objetivándose los siguientes resultados: Hematíes: 4'47 millones, Hb: 12'7, Hct: 37'8, VCM: 84, Plaquetas: 266000, Leucocitos: 8100 (Neutrófilos: 78'6%, Linfocitos: 13'5%, Monocitos: 6,3%, Eosinófilos: 0'4%) Glucosa: 85, Creatinina: 0'4,

Calcio: 9'4, Na: 137'7, K: 4'09, Mg: 1'9, Proteínas totales: 6'3, AST: 19, ALT: 9. Análisis de orina: normal. Radiología de tórax, posteroanterior y lateral, sin hallazgos significativos.

A su vez se obtuvieron muestras para serologías frente a *Mycoplasma pneumoniae*, *C. psittaci*, *L. pneumophila*, *C. burnetii* y *Parvovirus*. Mantoux realizado en nuestra consulta negativo. ANA negativo. Parásitos en heces negativos. Al tercer día ante la persistencia del cuadro se pautó tratamiento con macrólidos y corticoides orales (0,5 mg/Kg/día) y antihistamínicos. A las 72 horas el paciente estaba afebril, cediendo el exantema, la impotencia funcional y disminuyendo el edema de extremidades. A los 7 días, desaparece la tos, cursando el proceso de forma favorable.

El resultado de la serología fue Ig M positivo a *Mycoplasma pneumoniae*; el resto de las serologías practicadas fueron negativas.

Cuatro meses más tarde el paciente presentó un cuadro de inicio, curso y características similares con buena respuesta a la administración de eritromicina. La serología realizada en esta segunda ocasión fue también Ig M positiva para *M. pneumoniae*, siendo negativas el resto de serologías.

Discusión

La aparición de lesiones cutáneas y exantemas en niños es a menudo un acontecimiento de preocupación en los padres, sobre todo si además existe fiebre. En la mayoría de las ocasiones son procesos banales, autolimitados y que ceden con antitérmicos. No obstante, no conviene olvidar que existen diferentes patologías e infecciones que pueden debutar como un exantema y ser potencialmente graves.

El Eritema Multiforme Minor (EMM) viene determinado por la presencia de una reacción de hipersensibilidad aguda que fisiopatológicamente se traduce en un trastorno inflamatorio reactivo (reacciones de hipersensibilidad tipo III y IV). Clínicamente se manifiesta por la presencia de lesiones cutáneas a modo de máculas o pápulas eritematosas simétricas con vesículas superpuestas, principalmente en superficies de extensión, las cuales evolucionan a lesiones en "diana" o "iris anulares". La erupción suele aparecer 1-2 semanas después de un catarro de vías altas. Estas lesiones evolucionan durante una semana, regresan en dos-cuatro semanas y curan con hiper o hipopigmentación. En un 25% de casos existen lesiones orales, sin llegar a afectar con tanta intensidad las superficies mucosas a dife-

rencia del Síndrome de Stevens-Johnson. En un 20-25% de casos las lesiones cutáneas suelen recaer. El diagnóstico diferencial debe realizarse con aquellos procesos que debutan de una manera similar, especialmente urticarias, infecciones virales, enfermedad de Kawasaki y exantemas de origen infeccioso. Se han descrito como causa de EMM procesos infecciosos como infección por herpes virus simple, infecciones por *Mycoplasma pneumoniae*, así como otras etiologías donde se incluyen drogas (sulfamidas, penicilinas, tetraciclinas, fármacos anticonvulsivantes del tipo de fenitoina así como Aspirina y antiinflamatorios no esteroideos). También se han recogido como causas, diferentes enfermedades infecciosas, leucemias o linfomas. En algunos casos es imposible determinar la causa siendo etiquetados de idiopáticos.

La relación entre Eritema Multiforme e infección por *Mycoplasma pneumoniae* ha sido recogida en la literatura por varios autores. Así, Rodríguez y col.¹ describen dos casos de Síndrome de Stevens-Johnson asociados a infección por *Mycoplasma pneumoniae* demostrado serológicamente, insistiendo en la conveniencia de descartar infección por este patógeno ante todo S. Stevens-Johnson, y la necesidad de instaurar

tratamiento precoz con macrólidos o tetraciclinas cuando se sospeche tal asociación. De igual manera Ruiz Contreras y col.² presentaron tres casos de manifestaciones extrarespiratorias por infección por *Mycoplasma pneumoniae*, evidenciándose en dos de ellos Síndrome de Stevens-Johnson inducido por este agente patógeno.

Aunque en nuestro paciente el cuadro clínico no llegó a ser tan severo como para etiquetarlo de Síndrome de Stevens-Johnson, sí que por las características clínicas, la morfología de las lesiones cutáneas, el curso evolutivo, el resultado de la serología, así como la buena respuesta al tratamiento nos han hecho sospechar una relación directa entre infección por *M. pneumoniae* y Eritema Multiforme Menor. No obstante, dado que como causa etiológica de esta patología está descrito el empleo de fármacos³, y que el paciente debutó con las lesiones cutáneas cuando estaba siendo tratado con Amoxicilina-clavulánico junto con Paracetamol, creímos conveniente derivarle al Servicio de Alergia de nuestro hospital de referencia para descartar una probable sensibilización a ambos fármacos. El Servicio de Alergia Infantil nos informó que las pruebas cutáneas a ambos fármacos habían sido negativas

y que el paciente había tolerado ambas drogas hasta dosis terapéuticas sin presentar ningún tipo de reacción inmediata y/o tardía.

Dentro de los *Mycoplasmas*, *Mycoplasma pneumoniae* es uno de los patógenos más importantes, produciendo en el ser humano una amplia variedad de afectación orgánica, que oscila desde el compromiso respiratorio hasta la repercusión en el ámbito de otros órganos: neurológico (meningoencefalitis, meningitis), cardiovascular (miocarditis, pericarditis), musculoesqueléticos (mialgias, artralgias), gastrointestinales (anorexia, vómitos), renales y cutáneos⁴. Las

posibles complicaciones más graves que pueden aparecer en el ámbito cutáneo como el desarrollo de un Síndrome de Stevens-Johnson hacen que el clínico deba tener en cuenta a este patógeno como causa etiológica en la aparición de exantemas en el niño, donde se incluye el Eritema Multiforme Menor, para iniciar tratamiento lo más precoz posible. En nuestro caso, el paciente respondió favorablemente a tratamiento instaurado con eritromicina y esteroides orales a dosis habituales no apareciendo ningún síntoma que nos hiciera sospechar que el cuadro evolucionase a un proceso más grave.

Bibliografía

1. Rodríguez Marcos MA, Martín Jiménez T, Moya Mir MS, Suarez E, y col. *Síndrome de Stevens-Johnson e infección por Mycoplasma Pneumoniae: presentación de dos casos*. Med. Clin (Barc) 1983; 80: 799-801.
2. Ruiz Contreras J, Pascual Ruiz V, Fernández Epifanio JL, García Hernández G, Gómez Acebo F. *Manifestaciones extrarespiratorias de la infección por Mycoplasma Pneumoniae*. An Esp Pediatr 1984; 21 (2): 141-146.
3. Strom BL, Carson JL, Halpern AC, et al. *A population-based study of Stevens-Johnson syndrome. Incidence and antecedent drug exposures*. Arch Dermatol 1991; 127 (6): 831-8.
4. Gail H, Cassell MS, Barry C, Cole C. *Mycoplasmas as agents of human disease*. N Engl J Med 1981; 304 (2): 80-89.

