



Cristina González
Borja Croche 
Emilio Gómez

Erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) en pacientes pediátricos: afectación extrapulmonar de *Mycoplasma pneumoniae*

Servicio de Pediatría General, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Article history

Received: 24 June 2024; Revision Requested: 30 July 2024; Revision Received: 16 August 2024;
Accepted: 4 September 2024; Published: 8 October 2024

Estimado Editor:

La infección por *Mycoplasma pneumoniae* tiene un espectro clínico de presentación amplio, que va desde formas asintomáticas a cuadros respiratorios de diversa gravedad o manifestaciones extrapulmonares [1]. Afecta predominantemente a pacientes en edad escolar, siendo los cuadros más frecuentes la traqueobronquitis y la neumonía atípica. Sin embargo, existen manifestaciones menos frecuentes que conviene saber reconocer como son la mucositis y/o el exantema mucocutáneo [2]. La erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) engloba a este exantema y mucositis inducidos por *M. pneumoniae* (conocido por las siglas MIRM "Mycoplasma pneumoniae induced rash and mucositis") y a otros producidos en menor frecuencia por *C. pneumoniae*, metapneumovirus, parainfluenza tipo 2, influenza B, enterovirus, adenovirus y SARS-CoV-2 [3].

Presentamos 4 casos de RIME por *M. pneumoniae* identificados en nuestro centro hospitalario en un periodo inferior a un mes (Tabla 1). Realizamos una revisión sobre el diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

El RIME se caracteriza por la presencia de mucositis intensa en dos o más localizaciones, con afectación preferente en boca produciendo la aparición de costras hemorrágicas en labios, erosiones y úlceras en mucosa (Figura 1). Suele afectar a la zona genitourinaria y, menos frecuentemente, a los ojos causando conjuntivitis bilateral purulenta o seromucosa y edema de párpados. La afectación cutánea puede ser en forma de lesiones vesículo-bullosas (más frecuentes), anulares en diana, morbilliformes o pápulo-maculosas. De forma característica afectan a menos del 10% de la superficie corporal. La aparición de esta sintomatología mucocutánea suele producirse tras un cuadro previo de siete a diez días de evolución caracterizado por fiebre, tos no productiva, astenia, cefalea u otros síntomas respiratorios [4].

Correspondencia:
Cristina González Vargas
Servicio de Pediatría General, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España
E-mail: cristinaglezvargas@gmail.com

El diagnóstico es clínico, basándose en el reconocimiento de estas lesiones en un contexto compatible con infección por *M. pneumoniae* o por los otros gérmenes asociados a esta entidad. Es imprescindible descartar la ingesta reciente de fármacos que pudieran inducir el desarrollo de cuadros similares como son el Síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica (SJS/NET). Se recomienda realizar radiografía de tórax, analítica, PCR en exudado nasofaríngeo para *M. pneumoniae*, virus respiratorios y virus herpes simple [2]. Además, dada la dificultad de interpretación que a veces conllevan las pruebas moleculares para diferenciar infección de colonización puede ser conveniente realizar serología. La biopsia cutánea no es necesaria realizarla de forma sistemática, reservándose para casos dudosos o evoluciones inusuales. El diagnóstico diferencial se establece principalmente con el eritema multiforme (EM) y con el SJS/NET. El EM es producido en su mayoría por virus herpes. Se distingue clínicamente por la morfología de las lesiones en forma de diana que pueden confluir y por presentar escasa afectación mucosa [5].

El SJS/NET es típicamente producido por fármacos, presentando lesiones más extensas, Nikolsky positivo y síntomas constitucionales. Otras entidades que considerar en el diagnóstico diferencial son la gingivoestomatitis herpética, el pénfigo, la enfermedad mano-boca-pie y la estomatitis aftosa [5].

El tratamiento se basa fundamentalmente en medidas de soporte. Se debe garantizar una adecuada analgesia dado el intenso dolor que producen las lesiones en mucosas oral. Es fundamental asegurar el correcto estado de hidratación y nutrición, siendo necesario en ocasiones la sueroterapia endovenosa. Respecto al manejo local de las lesiones mucocutáneas se recomienda realizar curas evitando la acumulación de costras, emplear vaselina como mantenimiento de la barrera cutánea, corticoides tópicos si existe intensa inflamación y pomadas antibióticas si hay datos de sobreinfección por otros gérmenes. En caso de afectación ocular puede ser necesario el uso de lubricantes oculares y/o corticoides oftálmicos. No está claro el papel de la antibioterapia dirigida frente a *M. pneumoniae* en

Tabla 1

Descripción de casos de RIME. Revisión de diagnóstico y tratamiento

Paciente	Presentación clínica	Diagnóstico microbiológico	Tratamiento	Evolución
Mujer 8 años	Fiebre de 7 días, tos y mocosidad. Edema de labios con lesiones costrosas negruzcas, aftas bucales friables, inyección conjuntival bilateral, úlceras genitales y perianales. Lesiones pápulo-costrosas no confluentes en cara, tronco y miembros (Figura 1).	PCR nasofaringea positiva a <i>M. pneumoniae</i> . Serología IgG e IgM positiva a <i>M. pneumoniae</i> .	Azitromicina IV 5 días. Amoxicilina-clavulánico IV 7 días. Metilprednisolona IV 1 mg/Kg día 5 días. Dexametasona tópica conjuntival. Betametasona /gentamicina tópica sobre las lesiones genitourinarias.	Ingreso hospitalario 7 días. Lesiones hipocrómicas residuales a las 3 semanas.
Varón 5 años	Fiebre de 7 días y síntomas respiratorios. Lesiones en mucosa yugal, edema de encías y labios. Lesiones cutáneas vesiculosa sobre base eritematosa que se decapitan, bordes costrosos en diana.	PCR nasofaringea positiva a <i>M. pneumoniae</i> . Serología IgM e IgG positiva a <i>M. pneumoniae</i> .	Aciclovir VO (hasta resultado PCR VHS). Azitromicina VO 3 días. Prednisolona VO 1 mg/Kg 3 días. Ácido fusídico /betametasona tópica sobre lesiones cutáneas.	Manejo ambulatorio. Evolución favorable. Seguimiento por dermatología.
Varón 4 años	Fiebre 4 días, malestar general, síntomas respiratorios. Quelitis y lesiones costrosas en labios. En piel maculo-pápulas con vesícula central y bordes costrosos en los cuatro miembros.	PCR nasofaringea positiva a <i>M. pneumoniae</i> .	Azitromicina VO 3 días. Mupirocina tópica en lesiones dérmicas. Gel lidocaína 1% sobre lesiones mucosa oral.	Manejo ambulatorio. Evolución favorable sin lesiones residuales.
Varón 10 años	Fiebre de 4 días, tos y disnea. Labios agrietados, lesiones ampollosas y úlceras en mucosa yugal. No lesiones cutáneas. Hiperemia conjuntival bilateral.	PCR nasofaringea negativa a <i>M. pneumoniae</i> . Serología IgM positiva a <i>M. pneumoniae</i> .	Azitromicina VO 3 días. Dexametasona tópica conjuntival. Enjuague oral de triamcinolona + Lidocaína oral.	Ingreso hospitalario 3 días. Evolución favorable de lesiones mucosas.

IV: intravenoso; VO: vía oral.

la evolución de las lesiones, aunque se recomienda su administración. Para ello empleamos azitromicina oral preferentemente, o intravenosa en caso de imposibilidad oral o casos graves en ciclos de 3 -5 días. Respecto al uso de corticoides sistémicos se recomiendan en casos graves con afectación extensa de piel y mucosas con el objetivo de disminuir la inflamación y el dolor. Habitualmente se emplean ciclos de 5-7 días de prednisona o metilprednisolona a 1 mg/kg/día [6].

El pronóstico del RIME es habitualmente bueno, siendo lo más frecuente la curación completa y sin secuelas. Ocasionalmente se han descrito casos en los que se han identificado tras el cuadro alteraciones pigmentarias postinflamatorias en piel, sinequias o cicatrices genitales, ulceraciones corneales, ojos secos, ceguera o caídas de pestañas [6].

A modo de conclusión subrayamos la importancia del reconocimiento del RIME ante cuadros clínicos compatibles ya que ello nos va a permitir llevar a cabo su diagnóstico precoz, evitar la realización de pruebas invasivas como la biopsia y establecer el tratamiento necesario que conduzca a una curación sin secuelas.



Figura 1

Afectación mucosa oral con edema y lesiones costrosas en labios. Afectación cutánea con lesiones pápulo-vesiculosas sobre base eritematosa.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este estudio

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. Xing Y, Wang D, Sheng K, Xiao X, Wei H, Liu L, et al. Dynamic change of *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia in hospitalized children in a general hospital: a 3-year retrospective analysis. *Transl Pediatr*. 2020; 9(4):522-531. doi: 10.21037/tp-20-149
2. Ramien ML, Bruckner AL. Erupciones mucocutáneas en pacientes pediátricos con enfermedades agudas: piense primero en *Mycoplasma pneumoniae* (y otras infecciones). *JAMA Dermatol*. 2020;156(2):124-125. doi: 10.1001/jamadermatol.2019.3589
3. Ramien ML. Reactive infectious mucocutaneous eruption: *Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis and other parainfectious eruptions. *Clin Exp Dermatol*, 2021];46(3):420-429. doi: org/10.1111/ced.14404
4. 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(2):239-45. doi: 10.1016/j.jaad.2014.06.026
5. Amode R, Ingen-Housz-Oro S, Ortonne N, Bounfour T, Pereyre S, Schlemmer F, et al. Clinical and histologic features of *Mycoplasma pneumoniae*-related erythema multiforme: A single-center series of 33 cases compared with 100 cases induced by other causes. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79(1):110-117. doi: 10.1016/j.jaad.2018.03.013
6. Mathes E, Kittler N. Reactive infectious mucocutaneous eruption (RIME). UpToDate.