Carteles Zoquipan 2025

Autor / Co-Autores	Hospital	Teléfonos:	e-mail:
VICTORIA MARTINEZ GALINDO	Hospital Regional ValentÃ-n GÃ³mez Farias		MAGV981223MBCRLC02

CASO CLINICO : 2024 / 0088

Titulo:

Erupción mucocutánea infecciosa reactiva vs síndrome de steven jonhson atípico: reporte de caso

Tipo de trabajo:

CASO CLINICO

Introducción:

En 2019 Ramien y Bruckner propusieron el término erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) para englobar afecciones mucocutáneas graves secundarias a infecciones respiratorias.
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. 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, morbiliformes o pápulas-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.
Puede simularse clínicamente al síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), la erupción cutánea y mucositis inducida por suele mostrar un compromiso mucoso intenso con lesiones cutáneas limitadas o ausentes, mientras que el SSJ se caracteriza por lesiones cutáneas extensas, necrosis epidérmica y afectación sistémica grave, generalmente desencadenada por fármacos.
El mecanismo fisiopatológico de la afectación mucocutánea implica mimetismo molecular, donde antígenos del patógeno comparten similitudes con los del huésped, desencadenando una respuesta autoinmune tipo IV mediada por linfocitos T citotóxicos. Asimismo, la formación de inmunocomplejos y la posible acción como superantígeno favorecen la liberación de citocinas proinflamatorias (IL-6, TNF-? e IFN-?) que inducen daño tisular.
Se sugiere antibioterapia dirigida en la sospecha diagnóstico, ya sea con macrólidos, tetraciclinas y fluoroquinolonas, aunque no parece influir en el curso de la erupción mucocutánea.
En caso de afectación mucosa extensa se pueden administrar corticoides sistémicos Otros tratamientos posibles incluyen inmunoglobulina por vía intravenosa, ciclosporina o inhibidores TNF-?. Presentando buen pronóstico en pediatría.

Objetivos:

Diferenciar la erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) de la enfermedad de Steve Johnson, como una entidad con ciertas similitudes clínicas, pero con mucho mejor pronóstico.

Material y Métodos:

Se trata de masculino de 13 años de edad, sano, que acude a urgencias por presentar lesiones ulceradas dolorosas en mucosas orales. Con inicio de síntomas respiratorios (tos seca y odinofagia) de dos semanas de evolución, tratado con paracetamol, ambroxol, ceftriaxona y dexametasona. A los 7 días del inicio de los síntomas se agregan úlceras orales, a las 24 horas posteriores presenta lesiones en labios, conjuntivitis bilateral no supurativa y fiebre de hasta 39 grados centígrados.
En la exploración física presentaba los labios edematizados y friables con costras negruzcas, gingivitis, erosiones, úlceras y pseudomembranas membranas en carrillos. Con inyección conjuntival no exudativa. Se auscultan estertores finos en ambas bases pulmonares. Lesiones ulcerosas pequeñas en el glande y unas lesiones pápulo costrosas en

mano y tobillos, no pruriginosas, sin desaparición a la digitopresión, signo de nikolsky negativo.
Los resultados del hemograma, química sanguínea y reactantes de fase aguda se reportaron normales. En la radiografía de tórax no se observaron consolidaciones ni infiltrados.
Se sospecha de SSJ/NET vs mucositis inducido por mycoplasma pneumoniae.
Se inició tratamiento con antibiótico con claritromicina, esteroide sistémico e Inmunoglobulina, con cuidados de la piel, mucosa oral y ocular.
Durante su estancia no presentó lesiones cutáneas generalizadas típicas de SSj. Presentó mejoría progresiva de las lesiones, tolerancia de la vía oral y mejoría estado general. Es dado de alta a los seis días de su ingreso con?
Sin embargo reportó resultado de PCR de panel respiratoria para mycoplasma pneumoniae negativo.

Resultados:

no aplica para caso clinico

Conclusiones:

Nuestro caso de adolescente con mucositis oral, conjuntival y uretral, posterior a cuadro de infección respiratorio, sin presentar llesiones cutáneas tipicas del SSJ, con buena evolución cli?nica tras tratamiento antibiótico y esteroides sistemicos, cuadro tipico de RIME. El cual es importante identificar, para llevar a cabo un diagnóstico precoz, para establecer un tratamiento oportuno.