

# Síndrome exantemático febril, conjuntivitis membranosa y mucositis por mycoplasma. Presentación de un caso clínico

Dr. Dalton Humberto Solís Montiel.  
Pediatra, Hospital del niño Dr. Francisco De Icaza Bustamante.  
María José Porras. Estudiante de medicina,  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil  
Maryleixy Gabriela Cajo. Estudiante de medicina,  
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

## Resumen

Las patologías febriles exantemáticas se las considera como un grupo de infecciones sistémicas, que presentan como característica la presencia de una erupción cutánea y se estima que tienen una causa infecciosa en el caso de evidenciarse fiebre en el cuadro. Por otro lado, se incluye la conjuntivitis membranosa formada por la secreción fibrinosa que se adhiere firmemente a la conjuntiva necrosada. En esta presentación se suma la mucositis asociada a mycoplasma con afectación prominente de las membranas mucosas con afectación cutánea limitada; es la presentación más común. En consecuencia, se presenta un caso de un paciente diagnosticado con síndrome exantemático febril, conjuntivitis membranosa, mucositis; se incluye evolución, tratamiento y exámenes de laboratorio, así como discusión. El objetivo de esta presentación es dar a conocer a la sociedad científica este caso importante, mediante su publicación.

**Palabras clave:** síndrome exantemático febril, conjuntivitis membranosa, mucositis.

## Abstract

Exanthematous febrile pathologies are considered as a group of systemic infections, which are characterized by the

presence of a cutaneous eruption and are considered to have an infectious cause if fever is evidenced in the picture. On the other hand, membranous conjunctivitis is included, formed by fibrinous secretion that adheres firmly to the necrotic conjunctiva. In this presentation, mycoplasma associated mucositis with prominent involvement of the mucous membranes with limited cutaneous involvement is the most common presentation. Consequently, a case of a patient diagnosed with febrile exanthematous syndrome, membranous conjunctivitis, mucositis is presented; evolution, treatment and laboratory tests are included, as well as discussion. The aim of this presentation is to make this important case known to the scientific society through its publication.

**Keywords:** febrile exanthematous syndrome, membranous conjunctivitis, mucositis

## Introducción

La infección por *Mycoplasma Pneumoniae* es común en el tracto respiratorio, no obstante, hasta el 25 % de pacientes pueden experimentar manifestaciones extrapulmonares, incluyendo complicaciones severas mucocutáneas,<sup>2</sup>

como es el caso del paciente que se describe a continuación.

### Reporte de un caso

#### Antecedentes

- Prenatales: madre de 23 años, durante el embarazo registra 4 controles médicas, todos normales sin requerimiento de hospitalización. Nace por parto normal a las 38 semanas, sin datos de hipoxia neonatal.

- Familiares: abuela paterna con hipertensión arterial

- Alergias a medicamentos: no refiere

- Vacunas: esquema completo para la edad.

- Antecedentes patológicos personales: herpes bucal a los 8 meses de edad; hace un mes: cuadro gripal inespecífico.

Niño de 5 años; madre refiere cuadro clínico de 4 días de evolución; inicia con exantema periocular bilateral de leve intensidad y conjuntivitis bilateral; con el paso de las horas familiar menciona que ambos globos oculares presentaron mayor inyección conjuntival razón por cual familiar decide aplicar gotas oftálmicas de gentamicina + dexametasona; dos gotas en cada ojo; a la mañana siguiente (día dos) el edema e inflamación aumentan, por lo que es llevado a centro de salud tipo C donde tras valoración de medicina general, le prescriben gotas de gentamicina + dexametasona, aciclovir, amoxicilina, paracetamol e ibuprofeno (medicación que no fue administrada, según refiere familiar).

Con el paso de las horas se agrega fiebre cuantificada mayor de 38°C. Adicionalmente, familiar menciona que presenta fotofobia como agregado al cuadro clínico; por ende, deciden aplicarle compresas húmedas con agua oxigenada. Posteriormente, tercer día, es traído nuevamente al servicio de emergencia de

este Hospital, debido a que después del desayuno paciente presenta hematemesis y moderado enantema en mucosa oral y lesiones hipercrómicas en piel.

Es enviado a domicilio con la siguiente medicación: aciclovir/ dicloxacilina y nistatina.

Sin embargo, al regresar a domicilio paciente presenta dolor abdominal EVA (Escala Visual Analógica) 7/10 tras lo cual familiar administra magaldrato con simeticona oral.

Al cuarto día es traído nuevamente al servicio de emergencia por persistencia de cuadro clínico y aumento de la fotofobia e inyección conjuntival junto a secreción ocular amarilla, por lo que se decide su ingreso a este Hospital, servicio de choque. (Imagen 1)

**Imagen 1:** paciente en el servicio de emergencia del hospital del niño Dr. Francisco De Icaza Bustamante.



Se procede a evaluarlo por sistemas:

- Neurológico; paciente irritable, álgido, pupilas isocóricas reactivas- marcada fotofobia, razón por la cual se dispone protección ocular más aplicación de

lubricantes tópicos.

- Respiratorio: frecuencia respiratoria en percentil 50 a la edad- se deja mascarilla simple como soporte, saturación de oxígeno por encima de 97%; campos pulmonares ventilados con roncus bilateral.

- Cardiovascular: tórax simétrico con presencia de ruidos cardiacos rítmicos

- Renal: balance hídrico desde su ingreso al amanecer en +413 cc aproximadamente- con los líquidos estipulados a flujo y medio; presión arterial sistólica en percentil 25 y

diastólica en el 75 con una frecuencia cardiaca en percentil 90- sin soporte inotrópico se vigilará el balance hídrico con manejo dinámico.

- Gastro- nutricio: abdomen blando, depresible; existe un marcado componente exantemático que impide alimentación y la mucosa oral se encuentra friable- se prescribe vaselina tópica al momento para mantener húmeda la zona y evitar fisuras o laceraciones.

- Tegumentario: piel con exantema eritematoso- vesicular diseminado en cara, tronco, máculas eritematosas y vesículas en manos y pies. Evidencia de lesiones ampollosas, con sangrado al contacto en región bucal.

- Infectológico: se mantienen datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Dentro de las primeras horas de hospitalización se abordó al paciente con la siguiente prescripción omeprazol 40 mg polvo para infusión 40 mg intravenosa, cloruro de sodio 0.9% solución para infusión intravenosa, oxacilina 1 g polvo para inyección 1 gramo, paracetamol 10 mg por vía intravenosa y lágrimas artificiales y otros preparados de aplicación ocular.

En los estudios paraclínicos iniciales se observó leucocitosis de 21800 células/mm<sup>3</sup>

con predominio de segmentados 93.7%, plaquetas normales, hemoglobina 11.7 g/dL, hematocrito 34.8%. En control de 48 horas con leucopenia de 5540 células/mm<sup>3</sup> con fórmula de monocitosis de 15.1% y eosinofilia 10.2%, plaquetas normales, hemoglobina 10.6 g/dL, hematocrito

31.6%. Adicional serología para herpes 1 IGG elevada, herpes 1 IGM y 2 IGG e IGM negativos.

Con base a estas observaciones se integró las diversas interconsultas que se le realizó conforme a su estado clínico. De acuerdo con interconsultas propuestas por área de choque a oftalmología; en su primera visita su médico tratante refirió una anormalidad; dando como diagnóstico: Conjuntivitis membranosa.

Adicionalmente, se pidió valoración más específica a oftalmología en donde se verificó los siguientes parámetros:

1. Motilidad ocular extrínseca:
  - Ojo derecho: bien
  - Ojo izquierdo: bien
2. Agudeza visual sin corrección:
  - Ojo derecho: sigue y mantiene
  - Ojo izquierdo: sigue y mantiene
3. Examen biomicroscópico:
  - Ojo derecho: secreción amarillenta en canto interno +/+++ , edema palpebral ++/+++ , rubor ++/+++ , abundantes membranas en conjuntiva tarsal superior e inferior, hiperemia conjuntival 360, córnea clara, cristalino claro.
  - Ojo izquierdo: secreción amarillenta en canto interno +/+++ , edema palpebral ++/+++ , rubor ++/+++ , calor ++/+++ , abundantes membranas en conjuntiva tarsal superior e inferior, hiperemia conjuntival 360, córnea clara, cristalino claro.
4. Presión intraocular: se difiere el examen por condición del paciente.

Debido a lo anterior se procede a prescribir lo siguiente:

1. Ciprofloxacino en colirio 1 gota cada 4 horas por 10 días ambos ojos.
2. Ácido poliacrílico 1 aplicación en cada ojo cada 6 horas prescrito por 21 días.
3. Aseo palpebral TID y PNR
4. A orden de servicio de base.

En el servicio de UAI/ infectología se recibe al paciente con diagnóstico de síndrome exantemático febril y conjuntivitis membranosa.

Evaluación: al momento reactivo, responde a estímulos, orientado en tiempo y espacio, algo irritable a manipulación; tono: reflejos adecuados, pupilas isocóricas reactivas.

No presenta alcance respiratorio signos de dificultad respiratoria, campos pulmonares ventilados, murmullo vesicular audible, saturando 98%, al momento de la visita. Ritmos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen blando, no visceromegalias, ruidos hídricos presentes.

Lesiones dérmicas generalizadas, exantemáticas con base eritematosa, costras en mayor parte oral, palmas de manos y plantas de pies, moderadamente pruriginosas (Imagen 2, 3, 4, 5). Región bucal con lesiones ampollosas, con sangrado al contacto.

**Imagen 2:** Lesiones dérmicas generalizadas y marcado edema palpebral propio de la conjuntivitis



**Imagen 3:** Lesiones dérmicas exantemáticas con base eritematosa de mayor tamaño en miembro superior



**Imagen 4:** Lesiones dérmicas exantemáticas con base eritematosa del cuello, tronco y parte del miembro superior.



**Imagen 5:** Mayor visualización de lesiones dérmicas exantemáticas con base eritematosa en la superficie corpórea del paciente.



Se hace seguimiento de laboratorio, días 1 y 3, a través de la tabla 1.

**Tabla 1.** Seguimiento de laboratorio

Prueba	Día 1	Día 3
TP	14.1 segundos	13.6 segundos
TPT	42.9 segundos	39.4 segundos
Glicemia	104.29 mg/dL	66.06 mg/dL
Urea	12.59 mg/dL	13.24 mg/dL
Creatinina	0.43 mg/dL	0.42 mg/dL
AST	18.24 U/L	16.8 U/L
ALT	10.97 U/L	9.73 U/L
Albúmina	4.01 g/dL	3.7 g/dL

El manejo inicial en el servicio de infectología, el paciente empieza con la prescripción de omeprazol 20 mg IV, protector gástrico; oxacilina 900 mg IV, antibiótico contra infecciones bacterianas

sensibles, paracetamol 250mg IV analgésico y antipirético; solución salina 0.9% 1000 ml + cloruro de potasio 10 ml IV 60 ml/H + dextrosa 5% 1000 ml; gluconato de calcio 10 ml, restaurador electrolítico, ácido ascórbico, antioxidante. Adicionalmente, se recapitula que, dentro de la segunda interconsulta a oftalmología, el médico tratante refiere que el paciente se encontraba evolucionando adecuadamente, en comparación a su primera visita.

De acuerdo con sus interconsultas a dermatología, en su primera visita su médico tratante refirió que el paciente presentaba eritema y edema bupalpebral,

secreción ocular (sin apertura), edema y costras amarillentas, blandas en labios, vesículas en base eritematosa y escasas costras generalizadas, máculas eritematosas y vesículas subepidérmicas en manos y pies, el médico considera exantema vesiculoso de predominio acral: enfermedad de mano-pie-boca atípica, varicela atípica, menos probable eritema multiforme (Imagen 6).

**Imagen 6:** escasas costras generalizadas, máculas eritematosas y vesículas subepidérmicas en manos y pies, el especialista considera exantema vesiculoso. Soporte de oxígeno con mascarilla.



De acuerdo con lo mencionado, se considera el uso de aciclovir 30 mg/kg/día, antiviral frente al virus del herpes simple. Debido a la pronta aparición de impetiginización se procedió a cubrir con

pipercilina/tazobactam + clindamicina.

En su segunda visita el médico tratante refirió que el paciente permanecía con la secreción ocular que impedía su apertura, edema, costras hemorrágicas en labios (Imagen 7) y eritema prepucial, costras y escasas vesículas generalizadas sobre piel sana, su médico considera mucositis y rash inducido por mycoplasma pneumoniae (MIRM), por lo que sugiere serología para el mismo y es por eso que se calificó como útil el uso de metilprednisolona para la cobertura de antituberculosos, antiinflamatorio e inmunosupresor.

Imagen 7: costras hemorrágicas en labios, paciente se encuentra en el pico de la enfermedad.



Es importante considerar el apoyo del laboratorio de seguimiento; se evidencia a través de la tabla 2.



En su tercera visita al servicio de dermatología con diagnóstico de mucositis (M. pneumoniae) el médico tratante refiere una mejoría en la evolución del paciente, presentando lesiones residuales costrosas en piel, disminución de edema de labios con costras serohemáticas y áreas sangrantes (Imagen 8). Adicionalmente, se consideró el uso de prednisona 20 mg conforme a la adecuada evolución del paciente.

**Imagen 8:** Mejoría en la evolución del paciente, en donde es evidente disminución de edema de labios con costras serohemáticas y áreas sangrantes.

**Tabla 2.** Alcance de laboratorio

Prueba	Resultado
Parvovirus B 19 IgM	6.2 UI/ml
Parvovirus B 19 IgG	> 50 UI/ml
Toxoplasma IgG	2.27 UI/ml
Toxoplasma IgM	0.24 AU/ml
Rubeola IgG	26.41 UI/ml
Rubeola IgM	0.18 AU/ml
CMV IgG	0.75 U/ml
CMV IgM	0.49 AU/ml
Herpes 1 IgG	95.55 COI
Herpes 1 IgM	0.17 UI/ml
Herpes 2 Ig G	0.82 COI
Herpes 2 IgM	0.21 UI/ml
Ig A	141
Ig G	1393
Ig N	158
C3	117
C4	25.4

## Discusión

Junto con el equipo de especialistas, se evidenció mejoría a los nueve días de hospitalización en donde las lesiones dérmicas en fase costrosas han disminuido en número y tamaño; a nivel de mucosa oral persiste mucositis, aunque hay evidencia de mejoría en relación con los días anteriores tolerando alimentación incluso a base de sólidos.

Al inicio del manejo se trató al paciente con las medidas correspondientes en el área de hospitalización, además de los antibióticos asignados, los cuales fueron oxacilina, seguido de piperacilina/ tazobactam, finalizando con clindamicina, medicación necesaria para potencializar el efecto sobre la rápida impetiginización.

Se hizo en su momento diagnóstico diferencial con la conjugación de síndrome de Steven Johnson/necrólisis epidérmica tóxica, por lo que es una reacción cutánea grave de alta mortalidad; en ella se produce pérdida de piel y mucosas, además de presentar síntomas sistémicos por sus consecuentes afectaciones.<sup>4</sup>

Se pone de manifiesto uno de los datos predisuestos donde el paciente presenta signo de Nikolsky positivo, lo que podría ser el paso inicial para la sospecha de la existencia del síndrome de Steven Johnson/necrólisis epidérmica tóxica, ya que dicho signo está incluido en las manifestaciones del referido síndrome.

Es importante saber que el signo de Nikolsky es positivo en áreas de enrojecimiento de la piel. Esto significa que las ampollas y erosiones aparecen cuando la piel se frota suavemente.<sup>24</sup>

Dicho síndrome trata de la afectación del 10% - 30% de la superficie de la piel, lo que concuerda con el caso. Sin embargo, el paciente al presentar exantema eritematoso vesicular diseminado en cara, tronco y extremidades no solo relaciona al síndrome Steven Johnson, sino que también relacionaría a los otros diagnósticos como la enferme-

dad de mano-pie-boca o varicela atípicas, es decir que la afectación en la piel podría relacionar causa- efecto con diferentes patologías. <sup>18</sup>

Considerando lo mencionado anteriormente, en mejores condiciones del paciente (imagen 9) y con la respectiva diferenciación de diagnóstico, se procede a dar el alta hospitalaria. Adicional, se continuará con control por medio de consulta externa de dermatología, oftalmología e infectología.

Imagen 9: Se evidencia mejoría de lesiones dérmicas en fase costrosa. Hogar del menor



Dentro del control posegreso hospitalario, se solicita examen para mycoplasma pneumoniae, en donde refleja IgG 16.5 (Negativo < 20), IgM 7.4 (Positivo > 25).

Para esto, se menciona que streptococcus pneumoniae, mycoplasma pneumoniae y klebsiella pneumoniae son los tres principales patógenos bacterianos (29,9%, 18,6% y 15,8%).<sup>23</sup>

La patogenia exacta de la mucositis inducida por mycoplasma pneumoniae no está completamente dilucidada. Sin embargo, los mecanismos propuestos incluyen la activación inmunitaria, que da lugar a la producción de células B policlonales y anticuerpos, lo que conduce a la deposición de complejos inmunitarios y a la activación del complemento, lo que posteriormente provoca lesio-

nes cutáneas.

Por otro lado, también se tiene conocimiento que dicho síndrome mencionado podría incluirse en el término erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) debido a que comparten manifestaciones clínicas similares como es el caso de las erupciones mucosas o cutáneas, relacionado a infecciones respiratorias, generalmente de *Mycoplasma pneumoniae*. Este tipo de manifestación clínica producida por dicho agente causal ocurren hasta en el 25 por ciento de los pacientes.

El RIME además de relacionarse con las infecciones respiratorias, también se la asocia con las erupciones mucocutáneas, y en los distintos casos establecidos de RIME, las erupciones cutáneas se han asociado en mayor proporción con *Chlamydia pneumoniae*, aunque también se la relaciona con metapneumovirus humano, virus de la para-influenza tipo 2, virus de la influenza B, rinovirus, enterovirus (incluido el coxsackievirus), adenovirus,

norovirus y síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus.

Por otro lado, existe la posibilidad de que el paciente no posea el RIME, más bien sea el síndrome de Steven-Johnson/ necrólisis epidérmica tóxica el que lo sustituya. Si bien, las manifestaciones clínicas del síndrome de Steven-Johnson/ necrólisis epidérmica tóxica, comparten similitudes, sus diferencias son las que lo vuelven un tipo de síndrome particular y más complejo.

Dicho síndrome generalmente es desencadenado por fármacos (antibióticos, antiepilépticos), éste presenta una necrosis cutánea extensa y una menor afectación mucosa.

Recordar que aproximadamente el 25% de los pacientes diagnosticados con MP experimentan manifestaciones extrapulmonares, que incluyen pericarditis (es decir, inflamación del pericardio), trombosis (es decir,

coágulo de sangre), hepatitis (es decir, inflamación del hígado), anemia hemolítica (es decir, destrucción de glóbulos rojos), artritis (es decir, inflamación de las articulaciones), encefalitis (es decir, inflamación del cerebro), glomerulonefritis (es decir, inflamación de los riñones), mucositis (es decir, inflamación de la mucosa) y diversas manifestaciones dermatológicas.

### Referencias bibliográficas

1. Clínica Universidad de Navarra. (n.d.). Conjuntivitis membranosa. Diccionario médico. [Internet]. Recuperado el 12 de marzo de 2023, de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/conjuntivitis-membranosa>
2. Hueda Zavaleta, M., Copaja Corzo, C., Bardales Silva, F., & Finkelstein Bergher, B. (2021). Mucositis sin rash inducida por *Mycoplasma pneumoniae*: Primer reporte de caso en Perú. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 40(4), e1132. Epub 25 de marzo de 2022. Recuperado el 19 de mayo de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002021000500026&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000500026&lng=es&tlng=es)
3. American Academy of Ophthalmology. (n.d.). *Mycoplasma-induced rash and mucositis* - EyeWiki. [Internet]. Recuperado el 12 de marzo de 2023, de [https://eyewiki.aao.org/Mycoplasma-Induced\\_Rash\\_and\\_Mucositis](https://eyewiki.aao.org/Mycoplasma-Induced_Rash_and_Mucositis)
4. Oakley, A. M. (2022). Síndrome de Krishnamurthy K. Stevens Johnson. En *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459323/>
5. Maredia, H., et al. (2021). Recurrent *Mycoplasma pneumoniae*-associated reactive infectious mucocutaneous eruption responsive to systemic steroids: A case series. *JAAD Case Reports*, 11, 139-143. [Internet]. Recuperado el 30 de marzo de

2024, de <https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2021.03.009>

6. Heymann, W. R. (2021). More than Mycoplasma-induced rash and mucositis: The potential role of Mycoplasma pneumoniae in Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 86(4), 746-747. [Internet]. Recuperado el 30 de marzo de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.12.037>

7. Liew, Y. C., et al. (2021). Mycoplasma-induced Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: Case-control analysis of a cohort managed in a specialized center. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 86(4), 811-817. [Internet]. Recuperado el 30 de marzo de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.04.066>

8. Vassallo, C., Ruffo Di Calabria, V., et al. (2021). Clinical and microbiological characteristics of reactive infectious mucocutaneous eruption: A case series of 5 patients. *JAAD Case Reports*, 17, 152-156. [Internet]. Recuperado el 30 de marzo de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2021.09.029>

9. Patrick, M., et al. (2020). Mycoplasma pneumoniae-associated flagellate erythema. *JAAD Case Reports*, 6(12), 1283-1285. [Internet]. Recuperado el 30 de marzo de 2024, de <https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2020.09.029>

10. Erin, K., & Nicole, M. (2024). Reactive infectious mucocutaneous eruption (RIME). [Internet]. UpToDate. Recuperado en abril de 2024, de [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/reactive-infectious-mucocutaneous-eruption-rime?search=Erupci%C3%B3n%20mucocut%C3%A1nea%20infecciosa%20reactiva&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/reactive-infectious-mucocutaneous-eruption-rime?search=Erupci%C3%B3n%20mucocut%C3%A1nea%20infecciosa%20reactiva&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2)

11. Vallejo, J. G. (2024). Infección por Mycoplasma pneumoniae en niños. [Internet]. UpToDate. Recuperado en abril de 2024, de [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/mycoplasma-pneumoniae-infection-in-children?search=Erupci%C3%B3n%20mucocut%C3%A1nea%20infecciosa%20reactiva&topicRef=2091&source=related\\_link](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/mycoplasma-pneumoniae-infection-in-children?search=Erupci%C3%B3n%20mucocut%C3%A1nea%20infecciosa%20reactiva&topicRef=2091&source=related_link)

12. Guzmán Tena, P., Rodríguez Ramos, M., Lloret Ruiz, C., & Vázquez Álvarez, M. L. (2023). Erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME): Expandiendo el espectro de los exantemas mucocutáneos. *Actas Dermosifiliogr.* [Internet]. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2023.02.038>

13. Yueh, L. H., & Med, I. M. (2024). Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: Patogénesis, manifestaciones clínicas y diagnóstico. [Internet]. UpToDate. Recuperado en abril de 2024, de [https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/stevens-johnson-syndrome-and-toxic-epidermal-necrolysis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=Erupci%C3%B3n%20mucocut%C3%A1nea%20infecciosa%20reactiva&source=search\\_result&selectedTitle=3%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/stevens-johnson-syndrome-and-toxic-epidermal-necrolysis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=Erupci%C3%B3n%20mucocut%C3%A1nea%20infecciosa%20reactiva&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3)

14. Mayorga, J. S., Jiménez, A. V., & Sánchez, A. C. A. (2019). Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: Un reto diagnóstico y terapéutico. *Revista Médica Sinergia.* [Internet]. Recuperado el 6 de abril de 2024, de <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/308/697>

15. Artés Figueres, M., Oltra Benavent, M., Fernández Calatayud, A., & Revert Gomar, M. (2009). Mucositis grave inducida por Mycoplasma pneumoniae. *An Pediatr (Barc)*, 71(6), 573-574. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.08.009>

16. Beeton, M. L., Zhang, X. S., Uldum, S. A., Bébear, C., Dumke, R., Gullsby, K., Ieven, M., Loens, K., Nir-Paz, R., Pereyre,

- S., Spiller, O. B., Chalker, V. J., & ESCMID Study Group for Mycoplasma and Chlamydia Infections (ESGMAC). (2020). Mycoplasma pneumoniae infections, 11 countries in Europe and Israel, 2011 to 2016. *Euro Surveillance*, 25(2), 1900112. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.2.1900112>
17. Meyer Sauter, P. M., Pánisová, E., Seiler, M., Theiler, M., Berger, C., & Dumke, R. (2021). Mycoplasma pneumoniae genotypes and clinical outcome in children. *J Clin Microbiol*, 59(7), e0074821. <https://doi.org/10.1128/JCM.00748-21>
18. Cho, Y. J., Han, M. S., Kim, W. S., Choi, E. H., Choi, Y. H., Yun, K. W., Lee, S., Cheon, J. E., Kim, I. O., & Lee, H. J. (2019). Correlation between chest radiographic findings and clinical features in hospitalized children with Mycoplasma pneumoniae pneumonia. *PLoS One*, 14(8), e0219463. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219463>
19. Poddighe, D., Demirkaya, E., Sazonov, V., & Romano, M. (2022). Mycoplasma pneumoniae infections and primary immune deficiencies. *Int J Clin Pract*, 2022, 6343818. <https://doi.org/10.1155/2022/6343818>
20. Kim, K., Jung, S., Kim, M., Park, S., Yang, H. J., & Lee, E. (2022). Global trends in the proportion of macrolide-resistant Mycoplasma pneumoniae infections: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(7), e2220949. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.20949>
21. Oishi, T., & Ouchi, K. (2022). Recent trends in epidemiology, diagnosis, and treatment of macrolide-resistant Mycoplasma pneumoniae. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1782. <https://doi.org/10.3390/jcm11071782>
22. Jang, M. S., Kim, B. G., & Kim, J. (2021). Prediction model for prolonged fever in patients with Mycoplasma pneumoniae pneumonia: A retrospective study of 716 pediatric patients. *BMC Pulmonary Medicine*, 21(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12890-021-01534-2>
23. Li, Z.-J., Zhang, H.-Y., Ren, L.-L., Lu, Q.-B., Ren, X., Zhang, C.-H., et al. (2021). Etiological and epidemiological features of acute respiratory infections in China. *Nature Communications*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41467-021-25120-6>
24. Stevens-Johnson syndrome / toxic epidermal necrolysis. (2023). SJS/TEN [Internet]. DermNet. <https://dermnetnz.org/topics/stevens-johnson-syndrome-toxic-epidermal-necrolysis>
25. Frantz, G. F., & McAninch, S. A. (2024). Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis (MIRM). In *StatPearls*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing.
26. Lofgren, D., & Lenkeit, C. (2021). Mycoplasma pneumoniae-induced rash and mucositis: A systematic review of the literature. *Spartan Medical Research Journal*, 6(2), 25284. <https://doi.org/10.51894/001c.25284>