



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



UNA IMAGEN PARA UN DIAGNÓSTICO

Exudado uretral y afectación mucocutánea

Urethral discharge and mucocutaneous involvement



T. Toledo-Pastrana^{a,*}, Á. Zapata-López^b y A. Michán-Doña^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna-Dermatología, Hospital de Especialidades de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz

^b Unidad de Gestión Clínica de Infecciones, Hospital de Especialidades de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz

Recibido el 18 de marzo de 2014; aceptado el 6 de abril de 2014

Disponible en Internet el 2 de junio de 2014

Caso clínico

Varón de 19 años, que acude al servicio de urgencias por exudado uretral (fig. 1a) de 24h de evolución. Unos días antes había mantenido una relación sexual sin protección. Refería fiebre y prurito en mano izquierda, sin afectación del estado general. Seis horas después del ingreso desarrolló lesiones en manos (fig. 1b), de aspecto circinado (asterisco), dorso del tórax y abdomen. También presentaba lesiones erosivas en mucosa oral. Se obtuvo una muestra del exudado uretral para cultivo (figs. 1 y 2).

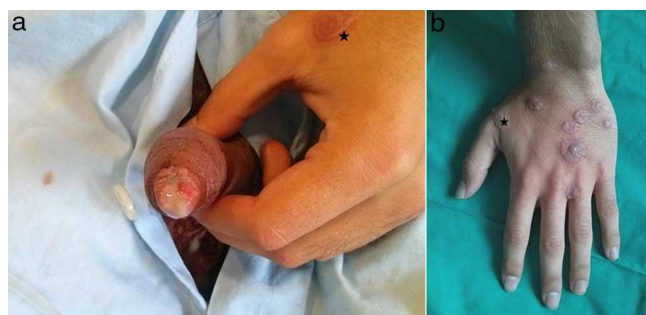


Figura 1

¿Cuál es su diagnóstico?

1. Sífilis secundaria con uretritis intercurrente.
2. Uretritis gonocócica con afectación cutánea.
3. Eritema multiforme *minor* secundario a infección por virus herpes simple tipo 2.
4. Eritema multiforme *major* secundario a infección por *Mycoplasma genitalium*.
5. Síndrome de Stevens-Johnson.



Figura 2

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ttoledop@gmail.com (T. Toledo-Pastrana).

Respuesta correcta: 4

Eritema multiforme por *Mycoplasma genitalium*

El eritema multiforme (EM) es una enfermedad aguda, auto-limitada, a veces recurrente, que puede ser una reacción de hipersensibilidad tipo IV asociada a ciertas infecciones, medicamentos, y otros factores desencadenantes¹. Las lesiones de EM son bien conocidas por su forma característica y curso autolimitado en unos 7-14 días.

El agente causal más frecuentemente implicado en el EM es el virus del herpes simple (VHS)², seguido de *Mycoplasma pneumoniae*³. En el paciente descrito se identificó un patógeno de esta familia: *Mycoplasma genitalium*. Las lesiones iniciales eran pápulas eritematosas que evolucionaron a lesiones maculares con el característico aspecto en diana⁴.

Las formas más graves del EM son el síndrome de Stevens-Johnson y la necrosis epidérmica tóxica. Ambas formas clínicas se acompañan de una marcada afectación del estado general, con compromiso de mucosas y despegamiento epidérmico (< 10% en el síndrome de Stevens-Johnson y > 30% en la necrosis epidérmica tóxica⁵. Este último proceso suele requerir una actuación terapéutica parecida al de un gran quemado.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.04.005>.

Bibliografía

1. Fritsch PO, Ruiz-Maldonado R. Erythema multiforme. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. En: Freedberg IM, Irwin M, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editores. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 6.^a ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2003. p. 543-57.
2. Huff JC. Erythema multiforme and latent herpes simplex infection. Semin Dermatol. 1992;11:207-10.
3. Grosber M, Alexandre M, Poszepczynska-Guigne E, Revuz J, Roujeau JC. Recurrent erythema multiforme in association with recurrent *Mycoplasma pneumoniae* infections. J Am Acad Dermatol. 2007;56:S118-9.
4. Schofield JK, Tatnall FM, Brown J, McCloskey D, Navarrete C, Leigh IM. Recurrent erythema multiforme: Tissue typing in a large series of patients. Br J Dermatol. 1994;131:532-5.
5. Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau JC. Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. Arch Dermatol. 1993;129:92-6.