

Urticaria aguda como primer síntoma de una neumonía atípica por *Mycoplasma pneumoniae*: a propósito de un caso

Sr. Director: En la práctica clínica observamos, con relativa frecuencia, enfermedades cuya manifestación clínica más relevante no siempre es la más habitual o aquella que con más frecuencia aparece en los libros de texto.

El diagnóstico en estos pacientes resulta difícil, por lo que se hace necesario que el médico esté familiarizado con la semiología de las enfermedades para evitar retrasos en el diagnóstico y, como consecuencia, en el tratamiento.

Mycoplasma pneumoniae es la causa más frecuente de neumonía en niños mayores de 5 años, siendo extremadamente rara su aparición antes de esta edad¹. Este tipo de neumonía suele evolucionar de forma benigna manifestándose sobre todo con tos seca, fiebre y buen estado general².

M. pneumoniae es un patógeno común que actúa esporádicamente en todas las estaciones y aparece habitualmente como epidemias de forma cíclica³ y su frecuencia varía según la zona de estudio. En unos países el pico de incidencia es mayor entre los meses de otoño e invierno, mientras que en nuestro entorno dicho pico aparece durante los meses de primavera-verano⁴ en epidemias. El mecanismo de transmisión es a través de la vía aérea, con un periodo de incubación entre 15 y 25 días de la exposición.

Se trataba de una niña de 5 años sin antecedentes personales de interés que el primer día presenta de forma brusca, estando previamente bien, un llanto intenso así como un dolor abdominal de localización inespecífica, en pocos minutos aparece edema facial con imposibilidad de apertura del ojo derecho, además de un exantema generalizado pruriginoso sin urticaria y tos laríngea no productiva. El resto de la exploración física fue normal. Se trató con metilprednisolona (40 mg i.m.) seguido de estilsona oral, dexametasona en colirio cada 60 min y antihistamínico oral, con lo que cedió la clínica totalmente en tres días.

A los 7 días comenzó con erupción urticarial pruriginosa localizada en las extremidades y el tronco que cedió en 20 min tras la administración de antihistamínico oral.

Pasados 3 días (10 días) comienza con tos imitativa sin fiebre ni afeción del estado general, siendo la exploración totalmente normal.

Dos días (12 días) después la paciente continúa con tos intensa, que incluso le impide el descanso nocturno. En la auscultación pulmonar se detectan crepitantes en base derecha sin afeción del estado general y una urticaria esporádica. En este momento se le realizó una radiografía de tórax que fue rigurosamente normal.

Inicialmente, y a la espera de serologías, se interpretó como posible neumonía atípica y se trató con azitromicina oral. Para completar el estudio se solicitaron las siguientes pruebas: hemograma, bioquímica, test de Graham, estudio coproparasitario, toxoplasma, virus B y virus C, Mantoux, Paul Bunel. Todas estas pruebas resultaron normales.

A los 15 días la analítica sugiere seroconversión por *M. pneumoniae*.

A los 19 días presenta tos ocasional y nuevo brote urticarial en los muslos.

A los 21 días apareció un nuevo brote urticarial en el tronco y las extremidades, que cedió con antihistamínicos y esteroides orales.

Al cabo de un mes de todo el proceso, la paciente sigue con tos ocasional y lleva 10 días sin urticaria.

Las infecciones por *M. pneumoniae* constituyen una enfermedad infravalorada en la infancia⁵ siendo su prevalencia mayor en niños entre 5 y 16 años, esto puede ser debido en parte a que en niños más pequeños puede cursar de forma asintomática o iniciarse, como en nuestro caso, con una clínica poco frecuente. Debemos pensar también que los primeros contactos pueden sensibilizar al paciente de manera que en contactos posteriores se produzcan manifestaciones más graves⁶.

En cuanto a la clínica, la afeción del aparato respiratorio constituye el órgano diana (faringitis, otitis media, miringitis bullosa, bronquitis y neumonías, aunque estas últimas son reconocidas clínicamente en tan sólo un 3-10% de los casos²). De hecho, en nuestro caso se inició con un cuadro de dolor abdominal y angioedema y con una exploración física sin signos respiratorios de interés. Ocasionalmente, pueden asociarse con manifestaciones extrarrespiratorias, siendo las cutáneas las más frecuentes, entre un 15 al 25% de los casos⁵. En nuestro caso la paciente también presentó urticaria de forma persistente. En un estudio realizado en el Hospital de Cruces en Vizcaya en la unidad de alergia a un total de 44 niños con urticaria 3 de ellos presentaron serología positiva para *Mycoplasma*⁷. Las manifestaciones no respiratorias afectan a la piel, el sistema nervioso, la sangre y las articulaciones. Las lesiones cutáneas más frecuentes son exantemas maculoeritematosos y vesiculosos asociados a catarro o neumonía, eritema multiforme y síndrome de Stevens-Johnson (más frecuente en adultos)⁸, a veces y excepcionalmente urticaria.

En lo referente al patrón radiológico, y tomando como referencia el trabajo de Swischuk y Hayden⁹, los infiltrados relacionados con las infecciones por *Mycoplasma* serían: a) patrón parahiliar peribronquial, generalmente relacionado con infección viral; b) patrón alveolar tanto homogéneo como heterogéneo parcheado, generalmente relacionado con infecciones bacterianas, y c) patrón reticulonodular, lobar o segmentario, que puede considerarse como patognomónico de *M. pneumoniae*. Estos infiltrados

pueden presentarse de forma aislada o relacionados entre sí. En nuestro caso, la radiografía de tórax no presentó ninguno de estos patrones radiológicos descritos.

La afección por *Mycoplasma* suele ser autolimitada y su evolución generalmente es benigna.

El tratamiento de elección es eritromicina en niños pequeños de 30 a 50 mg/kg/día cada 6 h durante 7-10 días, y en niños mayores de 8 años se puede usar como alternativa las tetraciclinas. En nuestro caso la paciente fue tratada de esta forma encontrándose asintomática a los 10 días del tratamiento.

M.S. ESTEBAN, L.M. BIURRUN Y A. DÍAZ
 Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Contreras V, Pascual Ruiz V. La infección por *Mycoplasma pneumoniae* en la patología respiratoria infantil. Manifestaciones respiratorias, extrarrespiratorias y hallazgos inmunológicos. Estudio de dos años. An Esp Pediatr 1986; 24: 15-25.
2. Broughton RA. Infections due to *Mycoplasma pneumoniae* in childhood. Pediatr Infect Dis J 1986; 24: 71-85.
3. Levison ME. Enfermedades del aparato respiratorio. En: Harrison, editores. Principios de medicina interna (13.^a ed.). Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 1994; 220; 136.
4. Gomez Campderá JA. Neumonías extrahospitalarias en pediatría. Salud Rural. 1996; 12: 17-32.
5. Gomez Campderá A, Izquierdo García A, Ruiz Magro P. Neumonía por *Mycoplasma* en paciente de 15 meses. Acta Pediatr Esp. 1999; 57: 334-334.
6. Copps SC, Allen VD, Suelmann S, Evans S. A community outbreak of *Mycoplasma pneumoniae*. JAMA 1968; 204: 121-126.
7. Bilbao A, García JM, Pocheville I, Gutiérrez C, Corral JM, Samper A et al. Urticaria en relación a infecciones. Allergol Immunopathol (Madr) 1999; 27: 73-85.
8. Sontheimer RD, Garibaldi RA, Krueger GG. Stevens-Johnson syndrome associated with *Mycoplasma pneumoniae* infections. Arch Dermatol 1978; 114: 241-244.
9. Swischuk LE, Hayden CK. Viral vs bacterial pulmonary infections in children (Is roentgeno-graphics differentiation possible?). Pediatr Radiol 1986; 16: 278-284.

Mieloma múltiple. A propósito de un caso

Sr. Director: El mieloma múltiple (MM), también llamado mielomatosis o enfermedad de Kahler, es una proliferación neoplásica de células plasmáticas productoras de inmunoglobulinas. Como se trata de una proliferación clonal, la inmunoglobulina que se secreta es idéntica, dando lugar en suero y/o en orina a una banda monoclonal¹⁻³. Su incidencia es mayor entre los 50 y 70 años de edad, sin presentar un dominio sexual claro, siendo poco frecuente en individuos menores de 40 años. Representa el 1% de todas las neoplasias y alrededor del 10% de las hemopatías malignas⁴.

El objetivo principal de la presentación de este caso es llamar la atención del médico de atención primaria acerca de esta enfermedad, que aunque tiene una incidencia es-

casa (3 casos/100.000 habitantes), su presentación clínica más frecuente nos obliga a considerarla entre los posibles diagnósticos diferenciales. Por otra parte, en este caso destaca la afección renal como primera manifestación de la enfermedad.

Se trata de una mujer de 78 años, obesa, diabética tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales desde hace 10 años, aproximadamente.

Entre sus antecedentes personales destaca una cuadrantectomía de mama derecha realizada hace 6 años por papiloma intraductal, consultas frecuentes por lumbalgia mecánica que ceden a antiinflamatorios no esteroides y miorrelajantes que la paciente toma de forma anárquica, e infecciones urinarias de repetición que han sido consideradas por el urólogo como "secundarias a su diabetes" (ecografía renal normal).

La paciente acude a la consulta por un dolor en la zona renal que se irradia hacia los genitales y disuria de 2-3 días de evolución. La exploración es anodina, con puñoperCUSión. En la analítica de urgencia destaca: glucemia 203 mg/%; orina: glucosa 5,8 g/l; leucocitos 18-20 p/c; hematies 8-10 p/c y gérmenes: abundantes.

Se diagnostica el caso de infección de las vías urinarias y se prescribe tratamiento con ciprofloxacino 250 mg/12 h, citando a la paciente para revisión al cabo de una semana.

Al segundo día de tratamiento sus familiares solicitan una visita domiciliar por deterioro progresivo de la paciente.

Exploración en su domicilio: obnubilación (Glasgow: 8), febril, taquipneica. Edemas generalizados. PA: 200/80 mmHg; auscultación cardiopulmonar: tonos apagados, sin arritmia. Crepitantes bibasales.

Ante la sospecha de neumonía e insuficiencia renal aguda se deriva al servicio de urgencias del hospital de referencia, donde queda ingresada con el diagnóstico provisional de neumonía basal derecha.

Pruebas complementarias: hemograma, donde destaca: Hb 11,4 g/dl, Ht^o: 32,5%; leucocitos 12.400 (N: 82; L: 10,3; M: 4,4; E: 2,7; B: 0,6); VSG: 127/144. Bioquímica: glucosa 210 mg/%; creatinina 5,1 mg/%; urea 220 mg/%; Na 134,8 mEq/l; K 4,81 mEq/l; Ca 14,3 mg/%; fosfatasa alcalina 504 U/l; proteínas totales 8,7 gr/%. Proteinograma: gamma-2-globulinas: 1,7 g/100 ml; betaglobulinas

Tabla 1. Síntomas y signos iniciales del mieloma múltiple⁴

Hallazgos	Frecuencia (%)
Dolores óseos	68,2
Clínica anémica	35,1
Pérdida de peso	27,9
Infección	10,3
Diátesis hemorrágica	5,2
Fiebre no infecciosa	2,6
Hepatomegalia	18,1
Esplenomegalia	5,2
Plasmocitomas cutáneos	3,9

Serie de 312 pacientes de la Escuela de Hematología Ferreras-Valenti.