

## Nódulos eritematovioláceos y neumonía

M.A. Rodríguez Blanco<sup>a</sup>, J.M. Martín Morales<sup>a</sup> y L. Casas Fernández<sup>b</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Pediatría y <sup>b</sup>Dermatología. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Salmón. Oleiros. A Coruña. España.

### OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 4 años de edad que acude al servicio de urgencias por presentar cuadro de fiebre y lesiones equimóticas en cara anterior de ambas piernas de unas 4 h de evolución (fig. 1). Se realizó hemograma, que resultó normal, coagulación con tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) 37,7 s (22,0-29,0), resto normal. En la radiografía de tórax se apreciaba condensación basal derecha (fig. 2), y el paciente fue diagnosticado de neumonía y remitido a su domicilio en tratamiento con cefuroxima oral. Tres días después acudió de nuevo por aumento de las lesiones que alcanzaban dorso de pies, acompañadas de eritema, tumefacción y dolor.

Entre los antecedentes personales contaban bronquiolitis a los 9 meses, con posterior hiperreactividad bronquial. La semana anterior al inicio del cuadro fue diagnosticado de proceso catarral y tratado con cefprocilo, ketotifeno y ambroxol. No existían otros antecedentes patológicos de interés. Se encontraba correctamente vacunado.

En la exploración física se observaba buen estado general. Nódulos eritematosos dolorosos de aspecto contusiforme, de más de 1 cm de diámetro, en cara anterior de ambas piernas y dorso de pies. La auscultación cardiopulmonar resultó normal, como el resto de la exploración por aparatos.

Se realizaron las siguientes exploraciones complementarias:

**Analítica sanguínea.** Hemograma, 12.100 leucocitos/ $\mu$ l (7.828 neutrófilos/ $\mu$ l); hemoglobina, 12,3 g/dl; hematocrito, 36,0%; plaquetas, 458.000/ $\mu$ l; velocidad de sedimentación globular (VSG): 68 mm; proteína C reactiva (PCR), 3,81 mg/dl. Coagulación: tiempo de protrombina (TP), 81%; TTPA, 42,5 s (22,0-29,0); TTPA corregido con plasma, 35 s; dímero D positivo, fibrinógeno, 358 mg/dl. Funcionalismo renal y hepático normal.

**Orina elemental y sedimento:** normal.

**Estudio inmunitario:** leve hipergammaglobulinemia (20% [12-16,4]), inmunoglobulina (Ig) G, 1.250 mg/dl

(701-1.157), IgA, 230 mg/dl (66-120); IgM, 142 mg/dl (38-74). Complemento normal. Factor reumatoide negativo, anticuerpos antinucleares negativo, ASLO 220 U/ml, inmunocomplejos circulantes 1,0  $\mu$ g/ml (hasta 4,3  $\mu$ g/ml).

**Hemocultivo:** negativo.

**Frotis faríngeo:** flora normal.

**Prueba de la tuberculina:** negativa a las 72 h.

**Cultivo de Löwenstein-Jensen en jugo gástrico:** negativo.

**Serología.** Virus de Epstein-Barr: IgM-anti-VCA negativo, IgG-anti-VCA positivo, IgG anti-EBNA positivo. *Mycoplasma*: aglutinación > 1/1.280, ELISA (R) IgM positivo.

**Radiografía de tórax:** mejoría de la consolidación en lóbulo inferior derecho con respecto a la imagen del primer día que acudió a urgencias.

El tratamiento consistió en reposo en cama y añadir claritromicina oral durante 10 días, mejorando los síntomas hasta la resolución *ad integrum* en una semana.

### PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



**Figura 1.** Lesiones equimóticas en pierna.



**Figura 2.** Radiografía perteneciente al paciente en la que se observa consolidación en lóbulo inferior derecho.

**Correspondencia:** Dra. M.A. Rodríguez Blanco.  
Fundación Pública Hospital da Barbanza.  
Salmón. Oleiros. 15993 Riveira. A Coruña. España.  
Correo electrónico: mariancangas@ole.com

Recibido en febrero de 2002.

Aceptado para su publicación en abril de 2002.

## ERITEMA NUDOSO SECUNDARIO A INFECCIÓN POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*

La asociación de la infección respiratoria por *Mycoplasma pneumoniae* y síntomas mucocutáneos<sup>1,2</sup> es frecuente en la bibliografía. Los más habitualmente descritos son los eritemas multiformes *maior* o *minor*, exantemas maculopapulosis, maculopurpúricos, petequiales o urticarias.

En nuestro caso las lesiones iniciales eran equimosis, pero 3 días después eran nódulos eritematosos, dolorosos, contusiformes, localizados en caras anteriores de ambas piernas y dorso de los pies, por lo que se planteó el diagnóstico diferencial entre la enfermedad del suero (producido por la toma de cefprocilo, ketotifeno o ambroxol) o eritema nudoso, y la búsqueda de una etiología para este último.

La negatividad de los inmunocomplejos circulantes no apoya el diagnóstico de la enfermedad del suero, la rápida resolución de los nódulos confirma el diagnóstico de eritema nudoso haciendo innecesario el estudio anatomopatológico. La elevación de la VSG (68 mm) en el momento del ingreso está relacionada, en la literatura médica, con el número de lesiones mayor de 6 en cada extremidad<sup>2</sup>, al igual que en nuestro caso. La sintomatología acompañante, un proceso respiratorio en los últimos 15 días, con una radiología compatible con neumonía que mejoró clínica y radiológicamente a pesar del empeoramiento de las lesiones dermatológicas, parece confirmar el hecho de que la duración corta de las lesiones está más relacionada con el reposo que con la administración de antibióticos<sup>3</sup>.

El estudio etiológico del proceso respiratorio descartó el agente clásicamente asociado a eritema nudoso, la tu-

berculosis, con una prueba de la tuberculina negativa a las 72 h, cultivo de Löwenstein-Jensen en jugo gástrico negativo, radiografía de tórax de control normal a los 15 días de iniciado el tratamiento antibiótico y una evolución clínica favorable sin tratamiento antituberculoso. El estreptococo A, el agente etiológico más frecuentemente asociado en nuestros días en Europa y Estados Unidos<sup>3,4</sup>, se descarta por la no clínica de faringoamigdalitis y la negatividad del cultivo faríngeo. La serología de virus de Epstein-Barr es compatible con una infección pasada. La sintomatología respiratoria previa se asocia con frecuencia al eritema nudoso en niños, tanto cuando se determina el agente causal como en los casos que queda sin determinar la etiología<sup>3</sup>. En nuestro caso, la serología de *M. pneumoniae* con una aglutinación muy positiva y una IgM positiva por ELISA demostró una infección en ese momento por este patógeno, que está asociada en la bibliografía con la aparición de eritema nudoso<sup>3</sup>.

## 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. Yang YH, Tsai MJ, Ysaw YK, Wang LH, Lin YT, Liu JC, et al. Clinical observations of erythema multiforme in children. Acta Paediatr Taiwan 1999;40:107-11.
3. Kakourou T, Drosatou P, Psychou F, Aroni K, Nicolaidou P. Eritema nodoso en niños: un estudio prospectivo. J Am Acad Dermatol 2001;44:135-9.
4. Labbé L, Perel Y, Maleville J, Taïeb A. Erythema nodosum in children: A study of 27 patients. Pediatr Dermatol 1996;13:447-50.