

**Andreza Luiza Rodrigues Moreira da Silva MD<sup>1</sup>**; Fernanda David Anjula MD<sup>1</sup>; ,Giuliana de Freitas Fongaro MD<sup>2</sup>; Flavia Jacqueline Almeida MD PhD<sup>3</sup>; Danila de Souza Carraro MD PhD<sup>4</sup> <sup>1</sup>Residentes de Pediatria do Hospital Infantil Sabará <sup>2</sup> Médica da Unidade de Internação do Hospital Infantil Sabará, Pediatra-Pneumologista <sup>3</sup>Médica da equipe de Infectologia do Hospital Infantil Sabará <sup>4</sup>Preceptora da Residência do Hospital Infantil Sabará, Pediatra, Pneumologista ;Contato:andrezaluiza2@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

*Mycoplasma pneumoniae*, uma das principais causas de pneumonia adquirida na comunidade, pode causar várias manifestações extrapulmonares, incluindo erupções mucocutâneas, aproximadamente 25% dos pacientes pediátricos. A erupção cutânea e mucosite induzidas por *Mycoplasma pneumoniae* " (MIRM) é caracterizada por mucosite proeminente, geralmente com envolvimento cutâneo esparsos ou mesmo ausente. Muitas vezes confundida por Síndrome de Stevens-Johnson, espectro de necrólise epidérmica tóxica (SJS / TEN) e eritema multiforme<sup>10</sup>. A MIRM tem uma fisiopatologia distinta, um curso mais moderado e um prognóstico geralmente bom.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com onze anos de idade, com quadro de odinofagia, febre e tosse seca há seis dias. No terceiro dia de sintomas foi iniciado Amoxicilina, no quarto dia estava afebril, mas evoluiu com crostas hemáticas em lábios, hiperemia de mucosa jugal ( Figura 1 e 2) associado a sangramento nasal; acometimento conjuntival discreto; e exulceração no meato uretral, associado a disúria. Devido persistência da dispnéia, tosse, baixa ingesta alimentar. Foi realizada radiografia de tórax, evidenciando discreto espessamento peribroncovascular peri-hilar confluyente a direita ( Figura 3) e solicitado internação. Coletado sorologias, e iniciado azitromicina e Aciclovir, prednisona e controle de dor. PCR para vírus herpes simplex das amostras colhidas das lesões cutâneas foram negativas e sorologia para *Mycoplasma pneumoniae* resultou em positivo, IGM: 150 U/mL; descontinuando o uso de Aciclovir, permanecendo com antibioterapia por sete dias e uso de prednisona. No quinto dia de tratamento, paciente evoluiu com melhora importantes dos sintomas respiratórios, urinários; com persistência de crosta hemática em lábios em remissão.



Figura 1: crostas hemáticas aderidas



Figura 2: mucosa jugal hiperemiada e desepitelizada

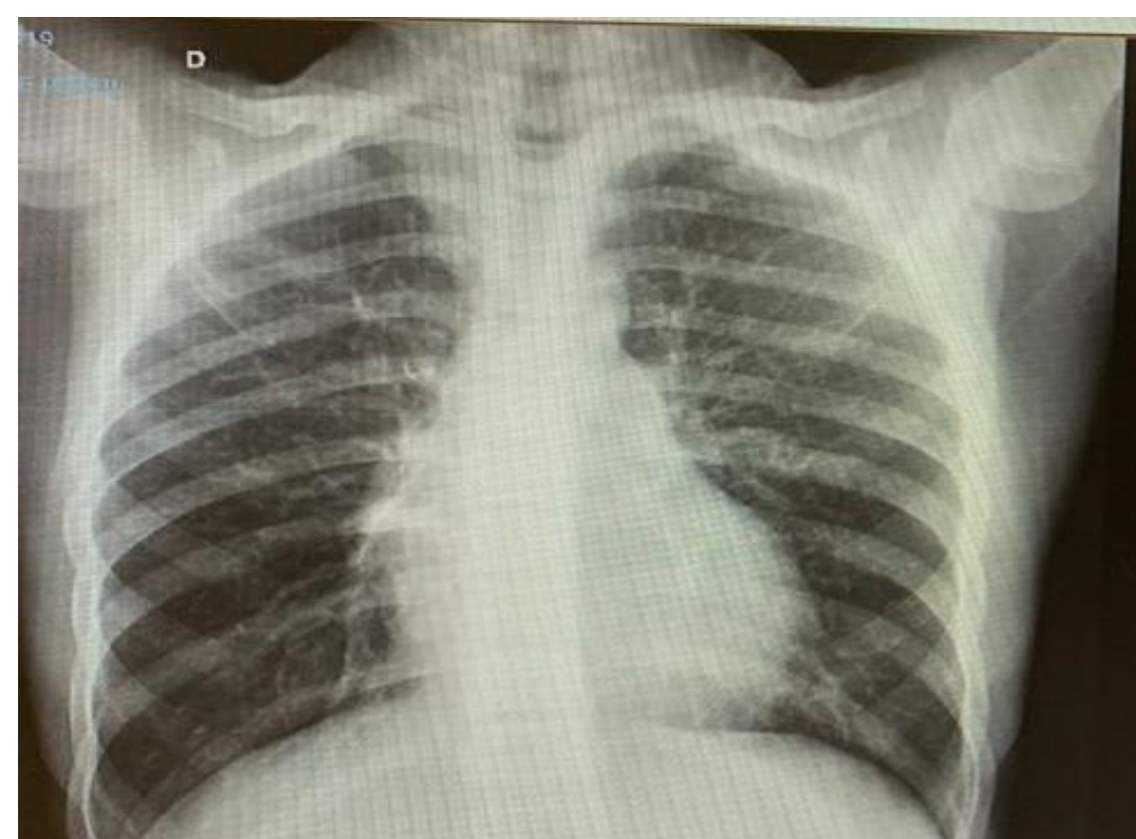


Figura 3: Discreto espessamento peribroncovascular peri-hilar confluyente á esquerda

## DISCUSSÃO

A erupção cutânea e mucosite induzidas por *Mycoplasma pneumoniae* " (MIRM) afeta principalmente crianças e pacientes jovens (idade média de 12 anos), mais comumente do sexo masculino, sendo rara em adultos. A transmissão ocorre através de gotículas respiratórias entre pessoas próximas e frequentemente durante o inverno do contato pessoal próximo. Estima-se que apenas 25% dos pacientes com infecções por *M. pneumoniae* apresentam erupção mucocutânea

A manifestação clássica do MIRM é caracterizado por mucosite grave e lesões cutâneas variáveis, mas geralmente esparsas. A maioria dos pacientes experimenta um pródromo de tosse, mal-estar e febre por aproximadamente uma semana antes do início de sua erupção mucocutânea. O envolvimento oral é quase universal, com crostas hemorrágicas dos lábios e erosões na língua e mucosa bucal; úlceras orais, apesar de raras podem ocorrer. Em sua grande maioria, a MIRM cursa com envolvimento ocular, principalmente por conjuntivite purulenta. As lesões urogenitais cursam com 60% dos acometidos e afetam a vulva, a vagina, qualquer parte do pênis. A morfologia das lesões cutâneas do MIRM varia, mas as lesões vesiculobolhosas são mais comuns, ocorrendo em quase 80% dos casos. As lesões geralmente são esparsamente dispersas nas extremidades e no tronco, com envolvimento ocasional da face. As lesões-alvo clássicas (palmoplantar) do eritema multiforme (EM) e o amplo descolamento epidérmico da necrólise epidérmica tóxica (NET) são extremamente raros no MIRM e devem levar a uma avaliação mais aprofundada de outras causas, como outras infecções ou medicamentos.

Os critérios de diagnóstico propostos para casos clássicos de MIRM incluem:

Erupção mucocutânea com menos de 10% de envolvimento da área da superfície corporal; Envolvimento de dois ou mais locais da mucosa; Presença de algumas lesões vesiculobolhosas ou lesões espalhadas; Evidência clínica e laboratorial da infecção por *M. pneumoniae*

A indicação de biópsia se faz necessária quando suspeita-se de distúrbio de formação de bolhas auto-imune, como diagnóstico diferencial.

O tratamento para a MIRM baseia-se em cuidados com as mucosas/pele, oftalmologia, nutrição/hidratação e manejo da dor. Aproximadamente 4% dos pacientes com MIRM necessitam de cuidados intensivos. O uso de antibioticoterapia para *M. pneumoniae*, é utilizado a partir de evidência clínica, laboratorial e / ou radiográfica de pneumonia atípica. Nesse caso recomenda-se macrolídeo, tetraciclina ou fluoroquinolona. O uso de corticosteroide sistêmicos é indicado em pacientes com envolvimento mucoso extenso na tentativa de diminuir a inflamação e a dor, no entanto, faltam evidências para apoiar essa abordagem. Se utilizada, recomenda-se um curso curto (cinco a sete dias) e baixa dose (de prednisona 1 mg / kg / dia).

O prognóstico da MIRM geralmente é positivo, com a maioria dos pacientes se recuperando completamente. As sequelas mucocutâneas ocorrem em aproximadamente 10% dos pacientes e incluem alteração pigmentar pós-inflamatória e complicações genitais e oculares, como cicatrizes e sinéquias. Sequelas oculares, incluindo encolhimento conjuntival, ulcerações da córnea, cegueira, sinéquia, olhos secos e perda de cílios. As complicações raras incluem doença pulmonar restritiva ou bronquite obliterativa crônica, lesões cutâneas persistentes e linfopenia das células B.

## CONCLUSÃO

Deve-se suspeitar de MIRM em uma criança ou jovem paciente com erupção mucosa ou mucocutânea associado a tosse, mal-estar e febre antes da erupção em aproximadamente uma semana. O envolvimento oral é quase universal, com crostas hemorrágicas dos lábios e erosões na língua e mucosa bucal. A maioria dos pacientes também tem envolvimento ocular e urogenital. Evidências laboratoriais da infecção por *M. pneumoniae* corroboram o diagnóstico. Fatores epidemiológicos corroboram para o fato de que MIRM é muito rara em adultos e mais frequente na população masculina.

## REFERÊNCIAS

- Gordon O, Oster Y, Michael-Gayego A, et al. A apresentação clínica de infecções pediátricas por *Mycoplasma pneumoniae* - uma coorte de centro único. *Pediatr Infect Dis J* 2019; 38: 698.
- Canavan TN, Mathes EF, Frieden IJ, erupção cutânea e mucosite induzidas por *Mycoplasma pneumoniae* como uma síndrome distinta da síndrome de Stevens-Johnson e eritema multiforme: uma revisão sistemática. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72: 239.
- Tay YK, Huff JC, Weston WL. A infecção por *Mycoplasma pneumoniae* está associada à síndrome de Stevens-Johnson, não ao eritema multiforme (von Hebra). *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 757.
- Cannell H, Churcher GM, Milton-Thompson GJ. Síndrome de Stevens-Johnson associada à infecção por *Mycoplasma pneumoniae*. *Ir. J. Dermatol* 1969; 81: 196.