PERMANYER

Check for updates

CASO CLÍNICO

Más allá de lo respiratorio, la reemergencia de *Mycoplasma pneumoniae*

Beyond respiratory manifestations, the reemergence of Mycoplasma pneumoniae

Paula Argüelles-Alcázar[1], M. del Carmen Turrubiarte-Vera[2], Sheila Y. Gómez-Murillo[3] y Karla Sánchez-Olivera[1]*

[1]Departamento de Urgencias, Centro Médico ABC; [2]Departamento de Urgencias, Instituto Nacional de Pediatría, Secretaría de Salud; [3]Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Centro Médico ABC. Ciudad de México, México

Resumen

El término RIME (erupción mucocutánea infecciosa reactiva) se acuñó en el año 2019 para hacer referencia a un grupo poco frecuente de manifestaciones mucocutáneas de causa viral y bacteriana. Dentro de las causas bacterias, Mycoplasma pneumoniae es de las más frecuentes. La fisiopatología aún no se conoce por completo, sin embargo, se cree que esté involucrado un mecanismo inmunitario multifactorial. Es muy importante descartar la ingesta reciente de fármacos que pudieran inducir el desarrollo de cuadros con presentaciones similares, como lo es un síndrome de Stevens-Johnson. El tratamiento se basa fundamentalmente en medidas de soporte y el curso suele ser benigno con una recuperación completa, aunque no son infrecuentes las comorbilidades relacionadas con la dificultad para deglutir como la deshidratación.

Palabras clave: *Mycoplasma pneumoniae. Mucocutáneo. Dermatosis. Síndrome de Stevens-Johnson.*

Abstract

The term RIME (reactive infectious mucocutaneous eruption) was coined in 2019 to refer to an uncommon group of infectious conditions of viral and bacterial etiology. Among the bacterial etiologies, Mycoplasma pneumoniae is one of the most frequent. The pathophysiology is not yet fully understood; however, a multifactorial immune-mediated mechanism is thought to be involved. It is very important to rule out recent drug intake that could trigger conditions with similar presentations, such as Stevens-Johnson syndrome. Treatment is primarily based on supportive care, and the course is usually benign with complete recovery, although comorbidities related to difficulty swallowing, such as dehydration, are not uncommon.

Keywords: *Mycoplasma pneumoniae. Mucocutaneous. Dermatosis. Stevens-Johnson syndrome.*

***Correspondencia:**
Paula Argüelles-Alcázar
E-mail: pau_laarguelles@hotmail.es

Fecha de recepción: 26-02-2026
Fecha de aceptación: 16-04-2026
DOI: 10.24875/AMH.26000013

Disponible en internet: 12-11-2026
An Med ABC. 2026;71(Supl 1):38-41
www.analesmedicosabc.com

0185-3252 / © 2026 Asociación Médica del Centro Médico ABC. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El término RIME (erupción mucocutánea infecciosa reactiva) se acuñó en el año 2019 para hacer referencia a un grupo poco frecuente de manifestaciones mucocutáneas de causa viral y bacteriana[1]. Antes se consideraba parte del espectro del síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), sin embargo, este último se asocia fundamentalmente al uso de determinados fármacos[2].

A diferencia del SSJ, la RIME suelte ser benigno en la mayoría de los casos, con una recuperación completa y sin secuelas hasta en un 80% de los casos descritos, siendo estas sinequias de mucosas, hiper o hipopigmentación postinflamatoria y afección ocular[2]. Criterios propuestos por Canavan para su diagnóstico: a) lesión sugestiva en al menos dos mucosas (más frecuentemente ocular y oral); b) localización dispersa atípica; c) ausencia de desprendimiento de la piel o afectación menor del 10% de la superficie corporal, y d) evidencia de infección por *Mycoplasma pneumoniae*[3]. En niños y adultos jóvenes, una dermatosis con estas características precedida o acompañada de síntomas respiratorios nos debe hacer pensar en RIME[3]. No existe un consenso en cuanto al tratamiento, la base de este es el tratamiento inmunomodulador, al igual que en el SSJ con esteroides e inmunoglobulinas, agregando tratamiento del dolor, soporte nutricional y cuidados de la piel.

Presentación del caso

Adolescente de sexo femenino de 13 años, sin antecedentes médicos de importancia, esquema de vacunación completo para la edad. Acude a urgencias por presentar exantema y limitación para la deglución. Inicia padecimiento 10 días previos a su ingreso con odinofagia y tos, a lo que se agrega alza térmica cuantificada en 39 °C, motivo por el cual se dio tratamiento empírico con amoxicilina/ácido clavulánico cada 12 horas con remisión del cuadro. A las 72 horas previas a su ingreso comienza nuevamente tos, síntomas respiratorios con tos, fiebre y aparece dermatosis en labios caracterizada por úlceras y costras hemáticas, las cuales progresaron (Fig. 1) hasta llegar a general dolor 10/10 e intolerancia a la vía oral, así como afección ocular con eritema y epífora (Fig. 2), y lesiones aisladas en las extremidades (Fig. 3). Debido a la intolerancia a la vía oral acude a urgencias.

A la exploración física destaca paciente bien hidratada, con polipnea de 38 respiraciones por minuto, saturación del 85% y crepitantes generalizados. Sin afectación de mucosa genital.

Abordaje

A su llegada se dio manejo con oxígeno suplementario con mascarilla reservorio, con adecuada recuperación de la saturación, y se solicitó radiografía de tórax con infiltrado bilateral (Fig. 4), con lo que se integra diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad.

Se dio cobertura antibiótica empírica con claritromicina 15 mg/kg/día ante la sospecha de *M. pneumoniae,* y debido a la baja ingesta y al tener como diagnóstico diferencial un SSJ, de forma inicial se dio aporte de líquidos intravenosos y posteriormente dieta licuada por sonda nasogástrica.

Diagnósticos diferenciales

- Farmacodermia: SSJ/necrólisis epidérmica tóxica.
- RIME.

Tratamiento

- Nutricional: dieta licuada por sonda nasogástrica dentro en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario.
- Inmunomodulador: gammaglobulina 1 g/kg/dosis + metilprednisolona 1 g/kg/dosis durante 10 días.
- Oftálmico: lágrima artificial, hialuronato de sodio, tobramicina y prednisolona oftálmica, así como uso de conformadores anular en ambos ojos.
- Dermatología: humectación y lubricación de la piel con petrolato.

Desenlace y seguimiento

Se integró el diagnóstico final de RIME y se descartó SSJ, ya que la paciente presentó síntomas respiratorios y dermatológicos. La dermatosis afectaba dos mucosas (oral y ocular) y menos del 10% de la superficie corporal. A las 72 horas de hospitalización, se realizó panel viral respiratorio con aislamiento de *M. pneumoniae* y con el tratamiento establecido la paciente permaneció hospitalizada durante 18 días, sin secuelas hasta el momento reportadas.

Discusión

La RIME es una entidad emergente, frecuentemente asociada a *M. pneumoniae*, cuyo reconocimiento temprano es crucial en urgencias pediátricas y unidades



Figura 1. Afección de mucosa oral.

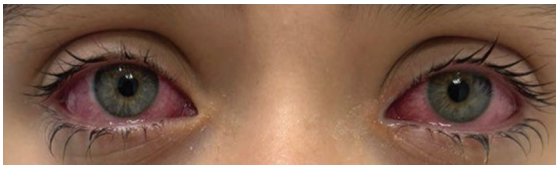


Figura 2. Afección ocular.



Figura 3. Lesiones dermatológicas.



Figura 4. Radiografía portátil de tórax con proceso neumónico.

de cuidados intensivos por su similitud clínica con farmacodermias graves, como el SSJ[3,4]. Diferenciar ambas condiciones tiene implicaciones directas sobre el manejo terapéutico, el pronóstico y el uso de recursos hospitalarios.

En la paciente presentada se observó compromiso mucocutáneo grave predominantemente oral y ocular, junto con insuficiencia respiratoria hipoxémica por neumonía comunitaria, lo que motivó hospitalización y manejo multidisciplinario. La secuencia temporal de síntomas respiratorios seguida de deterioro clínico y afectación mucocutánea concuerda con el patrón descrito en RIME por *M. pneumoniae,* especialmente en población pediátrica y adolescente[2,5].

Desde la perspectiva clínica, el compromiso mucoso extenso condicionó dolor intenso e intolerancia a la vía oral, elevando el riesgo de deshidratación y desnutrición aguda; complicaciones que frecuentemente motivan la hospitalización en estos pacientes[1,5]. Asimismo, la afectación ocular requirió intervención temprana para prevenir secuelas a largo plazo, subrayando la necesidad de un abordaje multidisciplinario desde el ingreso. Aunque la RIME suele considerarse una entidad de curso benigno, este caso demuestra que puede cursar con manifestaciones sistémicas graves que requieren vigilancia estrecha y manejo en áreas de alta complejidad.

La diferenciación con el SSJ fue el punto crítico del diagnóstico. La ausencia de exposición a fármacos de alto riesgo, el compromiso cutáneo limitado (< 10% de la superficie corporal total), la predominancia mucosa y la identificación de *M. pneumoniae* orientaron el diagnóstico hacia RIME[3,4]. Esta distinción evitó la aplicación de protocolos agresivos propios de la necrólisis epidérmica tóxica y permitió enfocar el tratamiento en el control de la infección, el soporte nutricional y el tratamiento inmunomodulador. Aunque la fisiopatología de la RIME no está completamente esclarecida, se postula un mecanismo inmunomediado (posiblemente por depósito de complejos inmunes o proliferación clonal de células B) secundario a la infección, causa tanto del

compromiso mucocutáneo como de las manifestaciones extrapulmonares[3,5]. La literatura reciente destaca que el espectro clínico de la RIME incluye casos con mínima afectación cutánea pero compromiso mucoso grave, lo que incrementa el riesgo de subdiagnóstico[1,3].

El manejo de la RIME sigue siendo desafiante. Las medidas de soporte constituyen la base del tratamiento; en casos moderados a graves se han reportado resultados favorables con esteroides sistémicos e inmunoglobulina intravenosa, aunque la evidencia procede principalmente de series pequeñas y reportes de casos[3-5]. En este caso, la intervención temprana se asoció a una evolución clínica satisfactoria, lo que enfatiza la importancia del reconocimiento precoz en escenarios de atención crítica.

Conclusión

La RIME asociada a *M. pneumoniae* representa un diagnóstico diferencial crítico en pediatría ante cuadros de compromiso mucocutáneo y sintomatología respiratoria. Su identificación temprana es clave para diferenciarlo del SSJ, optimizar la terapéutica, prevenir secuelas (especialmente oftálmicas y nutricionales) y evitar el uso innecesario de recursos o la suspensión errónea de fármacos esenciales. Este caso reafirma que la RIME debe ser considerada una entidad de relevancia clínica mayor en los servicios de urgencias y cuidados intensivos pediátricos.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los padres de la paciente y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Bustos-Merlo A, Peragón-Ortega A, Rosales-Castillo A, Alarcón-Blanco PA. RIME sine rash asociada a infección por Mycoplasma pneumoniae. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43(3):180-1.
2. Muñoz-Cruzado Rosete A, Carazo-Gallego B, Galindo-Zavala R, Martín-Pedraz L, Moreno-Pérez D. Exantema mucocutáneo inducido por Mycoplasma pneumoniae en pediatría. Acta Pediatr Mex. 2022; 43(5):263.
3. Guzmán-Tena P, Rodríguez-Ramos M, Lloret-Ruiz C, Vázquez-Álvarez ML. Erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME): expandiendo el espectro de los exantemas mucocutáneos. Actas Dermosifiliogr. 2024; 115(10):1097-9.
4. González C, Croche B, Gómez E. Reactive infectious mucocutaneous eruption (RIME) in paediatric patients: extrapulmonary Mycoplasma pneumoniae involvement. Rev Esp Quimioter. 2024;37(6):518-20.
5. Roig-Marín N, Roig-Rico P, Delgado-Sánchez E, Seguí-Ripoll JM. Erupción cutánea y mucositis inducidas por *Mycoplasma pneumoniae*: una nueva afección. Med Int Méx. 2021;37(3):421-3.