Caso Clínico

MUCOSITIS Y EXANTEMA INDUCIDOS POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*: A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO DE MIRM

MYCOPLASMA PNEUMONIAE-INDUCED MUCOSITIS AND RASH: A PAEDIATRIC CASE OF MIRM

David Vega Fernández[a]*
Paolo Ruiz Gómez[a]
María Muñoz Duque[a]
Felipe Miranda Trigo[a]
Constanza Franke García[a]
María Flores Iglesias[b]
Claudia Adones Oliden[c]
Daniza Jaldin Tapia[d]

[a]Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta.
[b]Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción.
[c]Médico Cirujano Universidad de Antofagasta, Pediatra Universidad de Chile, Unidad de Pediatría Hospital Regional de Antofagasta.
[d]Médico Cirujano Universidad de Antofagasta, Pediatra Universidad de Antofagasta, Unidad de Pediatría del Hospital Regional de Antofagasta.
Artículo recibido el 4 de agosto, 2025. Aceptado en versión corregida el 3 de noviembre, 2026.
DOI: 10.52611/confluencia.2026.1474

RESUMEN

Introducción: *M. pneumoniae* puede producir diversas manifestaciones extrapulmonares, entre ellas el síndrome de erupción cutánea y mucositis inducida por *M. pneumoniae*. En este contexto, es un diagnóstico diferencial importante y su reconocimiento en población pediátrica es creciente. **Objetivo:** Reportar un caso pediátrico de MIRM para destacar la importancia de su sospecha diagnóstica precoz y manejo oportuno. **Metodología:** Reporte de caso de paciente preescolar de 3 años, atendida en un hospital de alta complejidad. Se describen las manifestaciones clínicas, el abordaje diagnóstico, terapéutico y la evolución. Se obtuvo consentimiento informado del tutor legal. **Desarrollo:** Paciente previamente sana que debutó con eritema facial bilateral abrupto, evolucionando a exantema purpúrico generalizado y compromiso importante de la mucosa oral. Se sospechó inicialmente vasculitis leucocitoclástica, indicándose corticoterapia. Más tarde se confirmó infección activa por *M. pneumoniae*, iniciándose tratamiento con antibiótico con resolución clínica completa. **Discusión:** El MIRM es una manifestación extrapulmonar infrecuente del *M. pneumoniae*, caracterizada por compromiso mucoso predominante y escasa afectación cutánea, con pronóstico más favorable que el síndrome de Stevens-Johnson o la necrólisis epidérmica tóxica. Este caso resalta la importancia del reconocimiento precoz y manejo multidisciplinario del MIRM, evitando complicaciones. **Conclusión:** El aumento reciente de infecciones por *M. pneumoniae* tras la pandemia de COVID refuerza la necesidad de considerar este diagnóstico ante casos con sintomatología atípica.
Palabras clave: Infecciones por *Mycoplasma*; Exantema; Mucositis; Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Introduction: *M. pneumoniae* can cause various extrapulmonary manifestations, including *M. pneumoniae*-induced mucositis rash syndrome. In this context, it is an important differential diagnosis and its recognition in the pediatric population is increasing. **Objective:** To report a pediatric case of MIRM to highlight the importance of early diagnostic suspicion and timely management. **Methodology:** Clinical case report of a 3-year-old preschool patient treated at a high-complexity hospital. The clinical manifestations, diagnostic and therapeutic approaches, and outcome are described. Informed consent was obtained from the legal guardian. **Development:** A previously healthy patient presented with abrupt bilateral facial erythema, which progressed to generalized purpuric rash and significant oral mucosal involvement. Leukocytoclastic vasculitis was initially suspected, and corticosteroid therapy was prescribed. An active *M. pneumoniae* infection was later confirmed, and antibiotic treatment was initiated with complete clinical resolution. **Discussion:** MIRM is a rare extrapulmonary manifestation of *M. pneumoniae*, characterized by predominantly mucosal involvement and limited cutaneous involvement, with more favorable prognoses than Stevens-Johnson syndrome or toxic epidermal necrolysis. This case highlights the importance of early recognition and multidisciplinary management of MIRM, avoiding complications. **Conclusion:** The recent increase in *M. pneumoniae* infections following the COVID-19 pandemic reinforces the need to consider this diagnosis in cases with atypical symptoms.
Key words: *Mycoplasma* infections; Rash; Mucositis; Diagnosis, differential.

Cómo citar:
Vega-Fernández D, Ruiz-Gómez P, Muñoz-Duque M, Miranda-Trigo F, Franke-García C, Flores-Iglesias M, Adones-Oliden C, Jaldin-Tapia D. Mucositis y exantema inducidos por *Mycoplasma pneumoniae*: A propósito de un caso pediátrico de MIRM. Rev Conflu [Internet]. 2026 [citado 30 de noviembre 2026];9. Disponible en: https://doi.org/10.52611/confluencia.2026.1474

 *Correspondencia: david.vega.fernandez@ua.cl

INTRODUCCIÓN

La infección por *Mycoplasma pneumoniae* presenta una variedad de manifestaciones clínicas pulmonares y extrapulmonares, desde cuadros respiratorios de diversa severidad a manifestaciones cardiovasculares, dermatológicos, gastrointestinales, hematológicas, musculoesqueléticas, urogenitales y oftalmológicas, afectando principalmente a la población pediátrica y adolescente[1]. Dentro de las manifestaciones dermatológicas se encuentra el síndrome de erupción cutánea y mucosa inducida por *M. pneumoniae*, mejor conocido por sus siglas en inglés MIRM (*Mycoplasm pneumoniae* Induced Rash and Mucositis). Aunque comparte ciertas características clínicas con entidades como el Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) y el Eritema Multiforme (EM), el MIRM constituye una entidad diferenciada, tanto en su fisiopatología como en su manejo terapéutico[2]. Su cuadro clínico típico afecta principalmente a varones jóvenes (edad media de 16 años), con un pródromo respiratorio (fiebre, tos, malestar) que precede por 7 a 8 días a las manifestaciones mucocutáneas. Se caracteriza por una mucositis prominente que afecta con mayor frecuencia la mucosa oral (96,3%), seguida por la ocular (92,6%) —con conjuntivitis purulenta, fotofobia y edema palpebral— y la genital (59,3%)[3].

Este tipo de complicaciones es poco frecuente, pero dada su importancia y aumento en la prevalencia de *M. pneumoniae* posterior a la pandemia de COVID-19[4], se considera que es importante de tener en cuenta en los diagnósticos diferenciales en la población pediátrica. Cabe destacar que el aumento en la incidencia de infecciones causadas por *M. pneumoniae* en Chile en la actualidad fue lo que motivó la elaboración de este reporte.

Estructuralmente, este escrito describe de forma cronológica el desarrollo clínico del caso, incluyendo hallazgos físicos, exámenes complementarios, diagnóstico diferencial, tratamiento y evolución. Posteriormente, se analiza el caso a la luz de la literatura científica actual, destacando sus particularidades diagnósticas y terapéuticas. Finalmente, se exponen las conclusiones y aprendizajes clínicos más relevantes derivados del caso.

Este artículo fue desarrollado conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y la normativa chilena vigente en materia de investigación en salud. Dado que se trata de una revisión retrospectiva de un caso sin intervenciones adicionales, no fue necesaria su evaluación por un comité de ética. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los cuidadores legales de la paciente para el uso de la información clínica con fines académicos y de publicación, asegurando en todo momento la confidencialidad y el resguardo de la identidad de la menor. Este tipo de complicaciones es poco frecuente, pero dado su impacto y el aumento en la prevalencia de *M. pneumoniae* posterior a la pandemia de COVID-19, como estudiantes de Medicina se consideró fundamental tenerlo en cuenta en los diagnósticos diferenciales pediátricos a nivel nacional y en la práctica clínica local.

DESARROLLO

Preescolar femenina de tres años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, que comienza con un cuadro de eritema bilateral en mejillas de inicio abrupto, tras llegar del jardín infantil. Inicialmente, se interpretó como un exantema súbito. Sin embargo, en los días posteriores las lesiones evolucionaron a un exantema purpúrico, diseminado en tronco y extremidades. La paciente presentó anorexia, labios secos y agrietados, dificultad para ingerir alimentos sólidos y rechazo a la ingesta de líquidos, por lo que consulta en el Servicio de Urgencias. Allí se realizó una evaluación inicial y toma de exámenes (Tabla 1), destacando una leucocitosis marcada y anemia leve. Se decidió hospitalizar para observación y estudio diagnóstico del caso.

Tabla 1. Exámenes de ingreso.

Examen	Resultado
Hemoglobina (g/dl)	11,6
Hematocrito (%)	34,8
Recuento globular (/µl)	20.590
RAN (Recuento absoluto de neutrófilos)	4.760
RAL (Recuento absoluto de linfocitos)	14.000
Plaquetas (/µl)	399.000
GOT (U/l)	42
FA (Fosfatasa alcalina) (U/l)	245
Bilirrubina total (mg/dl)	0,27
Calcio (mg/dl)	10,1
Fósforo (mg/dl)	4,8
Albúmina (g/dl)	4,14
Glucosa (mg/dl)	99
GPT (U/l)	18
GGT (U/l)	No informado
Sodio (mmol/l)	138
Potasio (mmol/l)	4,58
Cloro (mmol/l)	102,4
PCR (mg/dl)	1,81
Protrombina (%)	86
Tiempo protrombina (seg)	14,6
INR	1,1
Dímero D (µl/ml FEU)	1,0
Orina completa	Normal
Panel viral	Pendiente

Al ingreso hospitalario, la menor se encontraba decaída y presentaba lesiones cutáneas de borde definido, de coloración eritemato-violácea y palpables (Figura 1), que no desaparecen a la vitropresión. Los exámenes iniciales no revelaban mayor información acerca de la etiología del cuadro presentado por la paciente. Ante estos hallazgos, el equipo tratante indicó evaluación por inmunología, hematología, infectología y dermatología.



Figura 1. Lesiones cutáneas en cara, tronco y extremidades al examen físico.

El equipo de inmunología planteó la posibilidad de una vasculitis leucocitoclástica y se recomendó administrar metilprednisolona en pulsos de 10 mg/kg durante tres días. También se solicitaron estudios de complemento, inmunoglobulinas y paneles virales. Infectología descartó inicialmente otras infecciones bacterianas o virales comunes, pero indicó el seguimiento con estudios serológicos para *M. pneumoniae*. Dermatología realizó una biopsia cutánea por punch del antebrazo derecho, en la cual se describió piel con infiltrado inflamatorio perivascular superficial y predominantemente profundo (Figura 2).

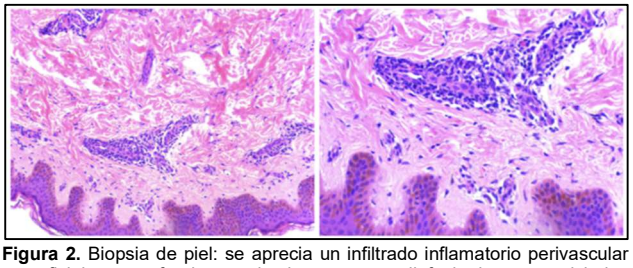


Figura 2. Biopsia de piel: se aprecia un infiltrado inflamatorio perivascular superficial y profundo predominantemente linfocitario con aislados neutrófilos y eosinófilos.

Con el tratamiento inicial con metilprednisolona, la menor mostró mejoría progresiva. Las lesiones cutáneas comenzaron a resolverse, disminuyendo en intensidad y extensión. Durante este período, los resultados serológicos confirmaron una infección activa por *M. pneumoniae* con IgM (45,6 mg/dl) e IgG (31,8 mg/dl) positivas. Esto llevó a iniciar tratamiento antibiótico con azitromicina 10 mg/kg por vía oral cada 24 horas, completando el esquema durante cinco días.

La paciente evolucionó favorablemente, recuperando el apetito y mostrando mejoría general. Las lesiones cutáneas desaparecieron casi por completo, y se mantuvo afebril durante toda su hospitalización. Finalmente, se dio de alta con indicaciones de control ambulatorio y seguimiento por los servicios de inmunología y dermatología.

DISCUSIÓN

Este caso clínico presenta una manifestación inusual de vasculitis leucocitoclástica secundaria a infección por *M. pneumoniae* en una paciente pediátrica. La presentación inicial con eritema facial bilateral podría haber sido interpretada como un exantema viral común, pero la rápida progresión hacia un exantema purpúrico diseminado, junto con los hallazgos clínicos y de laboratorio, llevó a un enfoque diagnóstico más amplio.

La mucositis inducida por *M. pneumoniae* se ha documentado principalmente durante brotes epidémicos de neumonía adquirida en la comunidad, con una mayor incidencia en las estaciones de verano y otoño[1]. Aproximadamente el 25% de los pacientes

con *M. pneumoniae* presentan complicaciones extrapulmonares, entre las que se encuentran manifestaciones mucocutáneas, neurológicas y cardíacas, siendo más frecuentes en niños mayores, aunque también se han reportado en menores de dos años[5,6]. En este caso, la biopsia cutánea confirmó la presencia de vasculitis leucocitoclástica, proceso inflamatorio que puede ser desencadenado por la formación de complejos inmunes tras una infección[7]. Las manifestaciones extrapulmonares de *M. pneumoniae* incluyen procesos inmunomediados como la vasculitis leucocitoclástica, lo cual ha sido documentado en estudios recientes[2].

Desde hace algunos años se ha descrito una entidad clínica denominada MIRM, caracterizada por una afectación predominante de las mucosas —especialmente oral, ocular y genital— con lesiones cutáneas escasas o ausentes. Clínicamente, puede confundirse con el SSJ, NET y el EM, ya que comparten la presencia de lesiones mucocutáneas, erupciones en forma de diana y síntomas sistémicos como fiebre o malestar general. Sin embargo, el MIRM se distingue por su asociación específica con *M. pneumoniae*, su curso más benigno, menor compromiso cutáneo, y baja mortalidad[7,8]. A pesar de su evolución favorable, se recomienda un seguimiento cercano, especialmente por el riesgo de recurrencias o complicaciones oculares[4]. En este caso, el diagnóstico de MIRM se estableció tras confirmarse la infección activa por *M. pneumoniae* y la presencia de hallazgos clínicos compatibles.

Un estudio de cohorte realizado en Dinamarca, que incluyó 14.241 niños y adolescentes con PCR positivo para *M. pneumoniae*, señala que en los últimos años se ha observado un incremento en la incidencia de infecciones por este patógeno, particularmente tras la pandemia de COVID-19. Además, indica que estudios recientes han reportado un aumento significativo en las tasas de hospitalización y en la presentación de manifestaciones extrapulmonares como el MIRM[9].

Este repunte epidemiológico podría estar relacionado con la "deuda inmunológica", concepto que utilizan para referirse a un fenómeno que sugiere una mayor susceptibilidad a infecciones debido a la menor exposición previa a patógenos respiratorios durante la pandemia. En este contexto, el resurgimiento de *M. pneumoniae* representa un desafío clínico, ya que puede manifestarse con cuadros atípicos que requieren un diagnóstico oportuno y un manejo especializado[9]. El manejo del MIRM se basa en terapia de soporte y tratamiento específico para controlar la inflamación y evitar complicaciones sistémicas, no hay guías estandarizadas, pero se recomienda un manejo multidisciplinario[4].

El tratamiento inicial con metilprednisolona fue clave para el control de la inflamación. Estudios previos han demostrado que el uso combinado de glucocorticoides e inmunoglobulina intravenosa, junto con antibióticos macrólidos como azitromicina, puede acelerar la recuperación y reducir la duración de los síntomas[1,5]. También se ha descrito en algunos casos el uso de doxiciclina o levofloxacino en pacientes mayores de 8 años[4]. Aunque no existe una guía estándar, el uso de macrólidos y corticosteroides es común en estos casos, a pesar de que el impacto directo de los macrólidos en la mucositis no ha sido plenamente documentado[2].

La evolución clínica de la paciente fue favorable con resolución progresiva de las lesiones cutáneas, recuperación del apetito y desaparición de los síntomas sistémicos. Este pronóstico es consistente con lo observado en la literatura sobre manifestaciones mucocutáneas asociadas a *M. pneumoniae*, donde la mayoría de los pacientes logran una recuperación sin secuelas a largo plazo[8,10]. Este caso subraya la importancia de un enfoque diagnóstico integral, que incluya estudios serológicos, inmunológicos y anatomopatológicos en pacientes pediátricos con exantemas atípicos.

Se destaca que, al ser un caso clínico descriptivo, no se pueden generalizar sus resultados. No obstante, el valor de este radica en detallar rigurosamente el proceso diagnóstico multidisciplinario y la respuesta terapéutica observada, sirviendo de referencia para la práctica clínica ante presentaciones atípicas similares.

CONCLUSIÓN

El MIRM es una manifestación infrecuente de infección por *M. pneumoniae*, cuya presentación inicial puede ser inespecífica, lo que puede dificultar su diagnóstico oportuno. Este caso resalta la importancia de la sospecha y reconocimiento temprano, además del manejo multidisciplinario para evitar complicaciones. El uso de corticoides y antibióticos resultó en una evolución favorable sin secuelas, tal como señala la evidencia disponible. Dado el resurgimiento de *M. pneumoniae* en la población pediátrica, es fundamental mantener un alto índice de sospecha y considerar esta patología dentro del diagnóstico diferencial en casos con manifestaciones mucocutáneas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haseeb A, Elhusseiny AM, ElSheikh RH, Tahboub MA, Kwan JT, Saeed HN. Ocular involvement in *Mycoplasma* induced rash and mucositis: A systematic review of the literature. Ocul Surf [Internet]. 2023 [citado el 18 de julio 2025];28:1-10. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jtos.2022.11.007
2. Ramien ML. Reactive infectious mucocutaneous eruption: *Mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis and other parainfectious eruptions. Clin Exp Dermatol [Internet]. 2021 [citado el 18 de julio 2025];46(3):420-9. Disponible en: https://doi.org/10.1111/ced.14404

3. Lofgren D, Lenkeit C. *Mycoplasma pneumoniae*-Induced Rash and Mucositis: A Systematic Review of the Literature. Spartan Med Res J [Internet]. 2021 [citado el 18 de julio 2025];6(2):25284. Disponible en: https://doi.org/10.51894/001c.25284
4. Gise R, Elhusseiny AM, Scelfo C, Mantagos IS. *Mycoplasma pneumoniae*-Induced Rash and Mucositis: A Longitudinal Perspective and Proposed Management Criteria. Am J Ophthalmol [Internet]. 2020 [citado el 18 de julio 2025];219:351-6. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ajo.2020.06.010
5. Chen N, Li M. Case Report and Literature Review: Clinical Characteristics of 10 Children With *Mycoplasma pneumoniae*-Induced Rash and Mucositis. Front Pediatr [Internet]. 2022 [citado el 18 de julio 2025];10:823376. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fped.2022.823376
6. Roig-Marín N, Roig-Rico P, Delgado-Sánchez E, Seguí-Ripoll JM. Erupción cutánea y mucositis inducida por *Mycoplasma pneumoniae*: una nueva afección. Med Int Méx [Internet]. 2021 [citado el 18 de julio 2025];37(3):421-3. Disponible en: https://doi.org/10.24245/mim.v37i3.3403
7. Zão I, Ribeiro F, Rocha V, Neto P, Matias C, Jesus G. *Mycoplasma pneumoniae*-associated Mucositis: A Recently Described Entity. Eur J Case Rep Intern Med [Internet]. 2018 [citado el 18 de julio 2025];5(11):000977. Disponible en: https://doi.org/10.12890/2018_000977
8. Gonçalves R, Gata L, Brett A. *Mycoplasma pneumoniae*-associated mucositis. BMJ Case Rep [Internet]. 2021 [citado el 18 de julio 2025];14(4):e239086. Disponible en: https://doi.org/10.1136/bcr-2020-239086
9. Dungu KHS, Holm M, Hartling U, Jensen LH, Nielsen AB, Schmidt LS, et al. *Mycoplasma pneumoniae* incidence, phenotype, and severity in children and adolescents in Denmark before, during, and after the COVID-19 pandemic: a nationwide multicentre population-based cohort study. Lancet Reg Health Eur [Internet]. 2024 [citado el 18 de julio 2025];47:101103. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101103
10. Shaheen HA, AlGassim MA, Alraddadi MM, Al-Ruwaili RH, Yousef Mohammed HA. *Mycoplasma pneumoniae*-Induced Rash and Mucositis (MIRM): A Case Report. Cureus [Internet]. 2025 [citado el 18 de julio 2025];17(5):e84964. Disponible en: https://doi.org/10.7759/cureus.84964