



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Carta al Editor

Neumonitis por *Chlamydia trachomatis*: una enfermedad infradiagnosticada y potencialmente grave



Chlamydia trachomatis pneumonia: An underdiagnosed and potentially severe disease

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo publicado por Berzosa Sánchez et al. «Infección respiratoria por *Chlamydia trachomatis*, a propósito de 4 casos»¹, publicado en el número de noviembre de su revista. Como remarcan los autores, la neumonía por *C. trachomatis* es una de las causas más frecuentes de neumonía atípica en los primeros meses de vida. El diagnóstico de certeza es esencial, dado que, en ocasiones, pueden desarrollarse cuadros de insuficiencia respiratoria lo suficientemente importantes como para requerir ingreso en cuidados intensivos (CI)^{2,3}. Sin embargo, la infección por *C. trachomatis* grave ha sido poco estudiada, y es una entidad poco reconocida en pediatría.

Con el objetivo de evaluar la gravedad de esta enfermedad, revisamos retrospectivamente las historias clínicas de los lactantes diagnosticados de neumonitis por *C. trachomatis* en nuestro centro en los 10 últimos años (2010-2019).

Diagnosticamos un total de 8 lactantes. Sus principales características se describen en la [tabla 1](#). Todos fueron recién nacidos a término, excepto 2 prematuros tardíos (35 y 36 semanas). La mediana de edad al diagnóstico fue de 48 días (RIQ: 28-58), y todos comenzaron entre la tercera y sexta semana de vida. La mediana de edad de las madres fue de 25,5 años (RIQ: 22-32) y 6 (75%) fueron inmigrantes.

Todos los lactantes acudieron por clínica respiratoria, pero solo 2 presentaron fiebre. Tres tenían antecedente de conjuntivitis en la segunda semana de vida, aunque no se sospechó infección por *C. trachomatis*, por lo que no recibieron un tratamiento adecuado. En todos los casos la radiografía de tórax fue patológica, con hiperinsuflación e infiltrado intersticial. Es destacable el elevado porcentaje de eosinofilia (5/8) e hipergammaglobulinemia (4/4).

Todos los pacientes fueron ingresados, y la mediana de hospitalización fue de 9,5 días (RIQ: 6-23). Seis pacientes requirieron

Tabla 1
Características epidemiológicas, manifestaciones clínicas, pruebas complementarias y tratamiento

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8
Año de nacimiento	2013	2014	2015	2016	2016	2018	2019	2019
Edad gestacional (semanas)	35	36	38	37	37	39	38	40
Edad al ingreso (días)	60	29	46	60	52	50	26	28
Sexo	F	M	M	M	F	F	M	F
Antecedentes maternos								
Edad madre (años)	25	21	14	38	34	26	24	27
Procedencia	Marruecos	Paraguay	Brasil	España	Filipinas	España	Filipinas	Filipinas
Clínica								
Rinorrea	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Tos	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Dificultad respiratoria	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Pausas de apnea	No	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí
Fiebre	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No
Conjuntivitis previa	No	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Diagnóstico inicial	Síndrome pertusoide	BQ	Síndrome pertusoide	BQ	Síndrome pertusoide	Síndrome pertusoide	BQ	BQ
Días de ingreso	7	24	3	9	6	24	21	10
Días de oxigenoterapia	5	26	0	6	0	18	18	9
Ingreso en CI	No	Sí	No	No	No	No	No	Sí
Análítica (valor máximo)								
Neutrófilos/ μ l	2.880	5.130	4.340	6.410	6.070	6.660	10.070	7.790
Linfocitos/ μ l	13.680	9.920	14.760	9.350	15.690	5.770	15.200	6.260
Eosinófilos/ μ l	720	3.630	430	663	300	1.180	600	400
Plaquetas/ μ l	758.000	560.000	531.000	643.000	43.6000	35.8000	200.000	36.6000
Proteína C reactiva; mg/l	29,1	67,5	<2,9	<2,9	36,7	1,9	56,2	27,5
Diagnóstico								
PCR aspirado nasofaríngeo	Positivo	Positivo	NR	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
PCR orina	NR	NR	Positivo	NR	NR	Positivo	Negativo	Positivo
PCR conjuntival	NR	NR	NR	NR	NR	Negativo	NR	Positivo
Tratamiento	ERI	AZT	ERI	AZT	AZT	AZT	AZT	AZT

AZT: azitromicina; BQ: bronquiolitis; CI: cuidados intensivos; ERI: eritromicina; F: femenino; M: masculino; NR: no realizada; PCR: reacción en cadena de la polimerasa.

oxigenoterapia durante una mediana de 7,5 días (RIQ: 1-18), en 3 casos con sistemas de alto flujo. Dos lactantes precisaron ingreso en CI por insuficiencia respiratoria, precisando un caso ventilación no invasiva y otro, ventilación mecánica invasiva durante 2 días.

El diagnóstico microbiológico se realizó mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR multiplex BDmax™) en aspirado nasofaríngeo (positiva en 7 casos) y en orina (positiva en 3 de los 4 casos solicitados). En 2 casos que asociaban conjuntivitis se realizó PCR conjuntival siendo positiva en uno de ellos.

Todos los pacientes recibieron tratamiento con un macrólido oral, presentando una evolución favorable. Las madres y sus parejas se derivaron a la consulta de ginecología para estudio.

En países desarrollados, la infección por *C. trachomatis* es la enfermedad de transmisión sexual más prevalente⁴. Se trata de una enfermedad infradiagnosticada en la gestante debido a que habitualmente cursa de forma asintomática^{1,2}, lo que puede conducir a un retraso diagnóstico en el niño y a la necesidad de ingreso hospitalario.

La infección perinatal provoca una colonización de la faringe, el recto y el tracto genital de los recién nacidos. En un 30-50% de los neonatos colonizados, ocasiona conjuntivitis en las primeras 2 semanas de vida⁵. Es importante estar atentos a esta primera manifestación, que suele ser autolimitada, para realizar un diagnóstico correcto mediante PCR en exudado conjuntival.

Sin un tratamiento adecuado, estos pacientes pueden desarrollar una infección nasofaríngea, que en el 30% puede progresar a neumonía⁶, que suele cursar con hipoxemia prolongada y, en ocasiones, con necesidad de soporte respiratorio e ingreso en CI^{3,7,8}. En nuestra serie, 2 pacientes fueron trasladados a CI por insuficiencia respiratoria grave. En 1985 Attenburrow y Barker describieron 5 casos de neumonía neonatal grave por *C. trachomatis* en prematuros (25-32 semanas); todos requirieron ventilación mecánica y uno de ellos falleció⁸.

Coincidimos con Piñero et al.⁹ en la necesidad de implementar programas de cribado para *C. trachomatis* en mujeres gestantes entre los 15-25 años, y en mujeres con factores de riesgo para la infección. En nuestra serie, el 75% de las madres fueron menores de 30 años y muchas eran inmigrantes de zonas con alta prevalencia de la enfermedad. En áreas donde no esté implementado el cribado, debe sospecharse en lactantes menores de 2 meses con cuadros de bronquiolitis de lenta evolución o tos con características pertusoides, antecedente de conjuntivitis previa,

eosinofilia e hipergammaglobulinemia. Un diagnóstico y tratamiento precoces en el lactante pueden evitar el ingreso hospitalario y las complicaciones asociadas.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias de sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Bibliografía

1. Berzosa Sánchez A, Kirchschräger Nieto SB, Ruiz Jiménez M, Ramos Amador JT. Infección respiratoria por *Chlamydia trachomatis*, a propósito de 4 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2020;38:448–58.
2. Gabriel MAM, Ibarra SH, Sendín EB, Fernández MB, Sanz F, Martínez JG, et al. Infección respiratoria por *Chlamydia trachomatis* en lactantes. Presentación clínica y evolución de 18 casos. *An Pediatr (Barc).* 2004;60:349–53.
3. Herieka E, Dhar J. Acute neonatal respiratory failure and *Chlamydia trachomatis*. *Sex Transm Inf.* 2001;77:135–6.
4. Xu J, Yu L, Fu B, Zhao D, Liu F. Influence of different delivery modes on the clinical characteristics of *Chlamydia trachomatis* pneumonia. *Eur J Pediatr.* 2018;77:1255–60.
5. Martins J, Ribeiro Luis C, Correia de Aguiar T, Garrote Marcos JM, João Rocha Brito FM. Infección por *Chlamydia trachomatis* en el primer año de vida. *An Pediatr (Barc).* 2011;74:298–302.
6. Hammerschlag MR. *Chlamydia trachomatis* and *Chlamydia pneumoniae* infections in children and adolescents. *Pediatr Rev.* 2004;25:43–51.
7. Colarizi P, Chiesa C, Pacifico L, Adorasio E, Rossi N, Ranucci A, et al. *Chlamydia trachomatis*-associated respiratory disease in the very early neonatal period. *Acta Paediatr.* 1996;85:991–4.
8. Attenburrow AA, Barker CM. *Chlamydia pneumoniae* in low birth-weight neonate. *Arch Dis Child.* 1985;60:1169–72.
9. Piñero L, Korta-Murua J, López-Cuesta S, Lasa I, Cilla G. ¿Es la transmisión vertical de *Chlamydia trachomatis* un problema poco reconocido en España? *An Pediatr.* 2019;90:395–7.

Marta Dorado Criado*, Celia Fabra Garrido, Clara Buitrago Gil y Fernando Baquero-Artigao

Unidad de Pediatría y Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: doradocriado@gmail.com (M. Dorado Criado).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.12.009>

0213-005X/ © 2021 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Respuesta a «Neumonitis por *Chlamydia trachomatis*: una enfermedad infradiagnosticada y potencialmente grave»



Reply to «*Chlamydia trachomatis* pneumonia: An underdiagnosed and potentially severe disease»

Sr Editor:

Tras leer con atención la carta al editor de la Dra. Dorado et al.¹ titulada «Neumonitis por *Chlamydia trachomatis*: una enfermedad infradiagnosticada y potencialmente grave» nos gustaría hacer los siguientes comentarios.

En primer lugar, agradecer a la Dra. Dorado y sus colaboradores el interés mostrado por nuestro artículo y la gran revisión que han realizado sobre las neumonitis por *Chlamydia trachomatis* en lactantes en nuestro medio. Su experiencia está en concordancia con nuestros datos en que *Chlamydia trachomatis* no es una causa

infrecuente de neumonía afebril en lactantes y que probablemente esté infradiagnosticada. Sospecha clínica y diagnóstico precoces son de gran trascendencia, pues, como presentan, puede conllevar a complicaciones graves e ingreso en cuidados intensivos (CI).

En nuestra serie² ningún paciente requirió ingreso en CI y la duración del ingreso hospitalario fue menor (6,5 días de mediana vs 9,5 días), quizá por tener una mediana de edad mayor al diagnóstico (58 días vs 48 días). Pero sí coincidimos en la presentación clínica típica, resaltando que la fiebre es infrecuente en la serie presentada, como ocurría en nuestros pacientes. De nuevo es importante remarcar el antecedente de conjuntivitis, como ya mencionaban estudios anteriores³.

Nos gustaría destacar que los principales diagnósticos diferenciales por la presentación descrita son el síndrome pertusoide y la bronquiolitis. En este punto, la presencia de eosinofilia en analítica, presente en gran parte de los casos recogidos en ambas series y típica en la infección por *C. trachomatis*, así como la evolución tórpidamente del cuadro respiratorio, son datos muy orientativos, y son las