

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 Piñeiro 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, Adorisio 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. Piñeiro 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

pruebas microbiológicas las que nos permiten establecer el diagnóstico de certeza.

Respecto al diagnóstico, la técnica empleada coincide con la realizada en nuestro centro (BD MAX CT/GC/TV de Becton Dickinson®), por lo que, aunque no aprobada por la FDA en muestras nasofaríngeas, es probablemente la técnica de elección para el diagnóstico de esta patología.

Por último, nos gustaría destacar la otra pieza que consideramos clave para el diagnóstico: la figura materna. Vemos que tanto la edad de la madre como la procedencia extranjera de la misma constituyen factores de riesgo para infección respiratoria por *C. trachomatis* en los primeros meses de vida. Estamos de acuerdo con la propuesta de cribado en mujeres gestantes ya realizada por el Dr. Piñeiro et al.⁴ y respaldada por Fabra et al.⁵, pero nos gustaría remarcar que la edad de riesgo propuesta (menores de 25 años) para la mujer gestante deja fuera del cribado al 50% de los casos recogidos en su serie y al 75% de los casos de la nuestra, y por tanto quizá habría que valorar aumentar la edad materna. Sí coincidimos en que el origen de la madre es factor de riesgo para la presencia de esta infección y, por tanto, se trata de población diana de cribado.

Como conclusión nos gustaría recordar la infección por *C. trachomatis* como una de las causas más frecuentes de neumonía afebril en lactantes, cuya presentación clínica es similar a otros cuadros respiratorios (rinorrea, tos, dificultad respiratoria), siendo infrecuente la fiebre, y remarcar las principales pistas diagnósticas: madre joven, de origen extranjero, antecedentes de conjuntivitis y cuadro clínico larvado, con eosinofilia en analítica, que permitan identificar la infección, recoger las muestras adecuadas para su diagnóstico e iniciar tratamiento precoz que evite complicaciones e ingresos en CI.

Financiación

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Dorado-Criado M, Fabra-Garrido C, Buitrago C, Baquero-Artigao F. Neumonitis por *Chlamydia trachomatis*: una enfermedad infradiagnosticada y potencialmente grave. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2021; <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2020.12.009>.
2. Berzosa Sánchez A, Kirchschräger Nieto SB, Ruiz Jimenez M, Ramos Amador JT. Respiratory infection due to *Chlamydia trachomatis*, four cases report. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2020;38:454–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2020.01.016>.
3. Marín Gabriel MA, de las Heras Ibarra S, Bergón Sendín E, Baro Fernández M, Sanz F, García Martínez J, et al. Infección respiratoria por *Chlamydia trachomatis* en lactantes. Presentación clínica y evolución de 18 casos. *An Pediatr*. 2004;60:349–53, [http://dx.doi.org/10.1016/s1695-4033\(04\)78282-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1695-4033(04)78282-x).
4. Piñeiro L, Korta-Murua J, López-Cuesta S, Lasa I, Cilla Eguiluz G. ¿Es la transmisión vertical de *Chlamydia trachomatis* un problema poco reconocido en España? *An Pediatr*. 2019;90:395–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.05.015>.
5. Fabra Garrido C, Dorado Criado M, González Arbolea C, Calvo Rey C. ¿Es la transmisión vertical de *Chlamydia trachomatis* un problema en nuestro país? *An Pediatr*. 2020;92:119, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.07.008>.

Arantxa Berzosa Sánchez^{a,*},
Silke Bianca Kirchschräger Nieto^b, Marta Ruiz Jimenez^b
y José Tomás Ramos Amador^a

^a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España

^b Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor de correspondencia.

Correo electrónico: aranire@msn.com (A. Berzosa Sánchez).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.01.008>

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