

Faringoamigdalitis aguda por *Mycoplasma pneumoniae*. ¿Etiología infrecuente o infradiagnosticada?

R. Piñeiro Pérez, M.J. Cilleruelo Ortega, E. López Varela, A. López López, A. Gimeno Díaz de Aauri, M.C. de Lucas Collantes
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Majadahonda (Madrid)

Title: Severe pharyngotonsillitis caused by Mycoplasma pneumoniae. Unusual or under diagnosed etiology?

Acta Pediatr Esp. 2011; 69(5): 246-247

Sr. Director:

La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las enfermedades más frecuentes en la infancia, y es motivo de numerosas consultas y gran parte de las prescripciones antibióticas en niños¹. El cuadro clínico característico asociado a *Mycoplasma pneumoniae* es la neumonía atípica, aunque también puede producir infecciones asintomáticas, procesos respiratorios altos y manifestaciones extrarrespiratorias². La frecuencia y la importancia de este agente como responsable de la FAA han sido muy discutidas. Estudios basados en la determinación de la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-RT) le otorgan un papel emergente³, mientras que estudios previos, basados exclusivamente en serologías o cultivos, consideran *M. pneumoniae* como una causa excepcional de FAA^{4,5}.

Presentamos el caso de un niño de 2 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta por la presencia de fiebre de hasta 40,2 °C, de 5 días de evolución, asociada a odinofagia e hiporexia, sin tos ni rinorrea y sin respuesta al tratamiento con penicilina V. En la exploración presentaba adenopatías submandibulares bilaterales >1 cm, amígdalas hipertróficas e hiperémicas con exudado blanquecino bilateral, e irritabilidad sin signos meníngeos. No se detectaron exantemas ni hepatoesplenomegalia. Presentaba una leucocitosis de 16.300 leucocitos (70,6% neutrófilos) y una proteína C reactiva (PCR) >250 mg/L. El test rápido de estreptococo, adenovirus e *Influenza* en exudado faríngeo resultó negativo. La radiografía de tórax era normal, así como el análisis sistemático de orina. Se realizó un hemocultivo, un urocultivo y serologías (CMV, EBV, *Toxoplasma*, VHH6, VHH7, parvovirus B19). Ante los elevados valores de la PCR, la persistencia de la clínica y la ausencia de mejoría con penicilina V, se decidió el ingreso del paciente y administrar tratamiento intravenoso con amoxicilina-ácido clavulánico.

Durante la primera semana de ingreso la exploración no se modificó, persistían picos febriles bifásicos, las analíticas no presentaban cambios y la PCR permanecía persistentemente elevada (>250 mg/L). Los cultivos resultaron estériles, las serologías negativas, la ecografía abdominal normal, y la ecografía de cuello era compatible con una adenitis inespecífica. El

resultado de la lectura de Mantoux fue igual a 0 mm. Ante la persistencia de una PCR elevada y dado que en las últimas semanas se habían diagnosticado varios casos de neumonía por *M. pneumoniae* en nuestro servicio, se inició antibioterapia empírica con azitromicina. La fiebre desapareció a las 24 horas, y la exploración y la analítica se normalizaron. La serología mediante enzoinmunoanálisis al noveno día de ingreso fue positiva para *M. pneumoniae* (títulos de IgM >1/64). Un mes después se confirmó la infección, con títulos IgM >1/256.

Existen pocos casos publicados de infecciones por *M. pneumoniae* sin afectación de las vías respiratorias bajas o sintomatología catarral⁶. La PCR-RT permite realizar un diagnóstico rápido, aunque requiere equipo y personal especializados y es una técnica cara⁷. Un estudio publicado en 2007 analizó 140 niños diagnosticados de neumonía atípica, de los cuales un 32% presentó PCR-RT positiva, valor que ascendió hasta el 87% en los casos en que la duración de la enfermedad fue mayor (2-7 días). Los autores concluyen que la PCR-RT podría ayudar a establecer un diagnóstico precoz de las infecciones por *M. pneumoniae*⁸.

Esposito et al.⁹ refieren una prevalencia de FAA por *M. pneumoniae* del 23,9%, una vez descartada la etiología estreptocócica, y empleando para ello tanto la serología como la PCR-RT. Un estudio reciente concluye que *M. pneumoniae* debe tenerse en cuenta sobre todo si existe clínica de broncoespasmo². Algunos estudios previos han mostrado resultados discrepantes. Reed et al.⁴ encuentran prevalencias muy bajas (2%) en series en que el diagnóstico se realiza exclusivamente mediante serología y/o cultivo, mientras que en el trabajo de McMillan et al.⁵ los porcentajes fueron superiores (15,8%), pero sin diferencias significativas frente a un grupo control de niños sin FAA, por lo que concluyen que el aislamiento de *M. pneumoniae* no tiene significado patológico. Sin embargo, otras publicaciones recientes que utilizan conjuntamente PCR-RT y serología sí demuestran la capacidad patógena de *M. pneumoniae* y encuentran diferencias significativas frente a niños sin FAA^{2,10}.

Clásicamente, *M. pneumoniae* se ha considerado una causa infrecuente de FAA, o incluso como un colonizador sin relevancia patológica. Sin embargo, las nuevas pruebas diagnósticas demuestran un papel importante de dicho germen. Aunque el fármaco de primera elección en la FAA bacteriana es la penicilina V, es frecuente la prescripción incorrecta de azitromicina¹. Se presenta un caso que cursó con fiebre prolongada y que precisó hospitalización y la realización de diversas pruebas complementarias. Es infrecuente el estudio serológico de *M. pneumoniae* en

las FAA con test de estreptococo negativo, y aun realizándolo, la IgM suele ser negativa hasta cumplir la primera semana del cuadro clínico. Por otro lado, ¿qué porcentaje de las FAA tratadas de forma incorrecta con azitromicina y con una evolución favorable podrían corresponder a *M. pneumoniae*, sobre todo teniendo en cuenta los elevados porcentajes de resistencia frente al estreptococo betahemolítico del grupo A? Creemos probable que no se trate de un caso excepcional, sino infradiagnosticado por las limitaciones de las técnicas microbiológicas disponibles actualmente. Otra limitación es que este microorganismo puede aislarse en la garganta como un patógeno primario, como copatógeno asociado a virus respiratorios o en portadores asintomáticos. La evolución benigna de las infecciones por *M. pneumoniae* no parece justificar el uso sistemático de técnicas caras, como la PCR-RT. Sin embargo, en casos con una mala evolución clínica, como el aquí presentado, tanto la serología como la PCR-RT pueden ayudar a establecer el diagnóstico. Creemos que sería interesante realizar más estudios e implementar nuevas técnicas para intentar aclarar el verdadero papel de *M. pneumoniae* en la etiología de la FAA. ■

Bibliografía

1. Ochoa C, Vilela M, Cueto M, Eiros JM, Inglada L; Grupo Español de Estudio de los Tratamientos Antibióticos. Adecuación del tratamiento de la faringoamigdalitis aguda a la evidencia científica. *An Pediatr (Barc)*. 2003; 59: 31-40.
2. Fernández de Sevilla M, Alayeto J, Fernández Y, Muñoz-Almagro C, Luaces C, García-García JJ. Baja prevalencia de la infección por *Mycoplasma pneumoniae* en niños con faringoamigdalitis aguda. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27: 403-405.
3. Principi N, Esposito S. Emerging role of *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* in paediatric respiratory tract infections. *Lancet Infect Dis*. 2001; 1: 334-344.
4. Reed BD, Huck W, Lutz LJ, Zazove P. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Mycoplasma pneumoniae* in children with and without pharyngitis. *J Fam Pract*. 1988; 26: 387-392.
5. McMillan JA, Sandstrom C, Weiner LB, Forbes BA, Woods M, Howard T, et al. Viral and bacterial organisms associated with acute pharyngitis in a school-aged population. *J Pediatr*. 1986; 109: 747-752.
6. Dionisio D, Valassina M, Uberti M, Fabbri C, Parri F, Saffi EG. *Mycoplasma pneumoniae* non-pulmonary infection presenting with pharyngitis, polyarthrititis and localized exanthem. *Scand J Infect Dis*. 2001; 33: 782-783.
7. Álvez F, Sánchez JM. Faringoamigdalitis aguda. Protocolos de Infectología 2009 de la Asociación Española de Pediatría [consultado en noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>
8. Liu FC, Chen PY, Huang F, Tsai CR, Lee CY, Wang LC. Rapid diagnosis of *Mycoplasma pneumoniae* infection in children by polymerase chain reaction. *J Microbiol Immunol Infect*. 2007; 40: 507-512.
9. Esposito S, Cavagna R, Bosis R, Droghetti R, Faelli N, Principi N. Emerging role of *Mycoplasma pneumoniae* in children with acute pharyngitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2002; 21: 607-610.
10. Esposito S, Blasi F, Bosis S, Droghetti R, Faelli N, Lastrico A, et al. Aetiology of acute pharyngitis: the role of atypical bacteria. *J Med Microbiol*. 2004; 53: 645-651.