

## Neumonía afebril del lactante

S. Rado Peralta, B. Hernández García, G. del Río Camacho, T. de Santos Moreno, M. Bernácer Borja  
Servicio de Pediatría. Fundación «Jiménez Díaz». Madrid

### Resumen

La infección por *Chlamydia trachomatis* es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes. El neonato puede infectarse en el canal del parto, y puede desarrollar una neumonía o una conjuntivitis posteriormente. La neumonía suele presentarse entre el primer y el tercer mes de vida, y cursa con accesos de tos y congestión nasal. Dada su similitud clínica con la bronquiolitis, debemos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial, especialmente en los primeros 3 meses de vida. El diagnóstico puede hacerse tanto por cultivo de *C. trachomatis* como por la detección de antígeno en muestras de aspirado nasofaríngeo o mediante la determinación de anticuerpos en sangre. El tratamiento de elección para su erradicación es la eritromicina oral durante 14 días.

### Palabras clave

Neumonía afebril, *Chlamydia trachomatis*, bronquiolitis

### Abstract

**Title:** Afebrile pneumonia syndrome of the unweaned baby

The *Chlamydia trachomatis* infection is one of the most frequent diseases of sexual transmission. The newborn can be infected through the birth canal, and develop a pneumonia or a conjunctivitis later. Pneumonia can appear between the first and third month of life, and is manifested with coughing fit and nasal congestion. Given its clinical similarity with the bronchiolitis, it should be considered in its differential diagnosis, especially during the first three months of age. The diagnosis can be performed either by culture of *C. trachomatis* or by the detection of antigens in nasopharyngeal aspirate samples or determination of antibodies in blood. A 14-day course of oral erythromycin is the best treatment option for its eradication.

### Keywords

Afebrile pneumonia, *Chlamydia trachomatis*, bronchiolitis

### Introducción

Las infecciones respiratorias, en concreto la bronquiolitis aguda, son la causa más frecuente de ingreso hospitalario durante la lactancia<sup>1</sup>. En esta edad los virus son los principales agentes patógenos, no sólo el virus respiratorio sincitial (VRS), sino también otros, como adenovirus, virus influenza y parainfluenza, bocavirus o metapneumovirus<sup>2</sup>. Sin embargo, no toda infección respiratoria es una bronquiolitis aguda. Queremos destacar la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras patologías similares, como la infección por *Chlamydia trachomatis*, entidad también conocida como neumonía afebril del lactante.

### Caso clínico

Lactante de mes y medio de vida, de sexo femenino, que llegó al servicio de urgencias por presentar accesos de tos. No se referían otros síntomas, ni tampoco un ambiente epidemiológico catarral. No tenía antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración física se encontraba afebril y destacaban algunos signos de dificultad respiratoria: taquipnea (58 rpm), tiraje subcostal leve y auscultación pulmonar con crepitantes bilaterales. La saturación de oxígeno era del 100% (con aire ambiente). El resto de la exploración era normal.

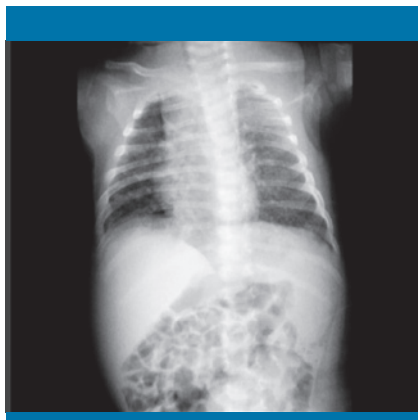
Se solicitó una radiografía de tórax (figura 1), que mostraba una hiperinsuflación con infiltrados intersticiales bilaterales difusos. Se realizó un hemograma, con el siguiente resultado: leucocitos 13.930/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 64%, linfocitos 23%, monocitos 8%, eosinófilos 3,2% [445/mm<sup>3</sup>]), hemoglobina y plaquetas normales. El hemocultivo y el lavado nasofaríngeo para VRS, adenovirus e influenza A y B fueron negativos.

Ante esta situación clínica, se ingresó a la paciente para su observación y para completar el estudio. Durante la hospitalización permaneció afebril, sin precisar oxígeno suplementario ni presentar apneas, y únicamente persistían los accesos de tos. Ante la negatividad de la inmunofluorescencia para los virus que más frecuentemente causan bronquiolitis, se solicitó una determinación de antígeno para *C. trachomatis*, que fue negativo, y una serología con título de inmunoglobulina M (IgM) para *C. trachomatis* de 3,02 (positivo >1,10).

Con este resultado se inició un tratamiento con eritromicina oral durante 15 días, con lo que la paciente quedó completamente asintomática.

### Discusión

La infección por *C. trachomatis* es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes. Sin embargo, suele estar



**Figura 1.**  
Radiografía  
de tórax con  
infiltrados  
intersticiales  
bilaterales difusos

infradiagnosticada, ya que en la mayoría de los casos cursa de forma asintomática y sólo produce clínica en el 20% de las mujeres infectadas<sup>3</sup>. Habitualmente la infección en los neonatos se adquiere a través del canal del parto, y la transmisión en caso de cesárea es excepcional. La probabilidad de que una gestante infectada transmita la infección al recién nacido es del 50-75%<sup>4</sup>. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en el recién nacido son la conjuntivitis y la afectación de las vías respiratorias bajas, como la neumonía<sup>5</sup> o un cuadro clínico muy similar al de la bronquiolitis<sup>3</sup>.

La profilaxis neonatal estándar es poco efectiva para prevenir la conjuntivitis por *C. trachomatis*, que se presenta en el 30-50% de los neonatos infectados<sup>4</sup>. El periodo de incubación es de 5-14 días tras el parto, aunque en ocasiones puede presentarse de forma precoz si la rotura de membranas ha sido prolongada. El espectro clínico comprende desde un edema palpebral con lagrimeo, hasta la conjuntivitis purulenta con formación de seudomembranas<sup>6</sup>. En caso de que se sospeche este diagnóstico, la muestra recogida para el laboratorio ha de incluir células del epitelio conjuntival y no un simple exudado, ya que *C. trachomatis* es un organismo intracelular obligado<sup>5</sup>.

En cuanto a la neumonía, sólo la desarrollará el 30% de los neonatos colonizados; se presenta generalmente en lactantes de entre 4 y 12 semanas de vida, y suele cursar con accesos de tos, congestión nasal, irritabilidad, rechazo de tomas, escasa ganancia ponderal, pausas de apnea (prematuros), taquipnea, cianosis y ausencia de fiebre. La mitad de ellos presentará conjuntivitis asociada. La exploración física suele ser poco específica, con taquipnea, crepitantes y, en algunas ocasiones, sibilancias. La radiografía de tórax se caracteriza por mostrar signos de hiperinsuflación, infiltrados intersticiales bilaterales difusos, atelectasias y, ocasionalmente, consolidación. No se han encontrado casos en lactantes mayores de 4 meses<sup>4</sup>. Sin tratamiento adecuado, la tos puede persistir durante meses; incluso algunos estudios de seguimiento sugieren que estos pacientes pueden presentar alteraciones en su función pulmonar y síntomas respiratorios 7-8 años tras la infección<sup>7</sup>.

En cuanto a las pruebas complementarias, el número de leucocitos es normal, aunque en el 50-60% de los casos puede

presentarse una ligera eosinofilia ( $>300/\text{mm}^3$ ), como en este paciente. El patrón de referencia es el cultivo de *C. trachomatis* en secreciones nasofaríngeas; sin embargo, este método es costoso y lento, por lo que actualmente se están desarrollando otras pruebas diagnósticas igualmente fiables, como la detección de antígenos en muestras de aspirado nasofaríngeo (inmunofluorescencia directa, ELISA...)<sup>4,6</sup>.

En caso de que las pruebas anteriores sean negativas, el diagnóstico también puede hacerse por determinación de anticuerpos IgM anti-*C. trachomatis* en sangre (ELISA). La elevación de IgG no es útil como elemento diagnóstico en lactantes menores de 6 meses, ya que estos anticuerpos pueden ser transferidos por la madre a través de la placenta y persistir títulos altos durante meses<sup>5</sup>.

En nuestro caso, el hallazgo de una IgM elevada fue el método diagnóstico, junto con la presencia de un cuadro clínico y radiológico compatible, ya que la determinación de antígeno fue negativa, posiblemente por un error en la recogida de la muestra.

Aunque la mayoría de los casos pueden tratarse de forma ambulatoria, en ocasiones es necesario el ingreso hospitalario. El tratamiento de elección es eritromicina en dosis de 40 mg/kg/día durante 14 días. Ocasionalmente, es necesario un segundo ciclo debido a un fracaso en la erradicación (20%)<sup>5</sup>. En el caso de la conjuntivitis, el tratamiento ha de administrarse también por vía oral, ya que no se ha demostrado que el antibiótico tópico erradique la colonización nasofaríngea<sup>5,6</sup>.

Se debe realizar un seguimiento de estos pacientes (conjuntivitis y/o neumonía) para garantizar la mejora y la resolución de la sintomatología, ya que un 20% de ellos puede necesitar un segundo ciclo de eritromicina<sup>3</sup>.

## Bibliografía

- Coffin SE. Bronchiolitis: in-patient focus. *Pediatr Clin North Am.* 2005; 52: 1.047.
- Mansbach JM, McAdam AJ, Clark S, et al. Prospective multicenter study of the viral etiology of bronchiolitis in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2008; 15: 111.
- Marín Gabriel MA, De las Heras Ibarra S, Bergón Sendín E, Baro Fernández M, Sanx F, García Martínez J, et al. Infección respiratoria por *Chlamydia trachomatis* en lactantes. Presentación clínica y evolución de 18 casos. *An Pediatr (Barc).* 2004; 60(4): 349-353.
- Chen CJ, Wu KG, Tang RB, Yuan HC, Soong WJ, Hwang BT. Characteristics of *Chlamydia trachomatis* infection in hospitalized infants with lower respiratory tract infection. *J Microbiol Immunol Infect.* 2007; 40: 255-259.
- Darville T. *Chlamydia trachomatis* infections in neonates and young children. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2005; 16: 235-244.
- Venkatesh MP, Hammerschlag MR. *Chlamydia trachomatis* infections in the newborn. En: Rose BD, ed. *Waltham: UpToDate*, 2008.
- Weiss SG, Newcomb RW, Beem MO. Pulmonary assessment of children after chlamydial pneumonia of infancy. *J Pediatr.* 1986; 108(5 Pt 1): 659-664.