

NEUMONÍA POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*: REPORTE DE UN CASO.

PNEUMONIA BY CHLAMYDIA TRACHOMATIS: CASE REPORT.

Felipe Cifuentes¹, Sebastián Cruz¹, Juan Blanco¹.

¹Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile..

RESUMEN

Introducción: La neumonía por *Chlamydia trachomatis* corresponde a la infección del parénquima pulmonar por dicho agente, considerado una bacteria atípica debido a sus características y alteraciones clínico-radiológicas que la asemejan a los agentes virales.

Caso Clínico: Lactante de 1 mes y 14 días, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 1 semana de tos y dificultad respiratoria, afebril. Al examen físico ocular con secreción purulenta bilateral, y respiratorio con crépitos y sibilancias. Radiografía de tórax sugerente de neumonía, sin embargo, con un patrón infrecuente para gérmenes atípicos. Se hospitaliza y se inicia tratamiento antibiótico empírico con azitromicina más penicilina sódica, reemplazada posteriormente por cefotaxima. Se confirma el diagnóstico de neumonía por *Chlamydia trachomatis* mediante técnica de Reacción de Polimerasa en Cadena (PCR) en secreción orofaríngea. Evoluciona favorablemente, alta hospitalaria al séptimo día.

Discusión: Neumonía por *Chlamydia trachomatis* forma parte de un grupo mayor denominado como neumonía afebril del primer trimestre. Su diagnóstico es clínico-radiológico. Clínicamente se caracteriza por tos en accesos y signos de dificultad respiratoria. No hay una imagen radiológica de tórax patognomónica, sin embargo, destaca en este caso la presencia de un patrón infrecuente como lo es la condensación asociada a un leve derrame pleural. Según guías norteamericanas el tratamiento antibiótico de primera línea corresponde a eritromicina oral, siendo la azitromicina de segunda línea.

PALABRAS CLAVE: *Chlamydia trachomatis*; neumonía; azitromicina.

ABSTRACT

Introduction: *Chlamydia trachomatis* pneumonia corresponds to infection of the lung parenchyma by this agent, considered an atypical bacterium due to its characteristics and clinical-radiological alterations that resemble the viral agents.

Clinical Case: Infant of 1 month and 14 days, without morbid antecedents, consults for 1 week of cough and respiratory difficulty, afebrile. Ocular physical examination with bilateral purulent secretion, and respiratory examination with crackles and more wheezing. Chest x-ray suggestive of pneumonia, however with an uncommon pattern for atypical germs. He is hospitalized and empiric antibiotic therapy with azithromycin plus sodium penicillin is initiated, and subsequently replaced by cefotaxime. The diagnosis of *Chlamydia trachomatis* pneumonia was confirmed by Polymerase Chain Reaction (PCR) technique in oropharyngeal secretion. He evolves favorably, and is discharged on the seventh day.

Discussion: Pneumonia by *Chlamydia trachomatis* is part of a larger group called afebrile pneumonia in the first trimester. Its diagnosis is clinical-radiological. It is clinically characterized by cough in accesses and signs of respiratory distress. There is no pathognomonic thorax radiological picture, however, in this case the presence of an uncommon pattern, such as the condensation associated with a mild pleural effusion, stands out. According to US guidelines, first-

line antibiotic treatment corresponds to oral erythromycin, with azithromycin as second-line.

KEYWORDS: *Chlamydia trachomatis*; pneumonia; azithromycin.

INTRODUCCIÓN

La neumonía por *Chlamydia trachomatis* corresponde a la infección del parénquima pulmonar por dicho agente, el cual se encuentra dentro del grupo de bacterias atípicas por guardar cierta similitud con los agentes virales, por ejemplo, al ser un microorganismo intracelular obligado, ya que utiliza el adenosín trifosfato (ATP) de la célula huésped⁽¹⁾. La transmisión ocurre por contacto durante el paso por el canal del parto (vaginal), sin embargo existen casos asociados a parto por cesárea⁽²⁾.

Su prevalencia en Chile es desconocida. León *et al* en un estudio de infecciones agudas respiratorias bajas en lactantes hospitalizados encontraron este agente en un 10.4% de los lactantes menores de 6 meses.⁽³⁾

A continuación, se presenta un caso de neumonía por *Chlamydia trachomatis* con un patrón radiológico infrecuente.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, 1 mes y 14 días de edad, sin antecedentes mórbidos, recién nacido (RN) de término, 39 semanas, peso adecuado para edad gestacional. Embarazo controlado, parto vaginal sin complicaciones. Consulta en el Servicio de Urgencia del Hospital Roberto del Río, por cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por tos seca que evoluciona a tos húmeda, sin fiebre. 24 horas previo a ingreso presenta retracción subcostal asociado a rechazo alimentario. Al examen físico: afebril, taquipneico, saturación de oxígeno de 90%. Ojos: eritema en borde palpebral superior e inferior con secreción ocular purulenta bilateral. Tórax: simétrico, retracción subcostal. Pulmonar: murmullo pulmonar disminuido en base izquierda, crépitos y sibilancias espiratorias bilaterales. Laboratorio destaca parámetros inflamatorios elevados, con eosinofilia de 5%. Radiografía de tórax anteroposterior (AP) y lateral (**Figura 1 y 2**) informa: neumopatía mixta bilateral con foco de

condensación en llingula, hiperinsuflación pulmonar, opacidad pleural izquierda. Se decide hospitalizar para manejo en sala, con hipótesis diagnóstica de Neumonía afebril del primer trimestre, asociada a derrame pleural, Bronquiolitis, Conjuntivitis bilateral y posible Hernia diafragmática. Posteriormente con ecotomografía torácica se descarta Hernia diafragmática y se confirma presencia de derrame pleural, no puncionable. Se inicia tratamiento con antibiótico empírico con azitromicina oral más penicilina sódica endovenosa, que posteriormente se reemplaza por cefotaxima. Oxígeno por naricera, y cloranfenicol en colirio y ungüento ocular. Evoluciona favorablemente con disminución de dificultad respiratoria. En el quinto día de hospitalización se retira oxígeno, y completa tratamiento con azitromicina. Se recibe resultado de PCR para patógenos sexuales (muestra de secreción orofaríngea) resultando positivo para *Chlamydia trachomatis*. Radiografía de control de tórax AP y lateral (**Figura 3 y 4**): resolución de la sombra de condensación, persisten signos de hiperinsuflación bilateral con opacidades peribroncovasculares.

Se decide alta, con control en policlínico de Broncopulmonar, y control en policlínico de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) para ambos padres.

DISCUSIÓN

El cuadro de neumonía por *Chlamydia trachomatis* forma parte de un grupo mayor denominado como neumonía afebril del primer trimestre, donde destacan otros agentes etiológicos tales como citomegalovirus, *Bordetella pertusis* y virus respiratorio sincicial.

Su diagnóstico es clínico-radiológico, apoyado posteriormente por técnicas microbiológicas. La neumonía se presenta típicamente entre las 4 y 12 semanas de edad. Es precedida por un cuadro respiratorio alto afebril con rinorrea, y se caracteriza por tos en accesos y signos de dificultad respiratoria⁽⁴⁾. Cabe recordar que la infección por *Chlamydia trachomatis* no sólo afecta el parénquima

pulmonar⁽⁵⁾, siendo su manifestación clínica más frecuente la conjuntivitis⁽⁶⁾.

No hay una imagen radiológica patognomónica para el diagnóstico de *Chlamydia*. Aunque el patrón más común en la radiografía de tórax es la hiperinsuflación junto con un infiltrado intersticial bilateral simétrico (en especial en las regiones centrales), otros patrones radiológicos pueden observarse a pesar de ser infrecuentes, como la condensación lobar y el derrame pleural⁽⁷⁾. Característicamente estas imágenes intersticiales retículo-nodulares presentan una evolución subaguda y tienden a persistir en el tiempo. Algunas neumonías virales pueden presentar un patrón radiológico similar, en especial la infección por citomegalovirus. En nuestro paciente destaca la presencia tanto de un patrón frecuente como uno infrecuente, con una rápida resolución posterior de la condensación en la zona de la llingula.

El *gold standar* para el diagnóstico microbiológico es el aislamiento por cultivo⁽⁸⁾. Otros métodos son la PCR, y técnicas inmunológicas. En este caso el diagnóstico definitivo se hizo en base a la técnica de PCR de secreción orofaríngea. Pese a que ésta posee una alta sensibilidad y especificidad, aún no ha sido validada como método diagnóstico debido a datos insuficientes en recién nacidos. Es de esperarse que en un futuro cercano sea validada.

En cuanto al tratamiento antibiótico, la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Comité de Enfermedades Infecciosas y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) recomiendan como primera línea la eritromicina oral (50mg/kg al día dividida en cuatro dosis) durante 14 días. Como segunda línea se encuentra la azitromicina oral (20mg/kg una vez al día) durante 3 días^(9,10). En nuestro paciente se utilizó azitromicina básicamente con motivo de su mejor tolerancia oral, menor número de dosis diarias y tratamiento más acotado. Por ello también puede resultar interesante evaluar su consideración como tratamiento de primera línea a futuro.

Finalmente, no se debe olvidar el control y tratamiento tanto de la madre como padre, y también la búsqueda de otras ETS⁽¹¹⁾.

Figura 1.



Figura 3.



Figura 2.



Figura 4.



Correspondencia

Felipe Andrés Cifuentes Fernández.

f.cifuentesfer@gmail.com

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

Información sobre el artículo

Recibido el 11 de noviembre de 2016.

Aceptado el 21 de noviembre de 2016.

Publicado el 20 de diciembre de 2016.

Este trabajo fue realizado con el debido consentimiento informado del paciente.

Referencias

1. Darville T. Chlamydia trachomatis Infections in Neonates and Young Children. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*. 2005;16(4):235-244.
2. Martins J, Ribeiro Luís C, Correia De Aguiar T, Garrote Marcos J, João Rocha Brito M. Infección por Chlamydia trachomatis en el primer año de vida. *Anales de Pediatría*. 2011;74(5):298-302.
3. León A, Ceruti E, Diaz A, Pinto R, et al. Etiología de las infecciones respiratorias agudas bajas en lactantes hospitalizados. 3a parte: investigación de chlamydia trachomatis. *Rev Chil Pediatr* 1990; 61: 242-7.
4. Hammerschlag MR. Chlamydia trachomatis and Chlamydia pneumoniae infections in children and adolescents. *Pediatr Rev*. 2004;25:43-51.
5. Trebach JD, Chaulk CP, Page KR, Tuddenham S, Ghanem KG. Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis among women reporting extragenital exposures. *Sex Transm Dis*. 2015; 42:233.
6. Saiman L. Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. *JAMA*. 2012;307(17):1865.
7. Radkowsky MA, Kranzler JK, Beem BO, Tipple MA. Chlamydia pneumoniae in infants: radiography in 125 cases. *AJR Am J Roentgenol*. 1981;137:703-6
8. Black CM. Current methods of laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infections. *Clin Microbiol Rev*. 1997; 10:160
9. Geisler W. Diagnosis and Management of Uncomplicated Chlamydia trachomatis Infections in Adolescents and Adults: Summary of Evidence Reviewed for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin Infect Dis*. 2015;61(suppl 8):S774-S784.
10. Workowski KA, Bolan GA. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015; 64:1.
11. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, Emmanuel P, Zingman BS, Horberg MA. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV medicine association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2014; 58:e1.