

## CASOS CLINICOS

### Síndrome neumónico afebril del lactante pequeño

J. I. OLAZÁBAL MALO DE MOLINA\*, M. S. ARNALDO SIERRA\* y C. MONTÁNCHEZ MORERA\*\*

**RESUMEN:** Se comunica un caso de neumonitis por *Clamidia trachomatis*, en un lactante de un mes de edad y se comenta la frecuencia de esta infección en otros medios (36 %) y su morbilidad a largo plazo, que consiste en episodios recidivantes de Neumopatía obstructiva en etapas posteriores de la vida. Se sugiere determinar la prevalencia en nuestro medio, y si ésta es alta, realizar la profilaxis de la oftalmía neonatal con eritromicina. **PALABRAS CLAVE:** NEUMONITIS. CLAMYDIA TRACHOMATIS. NEUMOPATÍA.

**AFEBRILE PNEUMONIC SYNDROME OF YOUNG INFANT (SUMMARY):** One month age infant with pneumonitis by *Chlamydia trachomatis* is reported. The frequency of this infection in other areas is 36 %. The long-term morbidity which is based in ulterior recidivant crisis of obstructive pneumopathy is commented. The authors suggested the study of its prevalence in our environment. In the case that it was high, it should be recommended the prophylaxis of ophthalmia neonatorum with erythromycin. **KEY WORDS:** PNEUMONITIS. CHLAMYDIA TRACHOMATIS. PNEUMOPATHY.

#### INTRODUCCIÓN

Se trata de un lactante de un mes de edad, que consulta por *distress* respiratorio leve de tres días de evolución.

Asimismo, presenta tos y conjuntivitis bilateral purulenta desde la primera semana de vida. En ningún momento ha tenido fiebre y su estado general es bueno. Se practica una Rx de tórax (ver figura 1) que muestra alteraciones muy llamativas en contraste con su clínica. Con la sospecha de S. Neumónico Afebril del lactante pequeño, se toman muestras para cultivo de exudados: conjuntival, nasal, faríngeo y ótico y se envía al Hospital para su confirmación y tratamiento.

**Antecedentes familiares:** Primer hijo. Padres sanos.

**Antecedentes personales:** A las 22 semanas de embarazo, la madre consulta

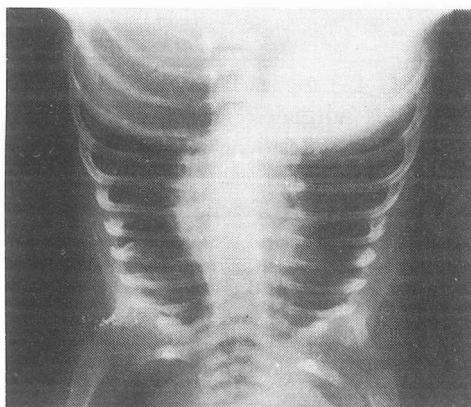


FIG. 1. Infiltrado perihilar peribronquial bilateral. Aumento de densidad en L.S.I. hiperinsuflación pulmonar

\* Centro de Salud de Treviás (Asturias).

\*\* Centro de Salud de Vegadeo (Asturias).

por flujo vaginal sanguinolento, habiendo recibido amoxicilina y probenecid unos días antes.

A la exploración se observa una cervicitis y se pide un gram y frotis del que no tenemos resultados.

Se inició tratamiento con yodo tópico.

#### EXPLORACIÓN CLÍNICA

Peso: 5,930 > P97 - Talla: 57 P97 - PC: 38,5 P75.

Buen estado general. Polipnea, crepitantes inspiratorios en bases. Resto exploración clínica normal.

#### EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA

Paciente: Rx de tórax: Infiltrado perihilar peribronquial bilateral. Aumento de densidad en L.S.I. hiperinsuflación pulmonar.

Detección de Ag. de Chlamydia Trachomatis, por ELISA en exudado ótico, nasal y ocular positivo: ABOTT («R»). Ig. A 16 mg/dl; Ig. M. 100 mg/dl, ambas elevadas; Ig G 433 mg/dl normal. Recuento de eosinófilos normales. Investigación virológica negativa. Resto de exploraciones normales. Madre: Exudado vaginal. Investigación de Chlamydia Trachomatis por inmunofluorescencia con AC Monoclonal sobre la muestra positiva. SIVA («R»). ELISA Positivo.

#### EVOLUCIÓN

Tras catorce días de tratamiento con eritromicina, está asintomático, siendo la Rx de control normal.

Posteriormente y en el curso del primer año de vida, ha tenido tres episodios

de Bronquitis Obstructiva, que han cedido con tratamiento sintomático.

#### DISCUSIÓN

El Síndrome Neumónico Afebril del lactante pequeño, debe sospecharse ante todo lactante de un mes de edad con conjuntivitis y tos prolongada, sin fiebre y buen estado general, máxime si la Rx de tórax muestra alteraciones llamativas (1).

El mecanismo de producción de la neumonitis a través de la infección conjuntival del neonato está bien documentado (2).

Por otra parte la infección materna por Chlamydia tiene una frecuencia del 18 % y de éstas se ha demostrado infección en el neonato en el 28 % (3).

En nuestro caso, a pesar de haber consultado la madre a las 22 semanas de embarazo por una cervicitis no se puso el tratamiento adecuado, ni se realizaron los estudios oportunos.

La morbilidad de la neumonía por Chlamydia parece importante según un reciente estudio en el que se demuestra hiperreactividad bronquial y asma tras esta infección (4).

#### CONCLUSIONES

1. Ante una madre gestante que consulta por secreción vaginal, debe hacerse investigación sistemática de Chlamydia.
2. No utilizar antibióticos a ciegas y menos como en nuestro caso amoxicilina y probenecid, que no cubren este germen.
3. Debido a la alta frecuencia (36 %) (4) de esta etiología en la neumonitis del lactante, la Chlamydia se debería investigar sistemáticamente, ante estos cuadros.

4. Si en nuestro medio se demuestra de la profilaxis de la oftalmía neonatal esta prevalencia, sugerimos la realización con eritromicina (2).

#### BIBLIOGRAFIA

1. SARAH, S.; LONG, M. D.: *Tratamiento de la Neumonía aguda en lactantes y niños*. Clin. Ped. Nort. 1983; 2: 289-313.
2. DAVID, S. FRIENDLY, M. D.: *Oftalmía del recién nacido*. Clin. Ped. Nort. 1983; 6: 1.015-1.024.
3. ALFRED, D.; HEGGIE, M. D.; GENEROSA, G.; LUMINOSO, M. D.; LAURIE, A.; STUART, M. D.; MICHAEL, T.; GYVES, M. D.: *Chlamydia Trachomatis Infection in Mothers and Infants. A Prospective Study*. Am. J. Dis. Child. 1981; 135: 507-511.
4. DANA, M.; BRASFIELD, M.D.; SERGIO STAGNO, M. D.; RICHARD, J.; WHITLEY, M. D.; GRETCHEN CLOUD, M. S.; GAIL-GASSELL, PH. D y RALPH E.; TILLER, M. D.: *Control de seguimiento de las neumonitis del lactante asociadas con citomegalovirus, Chlamydia, Pneumocystis y Ureaplasma*. Pediatrics (ed. esp.), 1987; 23: 70-76.

#### AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la colaboración prestada por el Servicio de Pediatría de la Residencia Sanitaria Ntra. Sra. de Covadonga y en especial a las Dras. M.<sup>a</sup> Oña Navarro y Ana Martínez

del Servicio de Microbiología del mismo Centro, sin cuya ayuda, no hubiese sido posible la realización de este trabajo.