

References

- Sanchez-Porto A, Casas-Ciria J, Roman-Enri M, Garcia-Collado S, Bachiller Luque MR, Eiros JM. Leclercia adacarboxylata bacteraemia in an immunocompromised patient with metabolic syndrome. *Infez Med.* 2014;22:149–51.
- Jean SS, Lee WS, Bai KJ, Lam C, Hsu CW, Chen RJ, et al. Leclercia adacarboxylata bacteraemia in a patient with long-term use of nonsteroidal antinflammatory. *J Microbiol Immunol Infect.* 2016;49:452–4.
- Forrester JD, Adams J, Sawyer RG. Leclercia adacarboxylata bacteremia in a trauma patient: case report and review of the literature. *Surg Infect.* 2012;13:63–6.
- Prakash MR, Ravikumar R, Patra N, Indiradevi B. Hospital-acquired pneumonia due to Leclercia adacarboxylata in a neurosurgical centre. *J Postgrad Med.* 2015;61:123–5.
- The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. Version 9.0; 2019.
- Spiegelhauer MR, Andersen PF, Frandsen TH, Nordestgaard RLM, Andersen LP. Leclercia adacarboxylata: a case report and literature review of 74 cases demonstrating its pathogenicity in immunocompromised patients. *Infect Dis.* 2019;51:179–88.
- Matsuura H, Sugiyama S. Sepsis and Leclercia adacarboxylata. *QJM.* 2018;111:733–4.
- Kashani A, Chitsazan M, Che K, Garrison RC. Leclercia adacarboxylata bacteremia in a patient with ulcerative colitis. *Case Rep Gastrointest Med.* 2014;2014:457687.
- Papousek I, Papagiannitsis CC, Medvecký M, Hrabák J, Dolejška M. Complete nucleotide sequences of two VIM-1 encoding plasmids from Klebsiella pneumoniae and Leclercia adacarboxylata isolates of Czech origin. *Antimicrob Agents Chemother.* 2017;61:e02648–2716.
- Sun F, Yin Z, Feng J, Qiu Y, Zhang D, Luo W, et al. Production of plasmid-encoding NDM-1 in clinical Raoultella ornithinolytica and Leclercia adacarboxylata from China. *Front Microbiol.* 2015;6:458.

Bartolomé Gómez-Arroyo^{a,1}, Patricia González-Donapetry^{a,1}, Alicia Rico-Nieto^b, Iker Falces-Romero^{a,*}

^a Clinical Microbiology and Parasitology Department, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

^b Clinical Microbiology and Infectious Diseases Unit, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: falces88@gmail.com (I. Falces-Romero).

¹ Both authors contributed equally to the elaboration of this manuscript.

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.02.022>

0213-005X/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

Tuberculosis gestacional y congénita: un problema aún vigente



Gestational and congenital tuberculosis: An ongoing problem

Aunque en los últimos años se está produciendo un importante descenso en la incidencia de tuberculosis (TB), una proporción importante afecta a adultos jóvenes¹, incluyendo mujeres en edad fértil. En España se estima que hasta un 39% de casos afectan a este grupo de la población². Sin embargo, la TB gestacional es muy rara en nuestro medio. En un reciente estudio, tan solo 2/2.320 TB se diagnosticaron durante la gestación³.

La tasa de transmisión fetal oscila entre el 0 y el 16%, siendo excepcional en la gestante con TB pulmonar y tratamiento correcto antes del parto^{4,5}. La TB congénita es poco frecuente, pero muy grave, por lo que resulta esencial un tratamiento adecuado en la gestante, y un estudio y seguimiento del recién nacido^{6,7}.

Hemos revisado las TB gestacionales y congénitas en nuestro centro durante 12 años (2007–18). Se incluyeron mujeres con diagnóstico pre o posconcepcional de TB que recibieron tratamiento durante el embarazo. Se analizaron los casos de TB congénita de acuerdo con los criterios de Cantwell et al.⁸: TB confirmada en el lactante y al menos uno de los siguientes: síntomas en la primera semana de vida, demostración de complejo primario o granulomas caseificantes hepáticos, infección de la placenta o tracto genital materno o exclusión exhaustiva de transmisión posnatal.

Se incluyeron 12 mujeres con tratamiento antituberculoso durante la gestación. Cinco habían comenzado el tratamiento antes del inicio del embarazo y 7 durante el mismo (mediana de edad gestacional al inicio 16 semanas, rango intercuartílico [RIQ]: 11,8–20). Todas eran inmigrantes, predominantemente de Marruecos (4) y Latinoamérica (4). Ocho (67%) fueron diagnosticadas de TB pulmonar, 2 de TB ganglionar y 2 de TB miliar y meníngea. No se identificó ningún aislamiento resistente.

Se instauró tratamiento de inducción durante 2 meses (el 90% incluyendo pirazinamida) y posteriormente de mantenimiento hasta completar 6–12 meses, con buena tolerancia y recuperación, sin secuelas.

Los recién nacidos fueron asintomáticos, 3 prematuros y uno de bajo peso. La prueba de tuberculina (n=11) y el test de QuantiFERON-TB-Gold® (n=9) fueron negativos. Las pruebas de imagen realizadas fueron normales. Dos recién nacidos prematuros recibieron profilaxis con isoniazida durante 3 meses. Un hijo de madre con meningitis tuberculosa diagnosticada 2 semanas antes del parto presentó PCR y cultivo positivos en jugo gástrico, y recibió tratamiento antituberculoso sin llegar a desarrollar síntomas. El resto de los neonatos tuvieron estudios microbiológicos negativos. Todos completaron seguimiento durante un año, con controles de tuberculina y QuantiFERON-TB-Gold® negativos a los 3, 6 y 12 meses.

Durante el periodo de estudio se identificaron 3 lactantes con TB congénita en madres no diagnosticadas de TB durante la gestación, 2 con afectación pulmonar y uno con diseminación miliar. Uno era hijo de españoles y 2 de madres inmigrantes marroquíes. Todos fueron prematuros y tuvieron PCR, baciloscopia y cultivo positivo en jugo gástrico (2) y aspirado bronquial (1). Las madres fueron diagnosticadas mediante PCR en biopsia endometrial (2) y placenta (1). Dos habían concebido mediante fecundación *in vitro* por esterilidad de causa tubárica. En ningún lactante se sospechó TB como diagnóstico inicial (una infección respiratoria, 2 sepsis). Los 3 evolucionaron favorablemente con tratamiento antituberculoso.

La TB gestacional y congénita en nuestro medio afecta fundamentalmente a la población inmigrante, por lo que en toda gestante inmigrante con clínica sugestiva se debe considerar la posibilidad de TB. El tratamiento clásico parece seguro para el feto, y hace muy improbable la transmisión vertical al recién nacido. Por ello es fundamental insistir en los programas de cribado en poblaciones de riesgo y tratar las infecciones y enfermedades tuberculosas en las gestantes de forma precoz.

Tres de los 4 casos de TB congénita aparecieron en madres no diagnosticadas durante la gestación y uno en una paciente con TB miliar y meníngea con infección gestacional tardía. El riesgo de transmisión es más alto en madres con TB extrapulmonar no diagnosticada (especialmente en la TB genital) o diagnosticadas en el último mes de embarazo o en el puerperio. La TB neonatal requiere un alto índice de sospecha ya que la presentación

clínica suele ser atípica y tiene una elevada morbilidad. Los antecedentes maternos de inmunosupresión, ITBL o TB antes o durante el embarazo, síntomas constitucionales, tos productiva, abortos de repetición o esterilidad de causa tubérgica resultan cruciales como apoyo diagnóstico. Diferentes estudios muestran un mejor pronóstico de los recién nacidos cuando se inicia un tratamiento de forma agresiva y precoz^{9,10}.

Con esta carta queremos recordar que la TB gestacional y congénita siguen estando presentes en nuestro medio, por lo que debemos considerarlas en el diagnóstico diferencial de nuestra práctica diaria.

Bibliografía

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Baquero-Artigao F, Mellado Peña MJ, del Rosal Rabes T, Nogueira Julián A, Goncá Mellgren A, de la Calle Fernández Miranda M, et al., Grupo de trabajo de tuberculosis gestacional, congénita y posnatal de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre tuberculosis en la embarazada y el recién nacido (I): epidemiología y diagnóstico. Tuberculosis congénita. An Pediatr (Barc). 2015;83, e1-285-285.e8.
3. Bothamley GH, Ehlers C, Salunka I, Skrahina A, Orcau A, Codecasa LR, et al. Pregnancy in patients with tuberculosis: A TBNET cross-sectional survey. BMC Pregnancy and Childbirth. 2016;16:304.
4. Rodríguez E, Villarrubia S, Díaz O, Hernández G, Tello O. Área de Vigilancia de la Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Situación de la tuberculosis en España. Casos de tuberculosis declarados a la red nacional de vigilancia epidemiológica en 2010. Bol Epidemiol Sem. 2014;20:26–41.

5. Blackall PB. Tuberculosis: Maternal infection of the newborn. Med J Aust. 1969;2:1055–8.
6. Mathad JS, Gupta A. Tuberculosis among pregnant and postpartum women: Epidemiology, management, and research gaps. Clin Infect Dis. 2012;55:1532–49.
7. Del Rosal T, Baquero-Artigao F, Méndez Echevarría AM, Mellado Peña MJ. Tuberculosis en lactantes menores de 3 meses. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2017;35:243–5.
8. Cantwell MF, Shehab ZM, Costello AM, Sands L, Green WF, Ewing EP, et al. Brief report: Congenital tuberculosis. N Engl J Med. 1994;330:1051–4.
9. Peng W, Yang J, Liu E. Analysis of 170 cases of congenital TB reported in the literature between 1946 and 2009. Pediatr Pulmonol. 2011;46:1215–24.
10. Whittaker E, Kampmann B. Perinatal tuberculosis: New challenges in the diagnosis and treatment of tuberculosis in infants and the newborn. Early Hum Dev. 2008;84:795–9.

Paula Rodríguez-Molino^{a,*}, María de la Calle^b, Teresa del Rosal^a y Fernando Baquero-Artigao^a

^a Servicio de Pediatría Hospitalaria, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paularmolino@gmail.com
(P. Rodríguez-Molino).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.02.023>

0213-005X/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Linfangitis aguda tubular por *Rickettsia sibirica mongolitimonae*



Tubular acute lymphangitis caused by *Rickettsia sibirica mongolitimonae*

La linfangitis aguda es el proceso inflamatorio agudo de los vasos linfáticos sanos o alterados anatómicamente en pacientes inmunocompetentes o inmunocomprometidos. Habitualmente se desarrolla tras la inoculación de microorganismos en los vasos linfáticos a través de un defecto cutáneo o como complicación de una infección distal¹. Los causantes habituales son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*; en pacientes inmunocomprometidos, bacterias gramnegativas; *Pasteurella multocida* o *Spirillum minus* tras mordedura de perro, gato o ratas. Menos habitualmente micobacterias, virus, hongos, parásitos, *Rickettsias* o causas no infecciosas¹. Desde el punto de vista clínico la linfangitis aguda puede ser: reticular, tubular, nodular, flictenular o necrosante.

Describimos un caso de linfangitis aguda tubular por *Rickettsia sibirica mongolitimonae* en Valencia, España.

Se trata de un varón de 59 años sin antecedentes de interés, que consultó en abril de 2019 por presíncope, malestar general, cefalea, artralgias, mialgias y fiebre de 38,5 °C de 4 días. Tres días antes del inicio del cuadro presentaba una pápula eritematosa en la pierna derecha. En las últimas 48 h se había agrandado, por lo que ante sospecha de celulitis estaba en tratamiento con amoxicilina clavulánico 500 mg/cada 8 h. A pesar del antibiótico la lesión había empeorado extendiéndose hasta la rodilla y había aparecido una adenopatía inguinal ipsilateral dolorosa.

No refería viajes fuera de Valencia. Había estado en el campo en un área con palomas, conejos, gatos y perros.

En la exploración física destacaba una temperatura de 37,6 °C, las lesiones descritas en la figura 1 y la adenitis inguinal izquierda. No había lesiones periféricas ni exantema. En la analítica sanguínea

el único hallazgo fue PCR 35 mg/l. La analítica de orina y la radiografía torácica fueron normales.

La aparición de la escara hizo sospechar rickettsiosis y se instauró tratamiento con doxiciclina oral 100 mg/cada 12 h/durante 5 días. La fiebre desapareció en 48 h y progresivamente el resto de síntomas y lesiones.

Para el diagnóstico etiológico se realizó serología mediante quimioluminiscencia (CLIA) (Vircell, Granada, España) frente a *Rickettsia conorii*, *C. burnetti* y *B. burgdorferi*, que fueron negativas. Se recogió un exudado de la escara, detectando mediante PCR Real-Time DNA de *Rickettsia* spp (Fast Track Diagnostic, Luxemburgo). La identificación definitiva de especie se obtuvo por secuenciación molecular de un fragmento de 525 pb del gen *ompA*, y que confirmó la presencia de *Rickettsia sibirica mongolitimonae* (99,7% similitud con secuencias depositadas en GenBank®)². A las 6 semanas se repitió la serología mediante CLIA e IFI (Vircell, Granada, España); IgG e IgM fueron positivos frente *Rickettsia conorii*, evidenciándose reacciones cruzadas entre *R. sibirica* y *R. conorii*³.

La linfangitis aguda tubular, troncular o troncal, afecta a los troncos principales superficiales de los vasos linfáticos. Aparece una placa eritematosa y un cordón tubular sinuoso indurado, eritematoso, caliente, palpable y doloroso (fig. 1), que se extiende proximalmente hacia los ganglios linfáticos regionales (linfadenitis). Suele acompañarse de clínica sistémica: escalofríos, fiebre, malestar general, cefalea, artralgias, mialgias, náuseas y/o vómitos. En la analítica puede haber leucocitosis, aumento de parámetros inflamatorios y hemocultivos positivos¹. Suele responder a antimicrobiano empírico oral. Puede requerir ingreso en lactantes, niños muy pequeños, si hay gran afectación sistémica o resistencia a antimicrobianos. Las pruebas complementarias no suelen ser necesarias, excepto ante ausencia de respuesta o sospecha de etiología atípica¹.

La presencia de linfangitis, fiebre y una escara de inoculación debe hacernos pensar en linfangitis por *Rickettsia* (LAR)⁴ e iniciar tratamiento con doxiciclina. Las LAR no tienen una