

clínica suele ser atípica y tiene una elevada morbimortalidad. Los antecedentes maternos de inmunosupresión, ITBL o TB antes o durante el embarazo, síntomas constitucionales, tos productiva, abortos de repetición o esterilidad de causa tubárica 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, Salonka 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



Figura 1. Escara con eritema circundante en pierna derecha. Cordón eritematoso de linfangitis troncular desde la escara hasta rodilla.

correlación clínico-etiológica específica, pudiendo estar causadas por diferentes especies de *Rickettsias*^{5,6}. Una de ellas es *R. sibirica mongolitimonae* implicada en menos de la mitad de los casos publicados de LAR^{6,7}. Es una rickettsiosis poco frecuente⁸ que provoca linfangitis en aproximadamente un 35% de casos⁹. Suele transmitirse en primavera y verano por picaduras de garrapata del género *Rhipicephalus* e *Hyalomma*⁵. Confirmamos un caso de linfangitis por *R. sibirica mongolitimonae* por análisis por PCR de muestra de la escara. Esta técnica permite el diagnóstico definitivo de rickettsiosis con precisión, rapidez, alta sensibilidad y especificidad¹⁰. La serología necesita 2-3 semanas de seroconversión y muestra reacciones cruzadas como fue nuestro caso. La existencia de reacciones cruzadas refleja un probable infradiagnóstico de *R. sibirica mongolitimonae* no solo como causa de LAR, sino también de otras

rickettsiosis, ya que el diagnóstico microbiológico se basa principalmente en la serología, y en muchas ocasiones solo se realiza frente a *R. conorii*.

Bibliografía

- Galindo A, Mónico G, Martín A, Serrano FJ. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la enfermedad linfática aguda. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2017;12:2458–61.
- Roux V, Fournier PE, Raoult D. Differentiation of spotted fever group rickettsiae by sequencing and analysis of restriction fragment length polymorphism of PCR-amplified DNA of the gene encoding the protein rOmpA. *Clin Microbiol*. 1996;34:2058–206.
- Jado I, Escudero R, Gil H, Jiménez-Alonso MI, Sousa R, García-Pérez AL, et al. Molecular method for identification of *Rickettsia* species in clinical and environmental samples. *J Clin Microbiol*. 2006;44(12):4572–6. <https://doi.org/10.1128/JCM.01227-06>.
- Portillo A, Santibáñez S, García-Álvarez L, Palomar AM, Oteo JA. Rickettsiosis in Europe. *Microbes Infect*. 2015;17:834–8.
- Faccini-Martínez AA, García-Álvarez L, Hidalgo M, Oteo JA. Syndromic classification of rickettsioses: An approach for clinical practise. *Int J Infect Dis*. 2014;28:126–39.
- Ibarra V, Portillo A, Palomar AM, Sanz MM, Metola L, Blanco JR, et al. Septic shock in a patient infected with *Rickettsia sibirica mongolitimonae*, Spain. *Clin Microbiol Infect*. 2012;18:283–5.
- Ramos JM, Jado I, Padilla S, Masiá M, Anda P, Gutiérrez F. Human infection with *Rickettsia sibirica mongolitimonae*, Spain, 2007–2011. *Emerg Infect Dis*. 2013;19:267–9.
- Nouchi A, Monsel G, Jaspard M, Jannic A, Angelakis E, Caumes E. *Rickettsia sibirica mongolitimonae* infection in a woman travelling from Cameroon: a case report and review of the literature. *J Travel Med*. 2018;25. <http://dx.doi.org/10.1093/jtm/tax074>.
- Angelakis E, Richet H, Raoult D. *Rickettsia sibirica mongolitimonae* Infection, France, 2010–2014. *Emerg Infect Dis*. 2016;22:880–2.
- Parola P, Paddock CD, Socolovschi C, Labruna MB, Mediannikov O, Kernif T, et al. Update on tick-borne rickettsioses around the world: A geographic approach. *Clin Microbiol Rev*. 2013;26:657–702.

Sonia Miguélez Ferreiro^{a,*} y David Navalpotro Rodríguez^b

^a Servicio de Urgencias de Atención Primaria, Hospital General de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital General de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tormentabranca@hotmail.com (S. Miguélez Ferreiro).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.03.002>

0213-005X/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española

de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Recuperación de *Chlamydia trachomatis* y otros patógenos en la orina de varones con piuria estéril atendidos en urgencias



Recovery of *Chlamydia trachomatis* and other pathogens in urine from men with sterile pyuria attended in an emergency department

La infección urinaria es una entidad rara en varones jóvenes sin factores predisponentes. Por el contrario, las infecciones de transmisión sexual (ITS) son cada vez más frecuentes y muchas comienzan de forma aguda (hematuria, disuria, hemospermia, inflamación de testis y/o epidídimos...), siendo habitual que los pacientes soliciten asistencia urgente. Hay trabajos que dan protagonismo a las ITS en el origen de la piuria estéril en varones jóvenes^{1,2}, y en este estudio se pretendió conocer esta situación en nuestro medio.

Desde mayo de 2014 hasta julio de 2017 se buscaron microorganismos relacionados con las ITS en varones de 15 a 59 años de edad con piuria estéril de causa desconocida, procedentes del servicio de urgencias. Se utilizaron las orinas con > 14 leucocitos/ μ l (analyzer Sysmex UF-1000i) remitidas para urocultivo que habían resultado negativas, realizándose mediante PCR la detección de patógenos causantes de las ITS (STI-7, Seegene, Seúl, Corea del Sur). En los casos con piuria intensa se sembró también la orina en agar chocolate (para descartar gonococo y otras bacterias que no crecen en los medios empleados habitualmente para urocultivo) y en otros se realizó estudio de herpes simple (LightMix®, Roche, Berlín, Alemania) y adenovirus (PCR no comercial).

Se estudió la orina de 92 pacientes que presentaron de 15 a 6.123 leucocitos/ μ l (mediana: 76). Se detectaron infecciones no diagnos-