



## INDICE

	Pagina
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	1
DIAGNOSTICO ESPECIFICO	6
OBJETIVOS	8
JUSTIFICACION	8
HIPOTESIS	9
METODOLOGIA DEL TRABAJO	9
MATERIAL	9
CRITERIOS DE INCLUSION	10
CRITERIOS DE EXCLUSION	11
VARIABLES USADAS	11
RESULTADOS	11
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFIA	15

## RESUMEN

Una de las causas por las que acuden a consulta externa es la presencia de conjuntivitis asociada a sintomatología respiratoria referidas desde el nacimiento, dato que no es tomado en cuenta durante el interrogatorio para llegar a un diagnóstico etiológico y tratamiento adecuado. Uno de los agente implicados en estas patologías es Chlamydia Trachomatis.

El siguiente trabajo se realizó en el servicio de consulta externa del departamento de Pediatría "Manuel Ascencio Villarroel" en el periodo comprendido entre los meses de Agosto a Diciembre de 1999.

Los objetivos del siguiente trabajo son determinar la presencia de Chlamydia Trachomatis, establecer la relación del antecedente de secreción vsaginal con niños que cursan con conjuntivitis y cuadro respiratorio. Establecer la asociación de conjuntivitis y sintomatología respiratoria. Identificar factores de riesgo asociados.

Ingresaron al estudio 20 pacientes menores de tres meses que cursaban con conjuntivitis, sintomatología respiratoria y afebriles. Se observo que de acuerdo al tiempo de evolución la sintomatología se presentó entre los 2 días y 84 días siendo la mediana de 7 días. En relación a la conjuntivitis la evolución mínima fue de un día y la máxima de 81 días siendo la mediana de 8,5 días. De acuerdo a los antecedentes de la madre 15 de ellas que referian secreción vaginal , 8 de sus niños tenían serología para Chlamydia Trachomatis positiva , tres negativos, uno con serologia directa positiva y tres con serologia indirecta .Del total de pacientes con serologia positiva el 10% cursaron con neumonía afebril.

El tratamiento instaurado a los pacientes fue de eritromicina a 40 mg/kg por dos semanas con evolución clínica favorable.

# **INCIDENCIA DE INFECCION POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN MENORES DE TRES MESES**

## **INTRODUCCION**

En el servicio de consulta externa muchas veces acuden por infecciones conjuntivales asociados a infecciones de vías respiratorias referidas desde el nacimiento. En muchas oportunidades este dato no es tomado en cuenta para llegar a un diagnóstico etiológico. Uno de los principales agentes implicados en estas patologías es la chlamydia trachomatis, que en caso de producir sintomatología respiratoria esta puede llegar a complicarse con una neumonía cuya característica es que evolucionen sin fiebre. El porcentaje de que las mujeres embarazadas transmitan la infección a sus niños es de 25%, de ellos el 10% pueden adquirir neumonía. (1)

En estudios realizados se ha observado que 64% de enzimoimmunoensayos positivos para chlamydia corresponde a niños menores de tres meses de edad, aunque se ha detectado casos positivos hasta los 5 meses. (2)

## **MARCO TEORICO**

Se han descrito 3 cepas: C. trachomatis en el que el reservorio es el hombre, C, Pneumoniae o agente TWAR, patógeno primario respiratorio humano, y C, psitacci, agente de psitacosis, zoonosis cuyo reservorio son las aves.

Inicialmente por ser parásitos intracelulares e incapaces de producir ATP se catalogaron como virus; actualmente, dado que tienen pared celular, poseen ARN y DNA, se multiplican por fisión binaria y tienen sensibilidad a los antibióticos, son consideradas bacterias, pero a diferencia de ellas no poseen peptidoglucano ni ácido murámico, lo que explica la resistencia a penicilinas y cefalosporinas.

C. Trachomatis es una bacteria cocoide, pequeña, gram negativa, intracelular obligatoria con un único ciclo vital, por lo cual ocasiona infecciones crónicas, en ocasiones sub-clínicas. Las formas extracelulares infecciosas para el organismo, los cuerpos elementales (350nm), son fagocitados por las células huésped; dentro del fagosoma de la célula huésped, el microorganismo constituye una vesícula que se denomina de inclusión que logra inhibir la acción de los lisosomas citoplasmáticos una vez dentro de la célula el cuerpo elemental se transforma en una forma replicativa, el cuerpo reticulado (800-1000nm). Al final de un ciclo replicativo de aproximadamente 48 horas, los cuerpos reticulados se reorganizan en cuerpos elementales y son liberados al medio después de la lisis de la célula huésped. El proceso de maduración incluye la activación de una ATPasa, para lo cual requieren la célula huésped. Los serotipos D al K causan conjuntivitis de cuerpo de inclusión y neumonía en lactantes y cervicitis y uretritis en adultos.

La neumonía por Chlamydia fue descrita inicialmente por Schachter y Grossman en 1975, dos años más tarde Been y Saxon publicaron la primera serie de casos con dicha enfermedad.

Desde el punto de vista histológico existe afectación intersticial, alveolar y bronquiolitis necrotizante. La respuesta inflamatoria es generalmente de tipo mixto, con células polimorfonucleares y mononucleares; las inclusiones intracitoplasmáticas típicas generalmente no se observan en el parénquima pulmonar.

Su reservorio primario es el ser humano en el cual es el primer agente de enfermedad de transmisión sexual, los cuadros clínicos comunes de esta infección incluyen: uretritis y epididimitis en el hombre y cervicitis y salpingitis en la mujer que podría llevar a lesiones permanentes del sistema reproductor. Desafortunadamente muchos de los individuos no presentan síntomas por lo que no es posible detectar el organismo patógeno, ni por consiguiente tratarlo

Los niños nacidos de mujeres con infecciones cervicales por *chlamydia trachomatis* se infectan al pasar por el canal vaginal en el parto, la infección por *Chlamydia* del cuello uterino ocurre del 2 a 18 % (5-25%) de las mujeres embarazadas, la tasa de transmisión está en los límites del 23 al 70 %, los microorganismos son inoculados en los ojos o en la nasofaringe del niño pudiendo adquirir conjuntivitis en un 50% de los casos, rinofaringitis en un 20% y neumonía en el 10-20%.

Aunque la mayoría de las infecciones se adquieren en el periodo perinatal durante el paso por el canal vaginal, se ha visto que niños obtenidos por cesárea tenían serología positiva, las madres tenían antecedente de ruptura prematura de membranas (3); por otra parte también puede producirse infección post-natal por medio de contactos con secreciones contaminadas y por vectores (moscas).

El periodo de incubación es de 5 a 14 días, siendo variable en la conjuntivitis donde se ha visto que puede ser de 3 días hasta 5 a 6 semanas, mientras que en la neumonía es de 3 a 16 semanas.(1) La excreción nasal del paciente infectado puede durar hasta 2 meses. Infecciones concomitantes por virus se produce aproximadamente en el 40-50% de los niños; son mas frecuentes las infecciones por citomegalovirus seguidos por VRS.

Habitualmente la sintomatología se inicia entre las 2 y 12 semanas de edad, siendo lo mas destacado el comienzo gradual con buen estado general, coriza, afebril o fiebre baja, tos espasmódica en accesos (coqueluchoidea) y polipnea. Un 50% de los casos se acompaña de conjuntivitis y rinitis, ocasionalmente con apnea, cianosis o características de síndrome coqueluchoide. La incidencia de infección es de 8,2 /1000 nacidos vivos, y la incidencia de conjuntivitis por Chlamydia trachomatis en lactantes es de 0.5 – 4%.

En relacion a la semiología pulmonar es por lo general normal, con murmullo pulmonar simétrico, sin sibilancias, pudiendo encontrarse estertores finos o signos de condensación. No hay signos de obstrucción bronquial, lo que ayuda en el diagnostico diferencial con infección respiratoria viral

Edad de comienzo	Dos semanas a cuatro meses
Signos físico	Apirexia, tos en accesos, taquipnea buena ventilación estertores, ocasionalmente disnea y apnea conjuntivitis 50%, OTS ocasional
Hallazgos radiológicos	Hiperinsuflación, infiltrado intersticial bilateral Infiltrados o atelectasias difusa, ausencia de condensación lobar o derrame pleural.