

Bibliografía mayo 2025

Top Ten

- **ANEXO IV. LACTANCIA MATERNA E INMUNIZACIONES** <https://vacunasaep.org/documentos/manual/anx-iv>
- **Population Attributable Risk of Wheeze in 2–<6-Year-old Children, Following a Respiratory Syncytial Virus Lower Respiratory Tract Infection in The First 2 Years of Life**. The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p 379-386, May 2025.

INTRODUCCIÓN

Existen pocos datos sobre la proporción de sibilancias en niños pequeños atribuibles a las infecciones de las vías respiratorias inferiores por el virus respiratorio sincitial (VRS-IVRI) que se producen en etapas tempranas de la vida. Este estudio de cohortes determinó de forma prospectiva el riesgo atribuible a la población (RAP) y el porcentaje de riesgo (RAP%) de sibilancias en niños de 2<6 años de edad previamente vigilados en un estudio primario de VRS-ITRL desde el nacimiento hasta su segundo cumpleaños (VRS-IVRI<2A).

MÉTODOS

De 2013 a 2021, niños de 2 años de 8 países se inscribieron en este estudio de extensión y fueron seguidos a través de contactos de vigilancia trimestrales hasta su sexto cumpleaños para la aparición de sibilancias reportadas por los padres, sibilancias atendidas médicamente o episodios recurrentes de sibilancias (≥ 4 episodios/año). El RAP% se calculó como RAP dividido por la incidencia acumulada de sibilancias en todos los participantes.

RESULTADOS

De los 1.395 niños incluidos en los análisis, 126 tenían una infección respiratoria aguda por VRS<2 años. Las incidencias acumuladas fueron mayores para los episodios de sibilancias notificados (38,1% frente a 13,6%), atendidos médicamente (30,2% frente a 11,8%) y recurrentes (4,0% frente a 0,6%) en los participantes con IVRS-IVRI<2A que en los que no tenían IVRS-IVRI<2A. Los RAP de todos los episodios de sibilancias notificados, atendidos médicamente y recurrentes fueron 22,2, 16,6 y 3,1 por 1000 niños, lo que corresponde a un RAP% del 14,1%, 12,3% y 35,9%. En los análisis univariantes, los 3 resultados de sibilancias se asociaron fuertemente con RSV-IVRI<2A (todos P global < 0,01). La modelización multivariable de las sibilancias atendidas médicamente mostró una fuerte asociación con las IRVI-VRS tras el ajuste por covariables (p global < 0,0001).

CONCLUSIONES

Una cantidad sustancial de sibilancias del segundo al sexto cumpleaños es potencialmente atribuible a VRS-IVRI<2A. La prevención de la infección por VRS-IRVI<2A podría reducir los episodios de sibilancias en niños de 2 a 6 años.

COMENTARIO PERSONAL: Gran importancia, por la severidad y frecuencia de los cuadros de sibilantes recurrentes y el consumo de recursos desde AP por la misma, teniendo en cuenta que se ha convertido en una entidad potencial prevenible mediante el anticuerpo monoclonal (sería interesante la evaluación de estudios futuros que evaluaran además éste último hecho).

- [Fever in the Returning Pediatric Traveler](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p e170-e172, May 2025.

El turismo internacional ha repuntado con fuerza desde el final de la pandemia de SRAS-CoV-2. En 2023, las llegadas de turistas internacionales alcanzaron el 89% de los niveles prepandémicos. Las previsiones sugieren que el turismo internacional en 2025 superará los niveles de 2019, y las familias con niños constituyen una gran parte de los viajeros internacionales. En el niño que regresa de viaje, la fiebre es uno de los motivos predominantes de consulta médica. Aunque la mayoría de los episodios febriles son autolimitados y se deben con mayor frecuencia a infecciones víricas de las vías respiratorias o gastrointestinales, la fiebre también puede ser un signo de una afección o infección grave, que no debe pasarse por alto. Los datos de más de 80.000 viajeros adultos y pediátricos retornados recogidos por la red GeoSentinel documentaron una infección tropical grave en el 4% de los casos, en su mayoría malaria causada por *Plasmodium falciparum*, seguida de fiebre entérica y leptospirosis. Por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento rápidos de la malaria siguen siendo cruciales para los niños que regresan de países donde la enfermedad es endémica.

Debido a la amplitud de los diagnósticos diferenciales en un niño febril que regresa de viaje, un historial de viaje conciso, una evaluación clínica exhaustiva y el conocimiento de los periodos de incubación de los posibles patógenos ayudarán a reducir la lista de posibles enfermedades subyacentes. Basándose en las rutas y fechas de viaje facilitadas, la lista de posibles patógenos puede afinarse aún más teniendo en cuenta sus periodos de incubación específicos. Además, hay que tener especialmente en cuenta a los niños febriles que regresan de viaje tras visitar a amigos y familiares y a los niños con inmunosupresión conocida. Por último, el cambio climático en curso y el aumento de la movilidad mundial configurarán aún más los patrones mundiales de las enfermedades infecciosas, provocando cambios en la distribución de los vectores, el surgimiento de nuevas amenazas para la salud y cambios en los patrones mundiales de resistencia a los antimicrobianos. Estos aspectos clave de la fiebre en un viajero pediátrico que regresa se analizan con más detalle a continuación.

COMENTARIO PERSONAL: Artículo que resume de forma práctica el manejo del paciente pediátrico que vuelve de viaje con clínica infecciosa, haciendo hincapié en la anamnesis, aborda subgrupos de riesgo como los visitantes de amigos y familiares (Visiting Friends and Relatives) e inmunosuprimidos y explica los patógenos más relevantes a tener en cuenta.

- [An Evidence-Based Approach to Covid-19 Vaccination](#). DOI: 10.1056/NEJMSb2506929.

En los últimos 5 años, Estados Unidos ha avanzado hacia un programa anual de refuerzo de la COVID-19. Cada otoño, se desarrollan vacunas de refuerzo de la COVID-19, junto con las vacunas contra la influenza estacional, y se recomiendan para todos los estadounidenses. En comparación con las políticas de vacunación de todas las naciones europeas, la política estadounidense ha sido la más agresiva (véase [la Figura 1](#)).¹ Mientras que todas las demás naciones de altos ingresos limitan las recomendaciones de vacunas a los adultos mayores (normalmente los mayores de 65 años) o a aquellos con alto riesgo de padecer COVID-19 grave, Estados Unidos ha adoptado un marco regulatorio universal y ha otorgado una amplia autorización de comercialización a todos los estadounidenses mayores de 6 meses.¹ En ocasiones, la política estadounidense se ha justificado argumentando que el pueblo estadounidense no es lo suficientemente sofisticado como para comprender las recomendaciones basadas en la edad y el riesgo.² Rechazamos este punto de vista.

- [Características epidemiológicas del uso de antimicrobianos en Atención Primaria en España: un estudio a nivel nacional](#). Rev Esp Quimioter. 2025 Feb 6;38(2):115-125. doi: 10.37201/req/120.2024.

Introducción: Este estudio describe el uso de antimicrobianos en atención primaria en España analizando las recetas dispensadas en las oficinas de farmacia. Los antimicrobianos se clasificaron en grupos de acción terapéutica según la clasificación ATC-2: antibacterianos (J01), antimicóticos (J02), antimicobacterianos (J04) y antivirales (J05). Además, se exploran los patrones epidemiológicos de uso.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo con datos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del 2023. El análisis se centró en las dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 personas/día (DHD), y el número de individuos con al menos una prescripción de antimicrobianos en atención primaria. Los datos se estratificaron por edad, sexo, tamaño municipal, nivel de ingresos, país de nacimiento y situación laboral. Se compararon los cambios en los porcentajes de prescripciones en 2017 y 2023, así como las variaciones por grupo de edad y sexo.

Resultados: Se observó una tendencia ascendente en las DHD de antimicrobianos de 2017 a 2023 (aumento del 20,2%), con una disminución en el uso durante 2020 y 2021. Las mujeres mostraron mayores DHD en antibacterianos, antimicóticos y antivirales, mientras que los hombres en antimicobacterianos. En particular, los antimicobacterianos presentaron mayores DHD en municipios con más de 100.000 habitantes y en personas nacidas en el extranjero. De 46.762.487 personas adscritas a atención primaria, 14.056.450 recibieron antimicrobianos.

Conclusiones: Estos hallazgos indican una tendencia creciente en el uso de antimicrobianos en atención primaria, siendo preciso realizar intervenciones para fomentar el empleo racional de antimicrobianos, especialmente en grupos con alto uso.

- [Evolución de prescripción antibiótica en Atención Primaria según indicadores del PRAN \(Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos\)](#) An Pediatr (Barc). 2025;102:503840

Introducción

España es el cuarto país europeo con mayor consumo de antibióticos a nivel comunitario, siendo los niños de 0-4 años uno de los rangos de edad de mayor consumo. El objetivo de este estudio fue analizar la evolución de la prescripción de antibióticos en la población pediátrica de Atención Primaria de un área Sanitaria en función de los indicadores del PRAN durante 10 años (2014-2023), así como, evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 comparando el periodo 2020-2021 respecto al previo (2014-2019) y posterior (2022-2023).

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de prescripción de antibióticos sistémicos (grupo J01, clasificación Anatomical Therapeutic Chemical Classification) en población pediátrica (0-14 años) en el ámbito de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Albacete entre 2014 y 2023.

Resultados

La prescripción media de antibacterianos fue de 16,90 dosis diaria definida por 1.000 habitantes/día (DHD) y 12,10 DOT (days of therapy). Los datos prepandemia (2014-2019) fueron de 19,32 DHD y 13,92 DOT, reduciéndose durante la pandemia (2020-2021) hasta 8,30 DHD y 6,05 DOT y aumentando, posteriormente (2022-2023), hasta 18,05 DHD y 12,40 DOT. Se observó una mejora en la adecuación de la prescripción tras la pandemia, con menor utilización de amoxicilina/clavulánico y mayor de penicilina y amoxicilina que antes y durante pandemia ($p < 0,05$).

Conclusiones

A lo largo del periodo estudiado se observó una mejoría de los indicadores de consumo propuestos por el PRAN, mostrando mayor uso de penicilinas sensibles a betalactamasas y de amoxicilina, y menor consumo de amoxicilina/clavulánico.

- [Brote de tosferina en 2024 ¿Nuevo patrón de distribución en el contagio? ¿Se debería replantear el refuerzo de dosis en la vacunación?](#). Rev Esp Quimioter. 2025 Feb 12;38(2):133-135. doi: 10.37201/req/102.2024.

Estimado Editor,

La tosferina es una infección respiratoria causada por *Bordetella pertussis*, con especial relevancia en el paciente pediátrico, muy contagiosa y caracterizada por un comienzo insidioso similar a un cuadro catarral, seguido de una tos paroxística prolongada que, con frecuencia, se acompaña de un estridor inspiratorio.

Atendiendo a los datos estadísticos publicados por el ISCIII [1], relativo al periodo 2005-2020, el último brote en nuestro país se registró en 2015, en el que el pico de

incidencia alcanzó un total de 9.234 casos. Sin embargo, desde inicios de 2024 hemos asistido a un nuevo brote, ya que solo en las primeras 14 semanas del año 2024 se notificaron un total de 9.785 casos de tosferina [2].

Ante este aumento tan pronunciado, desde nuestro Centro nos propusimos estudiar de manera retrospectiva el número de casos positivos en nuestra Área de Salud de Valladolid Oeste (ASVAO), para el periodo comprendido entre octubre 2023 y junio de 2024, con el objetivo de compararlo con el mismo periodo de 2022/2023.

El número de solicitudes registradas para el diagnóstico de infección por *B. pertussis* entre octubre 2023 y junio 2024 fue de 1.388, frente a un total de 13 en el mismo periodo de 2022-2023.

El número de casos positivos para tosferina entre octubre 2023 y junio 2024 fue de 183, frente a 1 único caso registrado en ese mismo periodo entre octubre 2022 y junio 2023 (**Figura 1**).

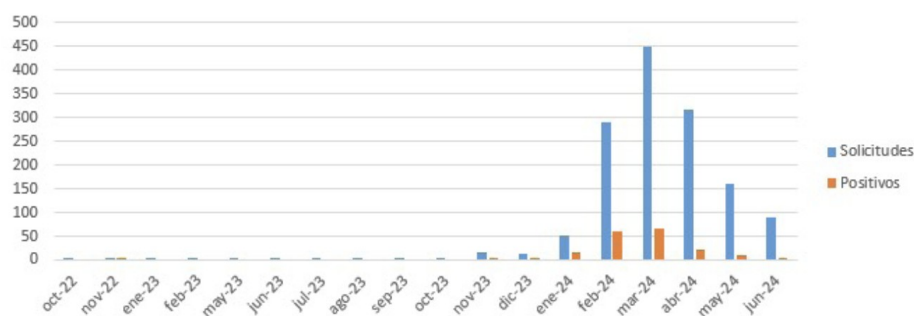


Figura 1. Solicitudes y casos positivos de tosferina en ASVAO del periodo a estudio entre octubre 2023 y junio 2024.

Los porcentajes de positividad de cada mes de estudio en el periodo de octubre 2023 a junio 2024 fueron los siguientes: octubre 2023 0%, noviembre 2023 11,8%, diciembre 2023 21,4%, enero 2024 31,4%, febrero 2024 21%, marzo 2024 14,5%, abril 2024 7,3%, mayo 2024 6,3% y junio 2024 3,4%.

Adicionalmente, y tras el análisis de nuestros datos y del histórico del ISCIII[1] consideramos relevante mencionar la distribución etaria pospandemia, apoyándonos tanto en los datos nacionales de 2023 como en los de este brote de 2024 en ASVAO.

De acuerdo a los datos nacionales publicados por el INCIII hasta el 2020 previos a la pandemia, el 75% de los casos positivos se acumulaban entre los 0-14 años de vida, pero con una distribución equitativa entre los diferentes rangos etarios siendo los grupos de edad más afectados en orden decreciente los niños de menores de 1 año, seguido de los de 5-9, 1-4 y 10-14 años [1].

Sin embargo, los datos tanto de 2023 a nivel nacional [1] como nuestros datos de ASVAO en este brote de 2024 (**Figura 2**), difieren sustancialmente en esa distribución,

ya que la incidencia se acumula predominantemente en la franja entre los 10-14 años de edad, siendo los casos positivos en niños menores de 1 año y de 1 a 4 años, minoritarios.

Según los datos del ISCIII, a nivel nacional en 2023, los grupos de edad más afectados fueron en primer lugar el de 10-14 años, seguido de los de 5-9, 15-49 y 1-4 y menos de 1 año [1].

De manera similar, en nuestros datos de ASVAO, para el periodo entre octubre 2023 y junio 2024, los grupos de edad más afectados en orden decreciente fueron el de 10-14 años, seguido de los de 5-9, 15-49 y 1-4 y menos de 1 año (**Figura 2**).

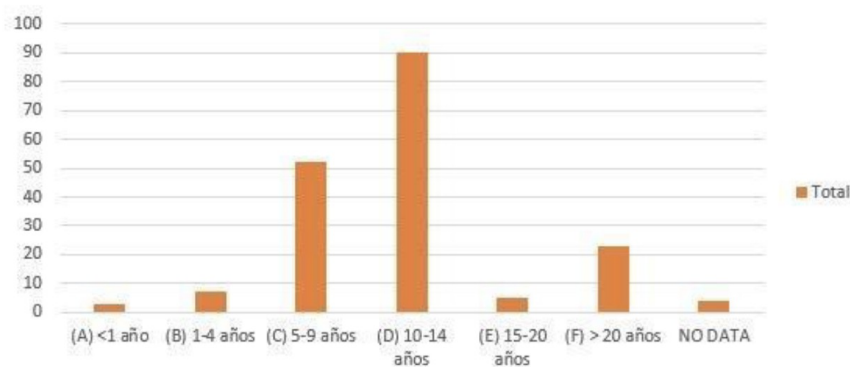


Figura 2. Distribución etaria de casos positivos ASVAO entre octubre 2023 y junio 2024.

Es conocido que la vacuna antipertusis acelular, usada en España desde el año 2000, es inmunógena y efectiva, pero su protección decae notablemente en un plazo de 5-10 años, siendo la última dosis a los 6 años [3]. En nuestra opinión, estos hallazgos sugieren la importancia de reconsiderar nuevas estrategias de vacunación en la población, así como la posibilidad de la estandarización de una dosis adicional de refuerzo en la vacunación para adaptarnos a los actuales patrones de contagio con el objetivo de seguir mejorando el control epidemiológico de esta infección respiratoria.

- [Tuberculosis infection diagnosis: Current prospects](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:239-41.

En resumen, los IGRA representan un avance significativo en el diagnóstico de la infección tuberculosa en comparación con la prueba cutánea tuberculínica clásica. Sin embargo, su utilidad es limitada, ya que no facilitan la diferenciación entre infección y enfermedad, y además son un mal predictor del riesgo de progresión a

enfermedad tuberculosa. Aunque se han realizado avances significativos en el desarrollo de nuevas tecnologías con un alto potencial diagnóstico, todavía se necesitan más pruebas científicas para su implantación generalizada en la práctica clínica

- [Identification of novel antigens for distinguishing between active tuberculosis and latent tuberculosis infection in interferon-γ release assays](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:242-50.

La tuberculosis (TB) sigue siendo una amenaza significativa para la salud global, y la infección tuberculosa latente (LTBI) sirve como un reservorio importante para nuevos casos de TB. Este estudio tuvo como objetivo identificar antígenos capaces de distinguir entre tuberculosis activa (ATB) e LTBI en ensayos de liberación de interferón-γ (IGRA).

Métodos

Se seleccionaron 4 antígenos candidatos para LTBI y 2 para ATB basados en una revisión de la literatura. Estos antígenos fueron sintetizados genéticamente, subclonados, expresados en bacterias y purificados. Se recogieron muestras clínicas de individuos diagnosticados con ATB y LTBI para el desarrollo del ensayo. Posteriormente se desarrollaron nuevos ensayos IGRA utilizando estos antígenos, y se evaluó su eficacia discriminadora.

Resultados

Entre los 5 antígenos candidatos probados, solo 3 (Rv2028c, Rv2029c y Rv0475) mostraron un potencial discriminatorio prometedor para LTBI. En particular, Rv0475 (HBHA), expresado en *Escherichia coli* sin metilación, exhibió una mayor actividad de estimulación en la LTBI en comparación con la ATB. Individualmente, estos antígenos demostraron sensibilidades entre el 72,4 y el 93,3%, y especificidades entre el 79,3 y el 89,7%. La estimulación combinada de múltiples antígenos puede mejorar la sensibilidad y la especificidad del diagnóstico.

Conclusiones

Nuestros hallazgos destacan el potencial de 3 antígenos de la LTBI y su combinación para distinguir entre ATB y LTBI. Añadir esta combinación de antígenos al ensayo IGRA tradicional podría mejorar significativamente la diferenciación clínica entre individuos sanos, LTBI y ATB. Se requiere una investigación adicional en mayores y más diversas cohortes de pacientes para validar la utilidad de estas combinaciones de antígenos en entornos clínicos.

- [Molecular assays for the initial diagnosis of tuberculosis in a low-prevalence setting: A comparative study](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:272-6.

La Estrategia Fin a la Tuberculosis (TB) de la OMS impulsa ensayos moleculares rápidos como diagnóstico inicial de tuberculosis. Este estudio evaluó su eficacia en un entorno de baja prevalencia.

Métodos

Se incluyeron cien muestras clínicas (80 respiratorias/20 no respiratorias) recibidas rutinariamente en el laboratorio, analizando en paralelo 5 ensayos moleculares comerciales de RT-PCR (Xpert®-MTB/Rif-Ultra, BD MAX™-MDR-TB, RealTime-MTB,

FluoroType®-MTBDR, Anyplex™-MTB/NTM). Se calcularon sensibilidad, especificidad, razones de verosimilitud y el índice kappa de Cohen para evaluar la precisión y la concordancia de los resultados de RT-PCR con el cultivo.

Resultados

La sensibilidad fue entre el 88,89-100%, mejorando el cribado inicial un 30-40%. La especificidad fue entre el 96,70-98,98%. Las RT-PCR mostraron un excelente poder discriminatorio, ya que los pacientes con tuberculosis eran 26,9-91,0 veces más propensos a dar positivo. El índice kappa Cohen mostró una concordancia de sustancial a excelente (0,78-0,94).

Conclusión

Las RT-PCR mejoran el diagnóstico inicial, ofreciendo soluciones adaptadas para diversos laboratorios, y revolucionando las estrategias de control con su flexibilidad operativa.

- [***Corynebacterium diphtheriae* Outbreak in Migrant Populations in Europe.**](#)
DOI: 10.1056/NEJMoa2311981.

A partir del verano de 2022, se observó un aumento repentino de casos de infección por *Corynebacterium diphtheriae* en centros de acogida de migrantes en Europa. La mayoría de los casos fueron cutáneos, aunque se notificaron algunos casos respiratorios y una muerte. Se creó un consorcio paneuropeo para evaluar las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de este brote.

Métodos

Se evaluaron los casos de infección toxigénica por *C. diphtheriae* notificados en 10 países europeos entre enero y noviembre de 2022. Los datos sobre los países de origen y las rutas de tránsito se obtuvieron mediante entrevistas con los pacientes. Se realizó la secuenciación del genoma completo y pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos en aislados bacterianos obtenidos de los pacientes. Se evaluaron las relaciones filogenéticas de los aislados y sus genes de resistencia a los antimicrobianos.

Resultados

Se identificaron un total de 363 aislados toxigénicos de *C. diphtheriae* entre 362 pacientes durante el período del estudio. Se disponía de datos clínicos de 346 pacientes (95,6%): 268 (77,5%) tenían difteria cutánea, 53 (15,3%) tenían difteria respiratoria (11 [3,2%] tenían una pseudomembrana) y 9 (2,6%) tenían síntomas respiratorios y cutáneos. Se identificaron cuatro grupos genéticos principales, que indicaron la naturaleza multiclonal del brote. El gen *ermX* (que codifica la resistencia a la eritromicina) y los genes *pbp2m* y *blaOXA-2* (que codifican la resistencia a los betalactámicos) se detectaron en un subgrupo de aislados. Los aislados que portaban *ermX* eran resistentes a la eritromicina, y los aislados que portaban *pbp2m* eran resistentes a la penicilina pero sensibles a la amoxicilina. Sobre la

base de la variación genómica dentro de los cuatro grupos genéticos, se estimó que sus ancestros comunes más recientes existieron entre 2017 y 2020.

Conclusiones

La distribución de cada grupo genético de aislados de *C. diphtheriae* en varios países europeos mostró una propagación transfronteriza repetida. El elevado número de infecciones por *C. diphtheriae* entre migrantes es motivo de preocupación, sobre todo porque los fenotipos de resistencia a los antimicrobianos amenazan la eficacia de los tratamientos de primera línea. (Financiado por el Ministerio de Salud, Atención y Prevención del Estado de Baviera, entre otros).

- [Human *Mycobacterium bovis* infection: A multicentre retrospective study conducted by the Madrid Study Group for Mycobacteria \(GEMIMAD\)](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:267-71.

Este estudio tiene como objetivo evaluar las tendencias y las características clínicas de los casos de tuberculosis humana por *Mycobacterium bovis*, describir las características epidemiológicas y comparar los factores de riesgo asociados a la tuberculosis extrapulmonar y pulmonar.

Métodos

Se realizó un análisis de cohortes retrospectivo de los casos de infección por *M. bovis*, confirmados por cultivo, procedentes de 7 laboratorios de microbiología clínica de Madrid, España, entre 2010 y 2022. Los datos sociodemográficos y clínicos se extrajeron de la base de datos hospitalaria. Los casos de tuberculosis (TB) se clasificaron como tuberculosis extrapulmonar (TBEP) y tuberculosis pulmonar (TBP), excluyéndose del análisis estadístico los casos de tuberculosis diseminada.

Resultados

De los 3.670 pacientes con una infección por *Mycobacterium tuberculosis complex*, se identificó *M. bovis* en 66 pacientes, lo que representa el 1,8% del total. Se identificaron TBP y TBEP en el 45,5 y el 39,4% de los casos, respectivamente, con un 15,1% de tuberculosis diseminada. La TBP se asoció significativamente con el sexo masculino y la nacionalidad española, mientras que la TBEP fue más prevalente entre las mujeres y las personas con un estilo de vida rural.

Conclusiones

Se ha identificado una tendencia ascendente en los casos de tuberculosis causada por *M. bovis*. La mayoría de los pacientes afectados fueron de mediana edad, con una significativa representación de la población inmigrante. Observamos una asociación entre el sexo femenino y el estilo de vida rural con la manifestación extrapulmonar de la enfermedad.

Casos clínicos

- [Proptosis y aumento del perímetro craneal durante el puerperio](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:293-4.

Adolescente de 17 años, natural de Guinea-Bissau, residente en área urbana, sin antecedentes personales relevantes. Ingresa en el Hospital Nacional Simão Mendes de Bissau (Guinea-Bissau) con un cuadro clínico caracterizado por cefalea y aumento del perímetro craneal, 15 días después de un parto a término con óbito fetal en un centro de salud. A la exploración física, la paciente se encontraba febril y hemodinámicamente estable. Se observó un aumento del diámetro cefálico, con fluctuación de predominio frontal y parietal, así como en la región ocular, presentando una proptosis notable con limitación severa de la apertura y el movimiento ocular (fig. 1). No se observaron signos meníngeos ni focalidad neurológica alguna. Los resultados de laboratorio revelaron una hemoglobina de 7,8 g/dL, con un volumen corpuscular medio de 72 fL, 26.200 leucocitos/ L con 15.569 neutrófilos/ L, y una velocidad de sedimentación eritrocitaria de 56 mm/h.



Figura 1. Aspecto general de la celulitis orbitaria con extensión craneal de predominio fronto-parietal.

- [La mosca fantasma ataca sin ser vista](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:299-300.
- [Absceso en extremidad superior por una especie inusual de *Clostridium* en una niña inmunocompetente](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:301-2.
- [Hypervirulent *Klebsiella Pneumoniae* Osteomyelitis in a Child](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p e173-e174, May 2025.

INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO INICIAL DEL CASO: Un niño de 18 meses de origen filipino – japonés con fiebre de 10 días y dolor en rodilla, con una analítica inicial con recuento de leucocitos de 17.900/ μ L con un 44,8% de neutrófilos y proteína C reactiva de 12,2 mg/dL. Se evidenciaron alteraciones óseas fémur distal en RX y derrame en ecografía. Se realizó artrocentesis con un líquido obtenido de características piogénicas. En el cultivo de líquido sinovial crecieron bacilos gram negativos por lo que se cambió cefazolina empírica por cefotaxima. Posteriormente, se identificó *Klebsiella pneumoniae* en cultivo de líquido sinovial y en hemocultivo, por lo que se añadió gentamicina, pero se pudo volver a desescalar a cefazolina dados los resultados del antibiograma.

CRITERIOS DE COMPLICACIÓN CLÍNICO Y BACTERIOLÓGICO: Dadas las características del cuadro se requirieron varias intervenciones quirúrgicas y un tratamiento antibiótico

prolongado, inicialmente intravenoso durante 43 días (con la necesidad de cambio a aztreonam por la sospecha de exantema alérgico) y continuación con trimetoprim/sulfametoxazol hasta los 6 meses en total. Mediante Secuenciación de Genoma Completo se identificó cepa de genotipo capsular K1 y secuencia tipo 23 y portaba el gen asociado a la hipermucoviscosidad (rmpA) y genes de virulencia para yersiniabactina (ybt), colibactina (clb), aerobactina (iuc) y salmochelina (iro).

IMPORTANCIA: Se discute que las cepas hipervirulentas de *Klebsiella pneumoniae* pueden causar casos severos en la edad pediátrica, sobre todo puede ser un problema a tener en cuenta dada la mayor tasa de colonización gastrointestinal, en pacientes de zonas endémicas y en entorno nosocomial. Pueden producirse infecciones severas en individuos sanos. Se necesitan más datos sobre las características de las infecciones causadas por dicho microorganismo en población pediátrica.

- [Resilience in the Face of a Rare Neurologic Infection](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p 484-487, May 2025.

CASO CLÍNICO: Se presenta a una adolescente de 12 años de la India que empieza con cefalea intensa tras 5 días de fiebre y malestar. Al octavo día se añadieron convulsiones y al doceavo disminución del nivel de conciencia con falta de respuesta. A la exploración destacaba hiporreactividad pupilar, hipotonía y rigidez de nuca, con taquicardia e hipotensión. Se le intubó y se establecieron medidas de soporte hemodinámico y de tratamiento de hipertensión intracraneal. Se inició ceftriaxona y vancomicina IV empíricas. Se realizó TAC que reveló un gran empiema subdural izquierdo, edema cerebral difuso que causaba un desplazamiento significativo de la línea media, y un infarto en la región parieto-occipital.

La clínica neurológica continuó empeorando por lo que se realizó craniectomía descompresiva, obteniendo material purulento (300 ml) de espacio subdural que se testó para bacterias, virus, hongos y micobacterias con resultados negativos. Se decidió, además, testar para parásitos con el hallazgo sorpresivo de trofozoitos con características ameboides. Dada la morfología se identificó como *Naegleria fowleri* aunque no pudo ser confirmada dada la no disponibilidad de PCR específica. Se suspendieron los antibióticos iniciales y se instauró inmediatamente una terapia combinada de múltiples fármacos, que incluía anfotericina B convencional intravenosa, fluconazol, azitromicina, rifampicina, flucitosina y dexametasona con buena respuesta clínica y negativización de las muestras de líquido cefalorraquídeo. Se completaron 4 semanas de tratamiento. La paciente se pudo extubar y fue dada de alta, continúa recuperación neurológica progresiva con posibilidad de alimentación oral semisólida, marcha con apoyo y comunicación verbal aunque precisa ayuda para las actividades de la vida diaria.

DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD: La meningoencefalitis amebiana primaria (PAM) un cuadro muy raro, más aún en niños, pero que se debe tener en mente ante un cuadro de infección neurológica de evolución tórpida y en presencia de antecedentes epidemiológicos, dado que su curso es fatal en gran parte de los casos.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: El diagnóstico se basa en la observación al microscopio de trofozoitos, el cultivo y las técnicas moleculares (PCR) pero no siempre están disponibles. El tratamiento se basa en una combinación de agentes microbiológicos, además de los citados en el caso también están indicadas la anfotericina B intratecal (no administrada por ausencia de datos de seguridad en niños) y miltefosina (no administrada por no disponibilidad).

SINGULARIDAD DEL CASO: Presentación de PAM como empiema subdural, que no se ha descrito anteriormente en niños. Supervivencia de la paciente y recuperación neurológica progresiva.

- [Multiple Consecutive Episodes of Cutaneous Larva Migrans with Prolonged Incubation Periods in a One-year-old Returning Traveler in Germany](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p e182-e183, May 2025.

CASO CLÍNICO: Lactante de 1 año, de 10 kg de peso, que tras viaje a Maldivas y Sri Lanka, durante el cual había estado en contacto con arena de playa (20 minutos sentado vistiendo sólo pañal) presentó una lesión eritematosa serpinginosa en región cutánea pretibial interpretada como larva migrans cutánea (LMC) que se resolvió con actitud expectante. A los 3 meses y medio tras viaje presentó una lesión en nalga y otra en región perianal, y a los 4 meses otra en nalga, todas las previas resueltas con corticoide tópico. A los 5 meses y a los 6 meses presentó de nuevo lesiones únicas serpinginosas en nalgas, se realizó examen de heces (al microscopio y cultivo) negativo y serología para toxocara, strongyloides y gnathostomiasis negativas, siendo tratado en esta ocasión con ivermectina oral 3 mg en dosis única con resolución de lesiones sin nuevas recidivas.

LARVA MIGRANS CUTÁNEA: Lesiones cutáneas característicamente serpinginosas, causadas por penetración cutánea de nematodos, generalmente de la especie *Ancylostoma*. Como antecedentes se ha de indagar viajes a zonas tropicales y exposición a suelo o arena en áreas cutáneas no cubiertas. Las lesiones tienden a autorresolverse pero los síntomas son incómodos (prurito), pudiendo utilizarse corticoides tópicos y siendo la ivermectina una opción de tratamiento oral, aunque con posibilidad de recidivas. Se debe realizar diagnóstico diferencial con otras lesiones como el eccema atópico o irritativo.

INTERÉS DEL CASO:

- Los diferentes y prolongados tiempos de incubación en nuestro paciente, no pudiendo ser explicados en este caso por diversas exposiciones, distintos agentes etiológicos concurrentes, los tratamientos previos (el tratamiento con ivermectina puede inducir el estado latente, pero sólo se realizó en una ocasión y fue efectivo) ni diferentes estadios de un mismo patógeno (ausencia de continuidad en el tracto de la lesión, pese a la proximidad de las lesiones).

- El uso de ivermectina en paciente menor de 15 kg de peso, que se considera “fuera de ficha técnica”, pero se ha evidenciado su eficacia y seguridad en estos supuestos, siendo una opción en casos múltiples o persistentes.

- [Case Report: Positive *Mycoplasma pneumoniae* IgM does not necessarily indicate acute infection: two case studies](https://doi.org/10.3389/fped.2025.1520021). Front. Pediatr., 2025; 13. <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1520021>.

En este artículo se tratan dos aspectos de la infección por *Mycoplasma pneumoniae*:

Por un lado, la dificultad para el diagnóstico etiológico basado en la detección de anticuerpos IgM contra *S. pneumoniae*. Se analizan dos casos en los que se objetiva la persistencia de anticuerpos IgM contra *Mycoplasma pneumoniae* durante períodos prolongados (10 y 15 meses), lo que cuestiona la interpretación tradicional de que la positividad de IgM indica una infección.

En segundo lugar, se destaca que la persistencia de IgM llevó al uso excesivo e inapropiado de antibióticos macrólidos en múltiples hospitalizaciones, lo que contribuye al desarrollo de resistencia a los macrólidos.

Resumen: Nuestro objetivo fue explorar la duración de los anticuerpos IgM contra *Mycoplasma pneumoniae*.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos de dos niños que dieron sistemáticamente positivo para anticuerpos IgM contra *M. pneumoniae*. Además, se examinaron los datos etiológicos y el consumo de fármacos de estos casos. Se utilizaron pruebas serológicas mediante el método del oro coloidal, la técnica de quimioluminiscencia directa y la prueba de inmunoaglutinación específica. Se utilizó la PCR cuantitativa para detectar *M. pneumoniae* en el líquido de lavado broncoalveolar y se realizaron pruebas de antígenos y detección de ácidos nucleicos para otros patógenos respiratorios.

Resultados: La positividad serológica del anticuerpo IgM de *M. pneumoniae* persistió durante casi diez meses en un niño y más de quince meses en el otro. Además, la positividad persistente de las pruebas de anticuerpos IgM contra *M. pneumoniae* condujo al uso inadecuado de macrólidos durante múltiples hospitalizaciones.

Conclusiones: Los anticuerpos IgM contra *M. pneumoniae* pueden permanecer positivos durante un tiempo prolongado. Por lo tanto, una prueba IgM positiva para *Mycoplasma pneumoniae* no indica necesariamente la presencia de una infección aguda

- [Is Rhinovirus More Aggressive in Children This Season?](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p e189-e190, May 2025.

Se presentan cuatro casos de cuadros clínicos severos asociados a infección por rinovirus que ocurrieron en noviembre de 2024, enfatizando el aumento del aumento de la frecuencia de esta asociación y la necesidad de su investigación.

CASO 1: Paciente de 3 años con diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki incompleto: fiebre de 6 días + exantema + adenopatía cervical, incremento de PCR, VSG, leucocitos totales y plaquetas, y dilatación tubular en coronaria izquierda proximal. Se encontró rinovirus como único patógeno en PCR nasofaríngea. Tratado con éxito con inmunoglobulinas intravenosas y aspirina con normalización coronaria.

CASO 2: Niño de 3 años con absceso cervical profundo tratado de forma conservadora con antibioterapia intravenosa. El hemocultivo fue negativo y sólo se encontró rinovirus en la PCR nasofaríngea.

CASO 3: Niño de 8 años con neumonía basal derecha con necesidad de oxigenoterapia de alto flujo. Se aisló rinovirus en PCR de exudado nasofaríngeo. Cultivos bacterianos negativos. Presentaba leucocitosis (20.000/mcL) con neutrofilina (16.000), PCR 45 mg/l por lo que se trató con antibioterapia intravenosa (ampicilina-sulbactam) durante 7 días con buena respuesta.

CASO 4: Lactante de 1 mes con convulsiones repetidas en contexto de fiebre y clínica de infección de vías altas. Conllevó deterioro clínico y necesidad de intubación. Presentó leucocitosis de 14.000 con 9.000 neutrófilos, PCR y PCT normales, bioquímica de líquido cefalorraquídeo (LCR) normal, cultivos negativos (sangre, LCR y orina) y aislamiento de rinovirus en PCR nasofaríngea. Resonancia magnética y electroencefalograma sin alteraciones.

COMENTARIO PERSONAL: Se deben de interpretar dichas asociaciones con cautela aunque fuera el único germen aislado, dada la ubicuidad de dicho patógeno sobre todo en meses fríos, sin menoscabar una posible causalidad según evidencias futuras.

- [**The Masked Bandit of Milestones: A Case of Baylisascaris procyonis.**](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p e179-e180, May 2025.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Lactante de 11 meses de EEUU (Indiana) con regresión neurológica, cojera y letargia de 2 semanas de evolución. Se le diagnosticó de meningitis eosinofílica en un centro externo (líquido cefalorraquídeo con recuento de leucocitos de 185/cumm, 76% de eosinófilos, glucosa de 60 mg/dL, proteínas de 53 mg/dL) y se evidenciaron hallazgos puntiformes en la resonancia magnética (RM) cerebral).

ANTECEDENTES RELAVANTES (EXPOSICIONES): Viaje a Guadalajara, México, 3 meses antes, donde consumió productos no lavados, marisco y ceviche; visitó un zoo con osos, tigres y jabalíes y tuvo contacto con agua de piscina/océano. Tras regresar al norte de Indiana, su familia pasó tiempo en su patio trasero, con una breve exposición a gatos callejeros, mapaches y un arenero con excrementos de animales.

EVOLUCIÓN: Se descartó tuberculosis y stroglyoidiasis. Se inició un tratamiento empírico con prednisolona, fluconazol y albendazol. Al octavo día, la paciente mostró una mejoría significativa de la función motora. El día 14, la serología de *Baylisascaris procyonis* fue positiva. La resonancia magnética del día 15 mostró la resolución de las

lesiones cerebrales y espinales. A pesar del tratamiento, la paciente sufrió convulsiones y necesitó antiepilépticos y una sonda de gastrostomía debido a la disfagia secundaria.

INTERÉS DEL CASO: La infección por *Baylisascaris procyonis* se transmite a los seres humanos a través de la ingestión de huevos de heces de mapache, por lo que se incide en la relevancia de incluir en historia clínica los antecedentes de exposición. Este parásito puede causar larva migrans neural, lo que provoca síntomas como letargo, debilidad y regresión motora con una notable tasa de secuelas pese al inicio de tratamiento y peor si el inicio del mismo se retrasa.

- [Severe Rhabdomyolysis in a Child: A Rare Extrapulmonary Manifestation of Mycoplasma pneumoniae Infection.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p e186-e187, May 2025.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Niña de 6 años con fiebre, secreción nasal, tos, dolor abdominal, náuseas, vómitos y dolor muscular difuso durante una semana. Asociaba orinas oscuras y edema difuso en extremidades a la exploración. Además, destacaba afectación hemodinámica con hipotensión y taquicardia, relleno capilar mayor a 2 segundos y letargia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En analítica destacaban niveles de transaminasas significativamente elevados (aspartato aminotransferasa: 1987 U/L, alanina aminotransferasa: 692 U/L). La creatina quinasa estaba marcadamente elevada en 90.284 U/L, y la lactato deshidrogenasa era de 2434 U/L. Los niveles de proteína total y albúmina eran bajos, 3,4 y 2,4 g/dL, respectivamente. Función renal normal. Los marcadores cardíacos mostraron una troponina I elevada a 259 ng/L, y la PCR era de 10,4 mg/L. El análisis de orina reveló esterasa leucocitaria negativa, hemoglobina positiva, nitrito negativo y proteínas positivas. La radiografía de tórax reveló plenitud en la región hiliar izquierda junto con infiltrados reticulares bilaterales. Ecocardiograma normal.

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO: Serología positiva para *Mycomplasma pneumoniae*, con IgM >200 e IgG 32,7.

EVOLUCIÓN: Se continuó claritromicina durante 10 días tras desescalada de tratamiento empírico inicial (que incluía además cefotaxima y clindamicina). Se requirió estabilización inicial con bolos de suero isotónico y mantenimiento con bicarbonato. Los niveles de CK disminuyeron hasta normalizarse a la semana con resolución de la clínica de edema y mialgias.

INTERÉS DEL CASO: Se describe una manifestación extrapulmonar infrecuente de la infección por *Mycoplasma*. La clínica respiratoria si ocurre suele ser leve y las manifestaciones pueden ser atípicas, con ausencia de clínica muscular al inicio. Los casos severos en niños, como el del caso, se han descrito de forma excepcional.

- [Pneumococcal Endophthalmitis: A Rare Threat Observed Years After Glaucoma Surgery.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p e180-e181, May 2025.

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 12 años con disminución de la visión. Como antecedente relevante, se le había realizado cirugía vitreorretiniana tras la perforación del ojo izquierdo por traumatismo ocular con vidrio 2 años antes, y debido a glaucoma secundario, se realizó implantación de válvula de glaucoma 1 mes antes. Se diagnosticó endoftalmitis en la exploración oftalmológica detallada.

MANEJO: Se intervino de urgencia, se realizó cultivo vítreo intraquirúrgico y se aplicó vancomicina intravítrea. Se iniciaron vancomicina y ceftazidima sistémicas empíricas además de corticoides.

DIAGNÓSTICO: El cultivo vítreo reveló crecimiento de *Streptococcus pneumoniae*. El tratamiento se ajustó según el antibiograma del cultivo a ceftriaxona y se completó durante un total de 14 días. La tipificación capsular del *Streptococcus pneumoniae* dio como resultado 15B/C.

EVOLUCIÓN: En la evaluación más reciente, 2 meses después de la última intervención quirúrgica, aunque los hallazgos clínicos habían remitido, la agudeza visual postoperatoria estaba en el nivel de no percepción de luz. El paciente recibió 4 dosis de la vacuna antineumocócica conjugada 13-valente.

ENDOFTALMITIS (DESARROLLO): Causa importante de ceguera a nivel mundial, pero en pediatría es rara. Suele ser secundaria a traumatismo, cirugía previa o infección sistémica (diseminación). En niños, la incidencia de casos post-quirúrgicos se estima en 0.17% a los 7 años. La endoftalmitis secundaria la cirugía del glaucoma suele aparecer más tarde debido al uso de mitomicina C, la punción de la cápsula y la exposición quirúrgica, de ahí la importancia del seguimiento en estos pacientes. Los síntomas principales son la disminución de la visión con o sin ojo rojo, dolor ocular e hipopion como signo a la exploración. En cuanto al tratamiento, se indica antibioterapia sistémica, que cubra tanto las bacterias Gram-positivas como las Gram-negativas, asociada a antibioterapia intravítrea. La endoftalmitis causada por *S. pneumoniae* es más severa con una mayor tasa de evisceración o de requisitos de enucleación

- [Bacillus cereus Septic Arthritis in a Two-year-old Male](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p e188-e189, May 2025.

CASO CLÍNICO: Niño de 2 años inflamación de la rodilla izquierda, dolor y rechazo de la bipedestación. Refería una caída sobre un juguete unos días antes. Estaba afebril, con una frecuencia cardíaca de 130 lpm. Presentaba inflamación articular y aparente puerta de entrada puntiforme en cara anterior de rodilla. Radiografía normal. Analítica con PCR 10.3 mg/l y VSG 6 mm/h, 184.000 leucocitos/cm³ con 70% neutrófilos. Líquido sinovial obtenido por artroscopia turbio purulento de 141.000/cm³ glóbulos blancos (WBC), 86% neutrófilos. Resonancia magnética con datos de afectación sinovial sin osteomielitis. Tras no mejoría con cefazolina IV (aparición de fiebre) se cambió a ceftriaxona IV. Los cultivos de líquido sinovial fueron negativos, PCR 16S panbacteriana inicial negativa y en la segunda se identificó *Bacillus cereus*, añadiéndose vancomicina. La evolución clínica y analítica fue favorable. Se completaron 2 semanas de

vancomicina + ceftriaxona en hospital y otras 2 semanas de daptomicina + ceftriaxona en domicilio vía catéter central.

INTERÉS DEL CASO: Al ser el *Bacillus cereus* una causa poco frecuente de artritis, pero probable, descrita sobre todo en pacientes inmunodeprimidos y con **antecedentes de traumatismo penetrante**. Dicho patógeno **crece mal en cultivos habituales**, siendo necesarias otras técnicas **como las de diagnóstico molecular**.

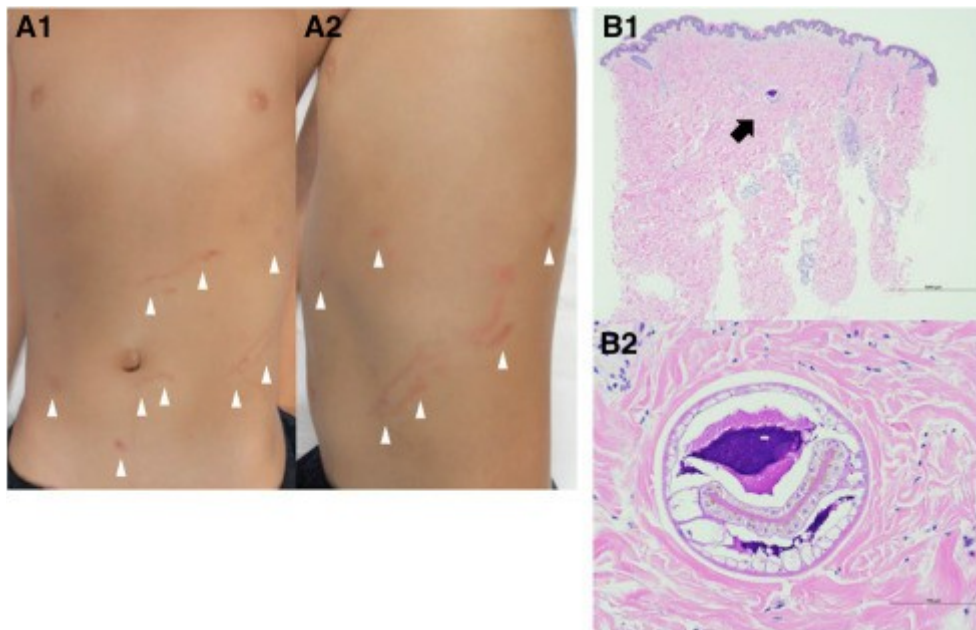
- [*Bifidobacterium* and *Lactobacillus* Bacteremia among Infants Receiving Probiotics in the Neonatal Intensive Care Unit](#) The Journal of Pediatrics, Volume 280, 114521.

En nuestra institución, se han utilizado formulaciones probióticas multicepa en lactantes prematuros durante más de 10 años. Se identificaron doce casos de bacteriemia con microorganismos presentes en formulaciones probióticas multicepa de 2109 lactantes expuestos (0,6 %), y ninguna muerte se atribuyó a la bacteriemia.[HTML de texto completo](#)

- [*Gnathostomiasis Presenting with Migratory Swelling*](#). The Journal of Pediatrics, Volume 280, 114511.

Un niño sano de 8 años consumió peces de río (bagre; *Silurus asotus*, *Nipponocypris temminckii* y *Opsariichthys platypus*), cangrejo de manopla (*Eriocheir japonica*), cangrejo nadador; (*Portunus trituberculatus*), serpiente listada (*Elaphe quadrivirgata*, *Macrobrachium nipponense*), anguila moteada gigante (*Anguilla marmorata*) y ranas que había atrapado durante los últimos 3 meses. Dos días antes de su visita a nuestro hospital, desarrolló fiebre, dolor abdominal, vómitos y erupción cutánea. Al ingreso, el paciente tenía una temperatura de 38 °C, estaba consciente y alerta, y tenía múltiples lesiones eritematosas lineales en el tórax, el abdomen, la espalda y los muslos ([Figura A](#)). Los análisis de sangre mostraron un recuento de glóbulos blancos de 9300/μl, diferencial de eosinófilos de 3,0% y nivel de proteína C reactiva de 2,21 mg/dl. Sospechando hinchazón migratoria, se realizó una biopsia de piel de la erupción. Al día siguiente del ingreso, la erupción se extendió a la cara y al área del párpado, y debido a que existía la preocupación de que un organismo pudiera propagarse al sistema nervioso central, se inició albendazol 400 mg/día.

Posteriormente, la fiebre remitió y la erupción mostró una tendencia a mejorar. El día 7 de hospitalización, se detectó un gusano en la muestra de biopsia de piel y se realizó el diagnóstico de gnatostomiasis con base en la morfología ([Figura B](#)). El título de anticuerpos séricos del paciente contra gnatostomiasis fue débilmente positivo, y se realizó un diagnóstico de *Gnatostomiasis doloresi* con base en los resultados de la extracción de ADN de la sección y secuenciación de la región de la subunidad I de la citocromo oxidasa. A partir del décimo día de la enfermedad, se observó un aumento de eosinófilos, que superó el 40 %, pero tras el tratamiento, el nivel comenzó a disminuir. El paciente fue dado de alta sin recurrencia de síntomas y completó el tratamiento con albendazol en un total de 21 días.



Visor de figuras

Figura: Eritema lineal del abdomen (A-1, vista frontal; A-2, vista lateral) (flechas blancas). B-1, Corte transversal de la larva del gusano detectado dentro de la dermis (tinción H&E) (flechas negras). B-2, Imagen ampliada.

Los gatos, perros y jabalíes son huéspedes naturales de la gnatostomiasis, y las larvas de tercer estadio entran al cuerpo tras consumir peces de agua dulce y anfibios (huéspedes intermediarios).¹ La migración larvaria ocurre cuando las larvas que han sido ingeridas por vía oral migran a la piel, tejido subcutáneo u órganos internos. Mientras que *G. doloresi* se desarrolla principalmente en la superficie de la piel, *G. spinigerum* migra profundamente a la piel y los órganos internos. La gnatostomiasis cutánea es más común que la forma visceral. La tasa de mortalidad por infección del sistema nervioso central es del 8%-25%, y hay informes de que las lesiones cutáneas faciales son un riesgo de afectación del sistema nervioso central.² Se ha informado del uso de albendazol e ivermectina como antihelmínticos,^{1,2} pero no hay un fármaco o dosis de primera línea establecidos, y hay pocos informes, en particular casos pediátricos.³⁻⁵ La eosinofilia observada en este caso podría ser un efecto secundario del albendazol, pero podría haber sido causada por un aumento temporal debido a la destrucción de los cuerpos de los gusanos y la liberación de antígenos durante el tratamiento. Este parásito puede eliminarse hirviéndolo en agua durante unos minutos. Por lo tanto, calentar los alimentos adecuadamente puede prevenir la infección.

La gnatostomiasis se transmite por el consumo de peces de agua dulce o anfibios y causa erupciones cutáneas y lesiones en órganos internos debido a la migración larvaria. Este caso resalta la importancia de incluir la gnatostomiasis en el diagnóstico diferencial cuando se observan hallazgos cutáneos característicos. Aunque se han reportado pocos casos pediátricos de gnatostomiasis y aún no se ha establecido el uso de antihelmínticos, este paciente fue tratado con éxito con antihelmínticos, sin efectos

secundarios. El uso de antihelmínticos en niños puede ser eficaz y seguro para el tratamiento de la gnatostomiasis.

- [Mastitis por *Streptococcus pneumoniae*: presentación de 3 casos y revisión de la literatura](#). Rev Esp Quimioter. 2025 Feb 6;38(2):136-138. doi: 10.37201/req/105.2024.

Las infecciones neumocócicas de mama son poco habituales. En el presente trabajo describimos 3 casos de mastitis lactacional y revisamos la literatura. Se realizó una revisión retrospectiva de todos los casos de mastitis causados por *S. pneumoniae* ocurridos en el área sanitaria de Guadalajara desde enero de 2016 hasta diciembre de 2023. Las cepas se aislaron en cultivo de leche materna o exudado mamario, y se cultivaron según los procedimientos estándares. La identificación se llevó a cabo mediante MALDI-TOF (Bruker Daltonik GmbH, Alemania) y se confirmó mediante test de optoquina en todos los casos. El estudio de sensibilidad antibiótica se realizó utilizando paneles MicroScan MICroSTREP 6 plus (Beckman Coulter, Inc., West Sacramento CA, USA) siguiendo las recomendaciones de EUCAST [1]. No fue posible determinar el serotipo de las cepas. Se revisaron las historias clínicas de todas las pacientes. Se definió mastitis como la presencia de inflamación del tejido mamario [2]. Se determinó que la mastitis era aguda cuando cursó con rubor, dolor, fiebre y malestar. Se consideró que era subaguda cuando los síntomas fueron inespecíficos, incluyendo dolor y sensación de ardor [2]. Se definió mastitis lactacional cuando se produjo durante la lactancia o embarazo, y no lactacional cuando no ocurrió en los supuestos anteriores [3].

Para revisar la literatura, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed utilizando los términos “*Streptococcus pneumoniae*”, “mastitis”, “mastitis lactacional”, “mastitis no lactacional” e “infección mamaria” como palabras clave principales. Las referencias secundarias también se revisaron.

Durante el periodo de estudio se identificaron 3 mastitis producidas por *S. pneumoniae* y todas fueron lactacionales. Las principales características clínicas y microbiológicas se describen en la **Tabla 1**. En la revisión de la literatura se encontraron 7 casos de mastitis lactacional y uno no lactacional [4-11]. Las características se muestran también en la **Tabla 1**. Todos los casos cursaron de forma aguda. Este hallazgo podría estar relacionado con la elevada patogenicidad de esta bacteria. Las mastitis lactacionales ocurrieron en mujeres jóvenes sin patologías de base. Sin embargo, el único caso de mastitis no lactacional se describió en una paciente con lupus eritematoso sistémico en tratamiento con corticoides. Las mastitis lactacionales se producen como consecuencia de la proliferación de las bacterias que forman parte de la leche materna, como estafilococos coagulasa negativos, *Staphylococcus aureus*, y estreptococos del grupo *viridans* [12]. En este sentido, *S. pneumoniae* no forma parte de la flora bacteriana de la leche materna. El origen de las mastitis lactacionales neumocócicas podría estar relacionado con la flora orofaríngea de los lactantes; es posible que pudieran ser portadores asintomáticos en la orofaringe y que la transmisión se produjera durante la lactancia. Desafortunadamente, en los 3 casos que describimos no se pudo obtener

muestras orofaríngeas que permitieran demostrar el origen de la infección. En nuestra revisión, resulta llamativo que los hemocultivos fueron positivos en 2 casos. Por lo tanto, no se puede descartar que el origen pudiera ser hematógeno en algunas pacientes. Disponemos de poca información sobre la suspensión de la lactancia. Solamente se suprimió en 2, aunque en uno de ellos fue de forma temporal.

Tabla 1. Características clínicas y microbiológicas de las mastitis producidas por *Streptococcus pneumoniae*.

Autor (año) [referencia]	Edad/ Sexo	Patología de base	Forma clínica	Tipo de mastitis	Suspensión de la lactancia	Origen del aislamiento	Microorganismos aislados	Hemocultivo	Tratamiento*	Evolución
DiNubile et al. (1991) [4]	23/F	LES, tratamiento con prednisona	Aguda	No lactacional	No procede	Aspirado absceso	<i>S. pneumoniae</i> , <i>Bacteroides fragilis</i>	No extraído	Cefazolina	Curación
Wüst et al. (1995) [5]	38/F	Ninguna	Aguda	Lactacional	Si	Leche materna	<i>S. pneumoniae</i>	No extraído	Flucloxacilina	Curación
Kragdberg et al. (1995) [6]	38/F	Ninguna	Aguda	Lactacional	No consta	Exudado mamario	<i>S. pneumoniae</i>	Negativo	Cloxacilina, bencilpenicilina, fenoximetilpenicilina	Curación
Appalaraju et al. (2011) [7]	26/F	Ninguna	Aguda	Lactacional	No consta	Exudado mamario	<i>S. pneumoniae</i>	No extraído	Amoxicilina/clavulánico, linezolid	Curación
Miedzybrodki et al. (2011) [8]	35/F	Ninguna	Aguda	Lactacional	No consta	Leche materna	<i>S. pneumoniae</i>	No extraído	Vancomicina y cefazolina (3), cefadroxilo (10)	Curación
Hald & Schönheyder (2018) [9]	29/F	Ninguna	Aguda	Lactacional	Si (temporal)	Leche materna, hemocultivo	<i>S. pneumoniae</i>	<i>S. pneumoniae</i>	Dicloxacilina, bencilpenicilina, fenoximetilpenicilina (7)	Curación
Skalidis et al. (2019) [10]	37/F	Ninguna	Aguda	Lactacional	No consta	Exudado mamario	<i>S. pneumoniae</i>	No extraído	Cefaclor (7)	Curación
Ujita et al. (2001) [11]	20/F	Ninguna	Aguda	Lactacional	No consta	Hemocultivo	<i>S. pneumoniae</i>	<i>S. pneumoniae</i>	Ampicilina/sulbactam, penicilina G, amoxicilina (14)	Curación
Caso 1	29/F	Ninguna	Aguda	Lactacional	No consta	Leche materna	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. epidermidis</i>	No extraído	Levofloxacino (7)	Curación
Caso 2	38/F	Ninguna	Aguda	Lactacional	No	Leche materna	<i>S. pneumoniae</i>	No extraído	Amoxicilina/clavulánico (7)	Curación
Caso 3	30/F	Ninguna	Aguda	Lactacional	No	Leche materna, exudado mamario	<i>S. pneumoniae</i>	No extraído	Amoxicilina/clavulánico (10)	Curación

F: Femenino. LES: lupus eritematoso sistémico. *Entre paréntesis: duración del tratamiento en días.

El cultivo de la leche materna es el mejor método para realizar el diagnóstico etiológico de las mastitis lactacionales. Sin embargo, no siempre se realiza, dando lugar a errores en el diagnóstico y tratamiento [13]. El cultivo del exudado mamario también puede ser útil para el diagnóstico de estos procesos. El rendimiento del hemocultivo no ha sido evaluado en el diagnóstico de las infecciones neumocócicas de mama. En nuestra revisión, los hemocultivos se extrajeron en 3 pacientes, siendo positivos en 2 de ellos. Por este motivo, el hemocultivo puede ser una herramienta valiosa, especialmente en casos con sospecha de infección sistémica. La evolución clínica de todas las pacientes fue favorable tras tratamiento antibiótico. No hubo ningún caso de recidiva o fracaso terapéutico. Dada la rareza de esta infección, existe poca información sobre el tratamiento más adecuado y su duración. Considerando la totalidad de los casos, 9 fueron tratados con betalactámicos. Sin embargo, la variedad de las terapias administradas impide obtener una conclusión clara. Sería recomendable obtener más información en futuros casos para establecer el tratamiento más idóneo de estos procesos. En nuestros casos, las tres cepas fueron sensibles a penicilina. Resulta llamativo que uno de ellos fue tratado con levofloxacino, fármaco cuya administración no es recomendable durante la lactancia. Es posible que la utilización de levofloxacino estuviera relacionada con la suspensión de la lactancia, pero esta información no consta en la historia clínica.

En conclusión, las mastitis por *S. pneumoniae* son raras. Este microorganismo se asocia con mayor frecuencia a mastitis agudas durante la lactancia, siendo excepcionales las formas no lactacionales. El origen de las mastitis lactacionales puede estar relacionado con la flora orofaríngea del lactante, aunque no se puede descartar que el origen sea hematógeno en algunos casos.

Comentario GPI: El estudio hace referencia a población adulta pero se incluye por aportar información que puede ser útil por la implicación que tiene en la atención de los lactantes por el pediatra de AP.

- [Herpes-zóster en un paciente vacunado recientemente de varicela](#) An Pediatr (Barc). 2025;102:503723

Lactante varón de 19 meses de edad valorado por lesiones pruriginosas en forma de vesículas sobre base eritematosa recorriendo la pierna izquierda (figs. 1 y 2) de 2 días de evolución. No asociaba fiebre ni alteración del estado general. Su calendario vacunal estaba actualizado. No presentaba lesiones en otras localizaciones ni convivientes con la misma clínica. La PCR cutánea arrojó un resultado positivo para virus varicela-zóster (VVZ), iniciándose tratamiento con aciclovir a una dosis de 200mg/cada 6h. A los 7 días del tratamiento las lesiones estaban estadio residual, sin desarrollo de complicaciones.



Para ampliar

- [Chronic Lung Disease after Hospitalization with Adenovirus or Respiratory Syncytial Virus](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p e151-e155, May 2025.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han demostrado un alto riesgo de enfermedad pulmonar intersticial tras la hospitalización por adenovirus (AdV) y un alto riesgo de asma tras la hospitalización por virus respiratorio sincitial (VRS).

OBJETIVO

Aclarar en qué medida los niños hospitalizados por infección del tracto respiratorio causada por AdV o VRS desarrollan enfermedad pulmonar.

DISEÑO

Estudio de cohortes basado en registros.

MÉTODOS

Los datos sobre infecciones por AdV y VRS se acoplaron a datos sobre asma, medicación para el asma, bronquiectasia y enfermedad pulmonar intersticial, incluida la bronquiolitis obliterante, durante un tiempo de seguimiento de 15-20 años. También se generó un grupo de control emparejado por edad. Se calcularon los riesgos de enfermedad pulmonar posterior y/o de haber recibido medicación para el asma y los cocientes de riesgos (CRI) para el asma entre los grupos índice y el grupo de control.

RESULTADOS

En total se incluyeron 4704 niños. Se encontraron menos de 5 casos de enfermedad pulmonar intersticial o bronquiectasia en cualquier grupo. Tras la hospitalización por AdV o RSV, el riesgo de adquirir un diagnóstico de asma o de haber recibido medicación para el asma durante el seguimiento fue del 29% y el 65%, respectivamente, para AdV, y del 22% y el 51%, respectivamente, para RSV; lo que corresponde a CR ajustados de 2,16 (0,92-5,07), 2,60 (1,57-4,31), 2,87 (2,30-3,58) y 2,37 (2,07-2,71), respectivamente.

CONCLUSIONES

No se pudo confirmar un mayor riesgo de enfermedad pulmonar intersticial tras la infección por AdV. Sin embargo, existe un riesgo considerable de asma tras la hospitalización por AdV o VRS y, con respecto al VRS, el riesgo es mayor de lo que se había informado anteriormente, según lo expresado por la fracción que había recibido medicación para el asma durante el seguimiento.

- **Post-tuberculosis lung disease: towards prevention, diagnosis, and care.**
Lancet Respir Med. 2025 May;13(5):460-472.

Cada vez hay más datos que describen la elevada carga de secuelas respiratorias que se observan entre los supervivientes de la tuberculosis, incluidos niños, adolescentes y adultos. Este grupo de secuelas se conoce como enfermedad pulmonar posttuberculosa e incluye daño parenquimatoso, enfermedad de las vías respiratorias y enfermedad vascular pulmonar. Se cree que aproximadamente la mitad de los supervivientes de tuberculosis pulmonar presentan patología estructural persistente, deterioro de la función pulmonar o síntomas respiratorios tras la resolución de la enfermedad activa. La enfermedad pulmonar posttuberculosa se ha asociado a resultados adversos para los pacientes, como síntomas persistentes y deterioro funcional, búsqueda continua de atención sanitaria y repercusiones en los ingresos y el empleo. Aún queda mucho por

comprender acerca de la epidemiología y la naturaleza de la enfermedad pulmonar posttuberculosa, pero en esta Revisión nos centramos en las estrategias de prevención, diagnóstico y atención para informar la labor en curso de las comunidades afectadas por la tuberculosis, los proveedores de asistencia sanitaria, los investigadores y los responsables políticos. Se resumen los datos recientes, se ponen de relieve las lagunas en las pruebas y se sugieren prioridades de investigación clave para quienes trabajan en este campo.

COMENTARIO PERSONAL: *Documento de las secuelas específicas de la tuberculosis pulmonar, que incluye a la edad pediátrica y que puede servir de guía para la orientación y el seguimiento del paciente desde el punto de vista respiratorio una vez superada la enfermedad.*

-

- [Global, regional, and national age-sex-specific burden of diarrhoeal diseases, their risk factors, and aetiologies, 1990–2021, for 204 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021.](#) Lancet Infect Dis. 2025 May;25(5):519-536.

INTRODUCCIÓN

[Las enfermedades diarreicas se cobran más de un millón de vidas al año y son una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años. Son escasas las estimaciones globales exhaustivas de la carga de enfermedades diarreicas para grupos de edad específicos de niños menores de 5 años, y la carga en niños mayores de 5 años y en adultos también está poco estudiada. Se utilizaron los resultados del Estudio sobre la Carga Mundial de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo 2021 para evaluar la carga y las tendencias de las enfermedades diarreicas en general y las atribuibles a 13 patógenos, así como las contribuciones de los factores de riesgo asociados, en niños y adultos de 204 países y territorios desde 1990 hasta 2021.](#)

MÉTODOS

[Se utilizó la estrategia de modelización Cause of Death Ensemble para analizar datos del registro civil, datos de autopsias verbales, datos de vigilancia de la mortalidad y datos de muestreo de tejidos mínimamente invasivos. Se utilizó DisMod-MR \(versión 2.1\), una herramienta de metarregresión bayesiana, para analizar los datos de incidencia y prevalencia identificados mediante revisiones sistemáticas, encuestas poblacionales y datos de reclamaciones y hospitalización. Se calcularon los años de vida ajustados en función de la discapacidad \(AVAD\) por diarrea como la suma de los años de vida perdidos \(AVP\) y los años vividos con discapacidad \(AVD\) para cada lugar, año y grupo de edad y sexo. Para la estimación de la etiología, se utilizó un enfoque contrafactual para cuantificar las fracciones atribuibles a la población \(FAP\). Además, estimamos la carga de enfermedad diarreica atribuible a los efectos independientes de los factores de riesgo utilizando el marco de evaluación comparativa de riesgos.](#)

RESULTADOS

Se calcula que en 2021 las enfermedades diarreicas causaron 1,17 millones (intervalo de incertidumbre del 95%: 0,793-1,62) de muertes en todo el mundo, lo que representa un descenso del 60,3% (50,6-69,0) desde 1990 (2,93 millones [2,31-3,73] de muertes). El descenso más pronunciado se produjo en los niños menores de 5 años, con una disminución del 79,2% (72,4-84,6) de las muertes por diarrea. Los AVP mundiales también disminuyeron sustancialmente, de 186 millones (147-221) en 1990 a 51,4 millones (39,9-65,9) en 2021. En 2021, se calcula que 59,0 millones (47,2-73,2) de AVAD serán atribuibles a enfermedades diarreicas en todo el mundo, de los cuales 30,9 millones (23,1-42,0) afectarán a niños menores de 5 años. Entre los principales factores de riesgo de AVAD por diarrea se encontraban el bajo peso al nacer y la gestación corta en los grupos de edad neonatal, el retraso del crecimiento infantil en niños de 1 a 5 meses y de 2 a 4 años, y el agua no apta para el consumo y el saneamiento deficiente en niños mayores y adultos. Estimamos que la eliminación de todos los factores de riesgo diarreico evaluados reduciría los AVAD mundiales de 59,0 millones (47,2-73,2) a 4,99 millones (1,99-10,0) entre todas las edades combinadas. A nivel mundial en 2021, el rotavirus fue la causa predominante de muertes por diarrea en todas las edades, con un PAF del 15,2% (11,4-20,1), seguido del norovirus con un 10,6% (2,3-17,0) y *Cryptosporidium* spp con un 10,2% (7,03-14,3). En niños menores de 5 años, el FAP mortal del rotavirus fue del 35,2% (28,7-43,0), seguido de *Shigella* spp con un 24,0% (15,2-37,9) y adenovirus con un 23,8% (14,8-36,3). Otros patógenos con un FAP mortal superior al 10% en niños menores de 5 años fueron *Cryptosporidium* spp, *E. coli* enteropatógeno típico y *E. coli* enterotoxigénico productor de toxina termoestable.

INTERPRETACIÓN

El descenso sustancial de la carga mundial de enfermedades diarreicas desde 1990, sobre todo en niños menores de 5 años, respalda la eficacia de intervenciones sanitarias como la terapia de rehidratación oral, la mejora de la infraestructura de agua, saneamiento e higiene (WASH) y la introducción y ampliación de la vacunación contra el rotavirus. Las intervenciones específicas y las medidas preventivas contra los principales factores de riesgo y patógenos podrían reducir aún más esta carga. La inversión continuada en el desarrollo y distribución de vacunas contra los principales patógenos sigue siendo crucial.

- [Distribución de patotipos de *Escherichia coli* diarreagénica en población pediátrica y perfil de sensibilidad antibiótica en el área de salud de Valladolid Oeste \(ASVAO\)](#) Rev Esp Quimioter. 2025 Jan 30;38(2):129-132. doi: 10.37201/req/092.2024.

Escherichia coli (*E. coli*) integra la microbiota natural del intestino de los humanos y otros animales. También es la principal enterobacteria aislada en las muestras clínicas en el Área de Salud de Valladolid Oeste (ASVAO) [1]. La mayoría de *E. coli* recuperadas de coprocultivos se consideran comensales, si bien, existe un grupo con capacidad patogénica primaria agrupadas bajo la denominación de *E. coli* diarreagénicas [1], causantes de diferentes síndromes diarreicos en niños, a veces graves. Actualmente se

reconocen seis categorías o patotipos: *E. coli* enterotoxigénica (ETEC), *E. coli* enteropatógena (EPEC), *E. coli* productora de toxina Shiga (STEC), *E. coli* enteroinvasiva (EIEC), *E. coli* enteroagregativa (EAEC) y *E. coli* difusamente adherente (DAEC) [2,3]. Cada grupo posee factores de virulencia exclusivos codificados por genes específicos utilizados como marcadores moleculares de patotipo [4].

Nos propusimos documentar la distribución de los patotipos de DEC, a partir de resultados de la rutina diagnóstica del ASVAO, aportando datos disponibles clínico-epidemiológicos que puedan apoyar futuras investigaciones. Se evaluaron las muestras procesadas de heces organolépticamente compatibles con diarrea de niños menores de 10 años de edad entre 1/01/2023 y 31/12/2023 procedentes de toda el área de Salud (Atención Primaria y Hospitalaria). Las muestras se recogieron en un recipiente de plástico estéril, tras la observación macroscópica para identificar componentes anormales (sangre, pus o moco), se sembraron directamente en agar MacConkey, posteriormente se llevó a incubación a 37°C durante 24 horas. Las colonias sospechosas de *E. coli* se identificaron mediante espectrometría de masas (MALDI-TOF BiomerieuxMD) y posteriormente se seleccionaron por aglutinación positiva utilizando los antiseros de los serogrupos O26, O45, O55, O86, O103, O111, O114, O119, O121, O124, O125, O126, O127, O128, O142, O145 y O157 (*E. coli* I Trivalent I Polyvalent Antisera Bio- Rad®). Las colonias sospechosas de DEC se enviaron al Centro Nacional de Microbiología para determinar por PCR convencional la presencia de los siete fragmentos de genes de virulencia específicos que definen los distintos patotipos. EPEC presencia del gen de la intimina (*eae*) y ausencia de los genes verotoxina 1 y 2 (*vtx1* y *vtx2*), ETEC presencia de la toxina termolábil (*lt*) y/o de la toxina termoestable (*st*), EIEC presencia de antígeno plasmídico de invasión H (*ipaH*), STEC por la presencia de *vtx1* y/o *vtx2* y EAEC por la presencia del plásmido CVD432.

Se realizó estudio de sensibilidad a los casos confirmados de DEC con VITEK® 2 AST (bioMérieux), interpretando según “European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing” (EUCAST) 2023 y comparando la sensibilidad de estas cepas con los aislados globales de *E. coli* del año 2022 en el ASVAO. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS® v28.

Se analizaron muestras de heces de 1.690 pacientes, detectándose *E. coli* en 947 casos (56%). De estos, 286 (30.2%) mostraron aglutinación positiva a uno de los antiseros. La PCR específica de estas últimas determinó presencia de DEC en 85 niños (29.7%). Existió predominio del género masculino n=55 (64,7%). La mediana de edad fue 2,1 años (rango 0,1 – 10 años). Los patotipos identificados fueron EAEC n=43 (50,6%), EPEC n=35 (41,2%); STEC n=6 (7,1%) y EIEC n=1 (1,2%). Los patotipos EAEC y EPEC fueron los más prevalentes en todos los grupos etarios (Figura 1). Solo se observó un caso de EIEC en un niño de 5 años. Todos los casos evolucionaron a la curación del cuadro infeccioso sin que ninguno haya requerido ingreso hospitalario.

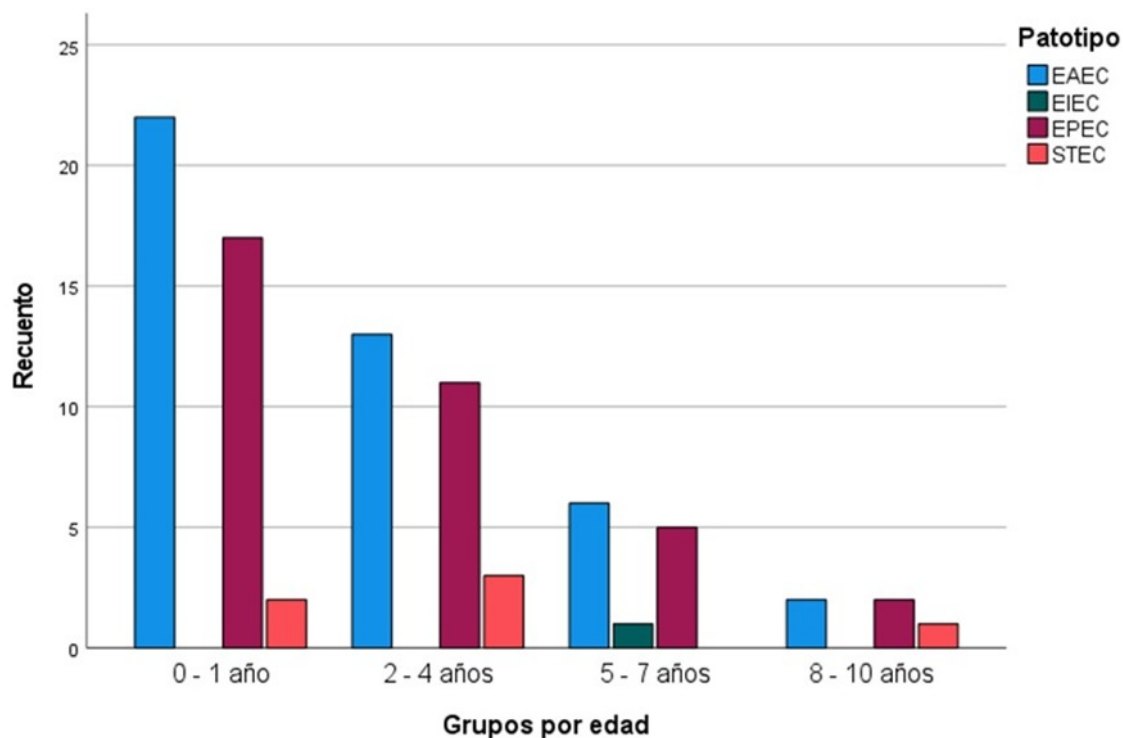


Figura 1. Distribución de patotipos según edad de los pacientes estudiados.

EAEC: *E. coli* enteroagregativa; EIEC: *E. coli* enteroinvasiva; EPEC: *E. coli* enteropatógena; STEC: *E. coli* productora de toxina Shiga.

Comparando el perfil de sensibilidad de estas cepas con los aislados globales de *E. coli* identificados durante el año 2022 en el ASVAO, no se evidencian grandes diferencias, si acaso se trata de cepas más sensibles, ninguna portadora de BLEE ni de carbapenemasas, el 2% de aislados resistentes a cefotaxima se podría atribuir a la presencia de *ampC* plasmídica una vez descartada BLEE. El resto de la comparativa se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Perfil de sensibilidad de la muestra comparada con los aislados globales de *E. coli* del año 2022 en ASVAO.

Antibiótico	Global ASVAO 2022 n = 4.550	Muestra analizada n = 85
Ampicilina	47,9%	41,2%
Amoxicilina/clavulánico	62,4%	52,9%
Piperacilina/tazobactam	93,6%	94,1%
Cefuroxima	85,9%	76,5%
Cefotaxima	90,9%	97,6%
Ertapenem	99,9%	100%
Meropenem	-	100%
Gentamicina	92,9%	97,6%
Ciprofloxacino	74,7%	95,2%
Trimetoprim/sulfametoxazol	74,6%	81,2%

La infección por DEC es un problema significativo en población pediátrica, especialmente en países en desarrollo, donde los síndromes diarreicos continúan

siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años [5]. No obstante, como se evidencia en la serie de casos que presentamos, también constituye una problemática relevante en países desarrollados. Los resultados revelan que las cepas EAEC y EPEC son las más prevalentes en la población estudiada; si bien los datos concuerdan con estudios previos, no resultan comparables, ya que la mayoría de investigaciones sobre prevalencia de DEC se han realizado en población pediátrica de Asia, Sudamérica y África [6-8].

Existen datos equiparables en todos los estudios, independientemente del área geográfica, como la mayor incidencia de DEC en niños menores de 5 años y de género masculino, datos que coinciden con los estudios de Shrivastava *et al.* [6], Peirano *et al.* [7] y Sumbana *et al.* [8]. En Europa podemos comparar nuestros resultados con los datos obtenidos en el estudio de Llorente *et al.* donde detectaron a EAEC en una proporción significativa de casos de diarrea endémica en España, especialmente en niños ≤ 5 años [9] e indirectamente con Vergadi *et al.* [10] que estudiaron el impacto de los enteropatógenos bacterianos y sus asociaciones en niños con diarrea en Creta, Grecia. A pesar de la alta especificidad y sensibilidad de los avances en el diagnóstico molecular, persisten dificultades significativas en la identificación y diferenciación de estas cepas, su implementación a gran escala en entornos con recursos limitados sigue siendo un desafío debido a los costos y la necesidad de personal capacitado. Es así, como la aglutinación puede suponer un sistema de despistaje asequible a cualquier laboratorio de Microbiología. Este trabajo también abre la puerta a investigaciones futuras que podrían centrarse en la evolución de la resistencia antimicrobiana en cepas de DEC en población pediátrica española teniendo en cuenta que no existen estudios que aborden dicha problemática.

- [Switching from a 2-dose to a 1-dose program of gender-neutral routine vaccination against human papillomavirus in Canada: a mathematical modelling analysis](#). CMAJ. 2024;196:e1136-e1143.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: cambiar a un esquema de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) de una dosis podría mantener beneficios de salud a nivel poblacional similares a los del esquema de dos dosis, al mismo tiempo que sería más eficiente en términos de uso de la vacuna.

Comentario de los revisores: cambiar de dos dosis a una dosis en el programa de vacunación contra el VPH en adolescentes puede ser efectivo, eficiente y aplicable a nuestro medio. Pero quedan algunas incógnitas, como la durabilidad en los países de renta per cápita alta, si el nuevo esquema desplazara la infección VPH a adultos de más de 40 años con consecuencias no conocidas. Por ello, serían necesarios más estudios a largo plazo para confirmar los datos del estudio.

- [Real-world effectiveness of nirsevimab against respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis](#). Lancet Child Adolesc Health. 2025 May 1:S2352-4642(25)00093-8.

INTRODUCCIÓN

El nirsevimab se aprobó en 2023 y se implementó en programas de inmunización para todos los lactantes en varios países de ingresos altos para prevenir la infección de las vías respiratorias inferiores (IVRI) causada por el virus respiratorio sincitial (VRS). El conocimiento de la eficacia en la práctica real de los programas amplios de nirsevimab es crucial para validar los beneficios observados en los ensayos clínicos y orientar la política de inmunización. Se evaluó la efectividad en el ámbito práctico real de nirsevimab en poblaciones en las que se introdujeron programas de inmunización infantil.

MÉTODOS

Para esta revisión sistemática y metanálisis, se realizaron búsquedas en MEDLINE, Embase, Web of Science, Scopus, Global Health y medRxiv desde el 1 de enero de 2023 hasta el 25 de febrero de 2025, con el fin de identificar estudios observacionales de programas de inmunización para lactantes de 2 años o menos en la práctica clínica habitual que informaran datos originales sobre la efectividad de nirsevimab en el mundo real. El análisis primario se centró en lactantes de 12 meses o menos. Los análisis agrupados se realizaron con modelos de efectos aleatorios de varianza inversa para los ingresos hospitalarios relacionados con el VRS, los ingresos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la incidencia de IVRI relacionada con el VRS. Para la duración de la estancia hospitalaria, se utilizó un modelo de efectos aleatorios de máxima verosimilitud restringida para estimar la diferencia de medias ponderada (DMP) en días entre los grupos nirsevimab y control.

RESULTADOS

Se identificaron y examinaron 1238 registros, de los cuales 32 estudios de cohortes y de casos y controles de cinco países (Francia, Italia, Luxemburgo, España y EE.UU.) se incluyeron en la revisión sistemática y 27 de ellos se incluyeron en el metanálisis. Nirsevimab se asoció con una menor probabilidad de hospitalización relacionada con el VRS (odds ratio 0,17; IC del 95%: 0,12-0,23; $I^2=85,8\%$), una menor probabilidad de ingreso en la UCI (0,19; 0,12-0,29; 55,6%) y una menor probabilidad de incidencia de IVRI (0,25; 0,19-0,33; 35,1%) en lactantes de 0 a 12 meses. Sin embargo, la duración de la estancia hospitalaria no difirió entre los grupos de nirsevimab y control (DMP 0,01; IC del 95%: -0,63 a 0,65; $I^2=62,3\%$).

INTERPRETACIÓN

Los hallazgos indican que los **beneficios de nirsevimab observados en los ensayos clínicos también son evidentes en la práctica en entorno real**, reduciendo eficazmente la carga de la enfermedad por VRS en lactantes y, en consecuencia, el uso de asistencia sanitaria.

COMENTARIO PERSONAL: Artículo de vital importancia y que se debe conocer puesto que evidencia una asociación de la administración de Nirsevimab con una menor tasa

de cuadros respiratorios severos causados por el VRS, además de extrapolarlo a la práctica clínica real y con una evidencia consistente (incluye un metanálisis).

- [Effectiveness of Nirsevimab Immunoprophylaxis Against Respiratory Syncytial Virus-related Outcomes in Hospital Care Settings: A Seasonal Cohort Study of Infants in Catalonia, Spain.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p 394-398, May 2025.

INTRODUCCIÓN

En Cataluña, los lactantes <6 meses de edad fueron elegibles para recibir nirsevimab, un nuevo anticuerpo monoclonal contra el virus respiratorio sincitial (VRS). Nuestro objetivo fue analizar la eficacia de nirsevimab en los resultados hospitalarios de la cohorte estacional (nacidos durante la epidemia de VRS de octubre a enero de 2024) y compararlos con la cohorte de captación retrospectiva (nacidos de abril a septiembre de 2023).

MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo de todos los lactantes nacidos entre el 1 de octubre de 2023 y el 21 de enero de 2024, según su inmunización con nirsevimab (inmunizados y no inmunizados). Se realizó un seguimiento de los individuos hasta el primer desenlace -visitas a urgencias hospitalarias, ingreso hospitalario o ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) debido a bronquiolitis asociada al VRS o a todas las causas-, la muerte o el final del estudio. Se utilizó el estimador de Kaplan-Meier y se ajustaron modelos de regresión de Cox utilizando una escala temporal de calendario para estimar los cocientes de riesgos (CR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Se realizó un análisis de sensibilidad mediante emparejamiento.

RESULTADOS

En 15.341 lactantes, una dosis de nirsevimab produjo un CR ajustado para ingreso hospitalario, ingreso en UCIP y visitas a urgencias debidas a bronquiolitis por VRS de 0,26 (IC del 95%: 0,17-0,39), 0,15 (IC del 95%: 0,07-0,28) y 0,46 (IC del 95%: 0,23-0,90), respectivamente. Para la bronquiolitis por todas las causas, los anteriores CR ajustados fueron 0,45 (IC del 95%: 0,31-0,63), 0,23 (IC del 95%: 0,13-0,41) y 0,49 (IC del 95%: 0,35-0,68), respectivamente.

CONCLUSIONES

Nirsevimab se asoció con reducciones del 74% y 85% de hospitalizaciones e ingresos en UCIP en relación con la bronquiolitis asociada al VRS, respectivamente. Estos porcentajes son ligeramente inferiores a los de la cohorte de recuperación. Esta información podría contribuir a la implementación de campañas de inmunización frente al VRS por parte de las autoridades de salud pública.

- [Comparative analysis of the clinical characteristics of severe Mycoplasma pneumoniae pneumonia and severe bacterial pneumonia in children.](#) BMC Pediatr; 2025; 25. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05804-4>.

Este estudio analiza las diferencias clínicas entre la neumonía grave por *Mycoplasma pneumoniae* (SMPP) y la neumonía grave bacteriana causada por *Streptococcus pneumoniae* (SPP) y *Haemophilus influenzae* (SHIP) en niños. Se realizó un análisis retrospectivo de 316 casos, evaluando datos demográficos, síntomas clínicos, pruebas de laboratorio, imágenes y broncoscopias.

Resultados principales:

- SMPP afecta a niños mayores (mediana de 45.5 meses) y tiene hospitalizaciones más largas (11 días) en comparación con SPP y SHIP.
- Los resultados de la neumonía por *M. pneumoniae* graves se caracterice por fiebre prolongada, niveles elevados de IL-6, LDH y D-dímero, consolidación pulmonar unilateral y mayor riesgo de complicaciones como embolismo pulmonar. Sorprende la caracterización de la consolidación pulmonar unilateral frente a la presentación de la NAC por *S. pneumoniae* y sin embargo en estas últimas junto con las NAC por *H. influenzae* presentaban más episodios de estertores húmedos/ sibilancias y sombras pulmonares irregulares bilaterales

Propósito

El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas de la neumonía grave por *Mycoplasma pneumoniae* y la neumonía bacteriana grave en niños para proporcionar una base para el reconocimiento clínico y el diagnóstico.

Métodos

Se trató de un análisis retrospectivo de 130 casos de neumonía grave por *Mycoplasma pneumoniae* (~~NMPP~~) SMPP, 81 casos de neumonía grave por *Streptococcus pneumoniae* (~~NPE~~) SPP y 105 casos de neumonía grave por *Haemophilus influenzae* (~~NHAI~~) SHIP en niños. Se compararon los datos demográficos, clínicos, de laboratorio y de imagen entre los grupos. Se utilizó el análisis de la varianza de una vía o la prueba de Kruskal-Wallis para las variables continuas, la prueba de ji-cuadrado para las variables categóricas y la prueba de suma de rangos para los datos clasificados. El nivel de significación estadística se fijó en $P < 0,05$.

Resultados

Todos los grupos mostraron predominio masculino ($P < 0,05$). El grupo de SMPP tenía pacientes de más edad, estancias hospitalarias más largas, fiebre prolongada y niveles más altos de interleucina 6, lactato deshidrogenasa y dímero D ($p < 0,05$). El diagnóstico por imagen reveló una mayor proporción de lesiones pulmonares sólidas unilaterales en la SMPP, con mayor estenosis traqueal, enfisema, derrame pleural y embolia pulmonar ($p < 0,05$). La broncoscopia con fibra óptica detectó más tapones de moco en SMPP ($P < 0,05$). Por el contrario, los grupos SPP y SHIP tenían pacientes más jóvenes, más estertores húmedos/sibilancias, mayores recuentos de leucocitos y cocientes de neutrófilos, y sombras pulmonares parcheadas bilaterales ($p < 0,05$).

Conclusión

Las diferencias en la edad de aparición, las pruebas de laboratorio, como la IL-6, y las manifestaciones de imagen entre la SMPP y la neumonía bacteriana grave pueden ayudarnos a reconocerlas precozmente y, por tanto, a dirigir el tratamiento de forma más adecuada.

- [BCG Revaccination for the Prevention of *Mycobacterium tuberculosis* Infection](#). N Engl J Med 2025;392:1789-1800.

En un ensayo clínico de fase 2 previo, la revacunación con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG) no demostró protección contra la primoinfección por *Mycobacterium tuberculosis*, pero sí previno la infección sostenida por *M. tuberculosis*, definida por una conversión inicial de negativo a positivo en la prueba QuantiFERON-TB (QFT) (ensayo de liberación de interferón γ), seguida de dos pruebas QFT positivas adicionales a los 3 y 6 meses después de la conversión inicial (criterio de valoración secundario). Se observó una eficacia de la vacuna del 45 % (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 6 a 68).

- [Acellular Pertussis Vaccine Given in the Week After Birth Does Not Impair Antibody Responses to Later Childhood Doses](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p 476-483, May 2025.

INTRODUCCIÓN

La vacunación frente a la tosferina con la vacuna acelular (Pa) al nacimiento puede ser una alternativa valiosa para la inmunidad frente a la tosferina infantil cuando no se ha administrado una vacuna frente a la tos ferina durante el embarazo. Se evaluó si una dosis al nacer puede perjudicar las respuestas de inmunoglobulina G (IgG) a los refuerzos de tosferina infantil.

MÉTODOS

Los niños de un ensayo controlado aleatorizado previo que recibieron una vacuna monovalente de 3 componentes contra la Pa y la hepatitis B al nacer (grupo Pa) o sólo contra la hepatitis B (grupo control) seguida de Infanrix hexa a los 2, 4 y 6 meses de edad fueron aleatorizados para recibir una vacuna combinada de dosis alta o baja contra la difteria-tétanos y la tos ferina acelular (DTPa-Infanrix/dTpa-Boostrix) a los 18 meses y a los 4 años. Se midió la IgG específica de DTPa en suero antes y después del refuerzo a los 18 meses y a los 4 años para determinar la inmunogenicidad y la posible hipersensibilidad a los distintos calendarios de vacunación.

RESULTADOS

Los niños que recibieron una dosis neonatal de Pa mejoraron la persistencia de la IgG contra la toxina de la tos ferina y las respuestas a la IgG contra la pertactina y la hemaglutinina filamentosa tras la vacunación a los 18 meses. No se detectó disminución en la respuesta a lo largo del periodo de estudio, y todos los esquemas mostraron una buena inmunogenicidad a los refuerzos posteriores. La vacuna DTPa de

dosis alta indujo sistemáticamente títulos de anticuerpos más elevados que la vacuna dTpa de dosis baja. Cualquiera de las dosis de refuerzo fue capaz de mantener la inmunidad entre los 6 meses y los 4 años.

CONCLUSIONES

Una dosis al nacimiento de la vacuna acelular contra la tosferina no deteriora las respuestas de anticuerpos a las dosis de refuerzo de las vacunas contra la tosferina y puede ser una alternativa para la protección contra la tosferina infantil precoz cuando el refuerzo contra la tos ferina no se ha administrado durante el embarazo.

COMENTARIO: Este estudio aborda la prevención de la tosferina en los niños que tienen un mayor riesgo (recién nacidos de madres no vacunadas durante el embarazo) estableciendo la vacunación al nacimiento como una opción al establecer la ausencia de interferencia en la posterior inmunización, aunque no tanto como cerciorando su eficacia con variables clínicas (protección) para lo cual se precisarían de futuros estudios.

- [Breadth of immune response, immunogenicity, reactogenicity, and safety for a pentavalent meningococcal ABCWY vaccine in healthy adolescents and young adults: results from a phase 3, randomised, controlled observer-blinded trial.](#)
Lancet Infect Dis. 2025 May;25(5):560-573.

INTRODUCCIÓN

Una vacuna multicomponente contra los serogrupos meningocócicos ABCWY (MenABCWY) podría proporcionar una amplia protección contra las cepas meningocócicas causantes de la enfermedad y simplificar el calendario de vacunación. El objetivo de este ensayo era confirmar el efecto de la vacuna autorizada contra el serogrupo meningocócico B (MenB), 4CMenB, frente a diversas cepas de MenB, y evaluar la amplitud de la respuesta inmunitaria frente a un panel de 110 cepas de MenB para MenABCWY, que contiene los componentes antigénicos de 4CMenB y de la vacuna autorizada contra los serogrupos ACWY, MenACWY-CRM, la no inferioridad de la respuesta inmunitaria con MenABCWY frente a 4CMenB y MenACWY-CRM, la seguridad y la consistencia entre lotes de MenABCWY.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un ensayo de fase 3 aleatorizado, controlado, ciego a los observadores, de adolescentes y adultos jóvenes sanos (de 10 a 25 años de edad) en 114 centros de Australia, Canadá, Chequia, Estonia, Finlandia, Turquía y EE.UU.. Los criterios de exclusión incluían la vacunación previa con una vacuna MenB o (en los últimos 4 años) con la vacuna MenACWY. Los participantes fueron asignados aleatoriamente (proporción 5:5:3:3:3:1) mediante un sistema central de aleatorización utilizando un procedimiento de minimización para recibir 4CMenB en los meses 0, 2 y 6 (en lo sucesivo, 4CMenB 0-2-6); o 4CMenB en los meses 0 y 6 (en lo sucesivo, 4CMenB 0-6); o MenABCWY (tres grupos, cada uno de los cuales recibió un lote de producción del componente MenACWY-CRM) en los meses 0 y 6; o MenACWY-CRM en el mes 0. La

demostración en el conjunto por protocolo de la consistencia de tres lotes del componente MenACWY-CRM de la vacuna MenABCWY fue un objetivo primario (demostrado con IC del 95% de dos caras para la proporción de títulos medios geométricos de anticuerpos bactericidas en suero humano [hSBA] frente a cada serogrupo dentro de los criterios predefinidos [0,5-2,0]). Los criterios de valoración primarios (amplitud de la respuesta inmunitaria) para el componente MenB de MenABCWY y 4CMenB se midieron utilizando el ensayo de complemento endógeno hSBA (enc-hSBA) frente a un panel de 110 cepas diversas de enfermedad invasiva MenB. Para cada muestra de suero, se seleccionaron al azar 35 cepas del panel de 110 cepas MenB. Los datos sobre la amplitud de la respuesta inmunitaria de 4CMenB se han publicado por separado. Para MenABCWY, la amplitud de la respuesta inmunitaria se evaluó en dos análisis: un análisis basado en pruebas del porcentaje de muestras (pruebas) sin actividad sérica bactericida frente a cepas de MenB 1 mes después de dos dosis de MenABCWY frente al porcentaje después de una dosis de MenACWY-CRM en el conjunto por protocolo, y un análisis basado en respondedores del porcentaje de participantes (respondedores) cuyos sueros mataron el 70% o más de las cepas 1 mes después de dos dosis de MenABCWY en el conjunto de análisis completo. Un límite inferior del IC del 95% de dos caras por encima del 65% demostraría la amplitud de la respuesta inmunitaria. Otros resultados primarios incluyeron la no inferioridad (margen del 5%) de dos dosis de MenABCWY frente a dos dosis de 4CMenB mediante el ensayo enc-hSBA en el conjunto por protocolo, la no inferioridad (margen del 10%) de dos dosis de MenABCWY frente a una dosis de MenACWY-CRM en participantes no vacunados con MenACWY mediante el ensayo hSBA tradicional en el conjunto por protocolo, y la seguridad en todos los participantes vacunados.

RESULTADOS

Entre el 14 de agosto de 2020 y el 3 de septiembre de 2021, se inscribieron y asignaron aleatoriamente 3651 participantes (900 en el grupo 4CMenB 0-2-6 y 908 en el grupo 4CMenB 0-6, 1666 en los tres grupos MenABCWY combinados y 177 en el grupo MenACWY-CRM). Se cumplieron todos los objetivos primarios de MenABCWY. Se demostró la consistencia de las respuestas inmunitarias frente a los tres lotes de producción del componente MenACWY de MenABCWY, ya que los IC del 95% de dos caras para los cocientes de los títulos medios geométricos de hSBA frente a los serogrupos A, C, W e Y para cada par de lotes estaban dentro de los criterios de equivalencia predefinidos. Los datos de los lotes se agruparon para el resto de criterios de valoración MenABCWY. Mediante el ensayo enc-hSBA, la amplitud de la respuesta inmunitaria frente al panel de cepas MenB fue del 77,9% (IC del 95%: 76,6 a 79,2) en el análisis basado en la prueba y del 84,1% (81,4 a 86,5; 687 de 817 participantes) en el análisis basado en el respondedor. Se demostró la no inferioridad de MenABCWY frente a 4CMenB mediante el ensayo enc-hSBA: la diferencia en el porcentaje de muestras con actividad sérica bactericida entre el grupo de MenABCWY (82-5% [IC 95%: 82,1 a 83,0]; 21 222 de 25 715) y el grupo de 4CMenB 0,2 (83,1% [82,7 a 83,6]; 22 921 de 27 569) fue de -0,61% (-1,25 a 0,03). Se demostró la no inferioridad de dos dosis de MenABCWY frente a una dosis de MenACWY-CRM mediante el ensayo

tradicional de hSBA, con diferencias entre el grupo MenABCWY y el grupo MenACWY en los porcentajes de participantes con un aumento cuádruple de los títulos de hSBA de 11,3% (5,9 a 19,0) para el serogrupo A, 47,2% (38,1 a 56,3) para el serogrupo C, 35,3% (26,9 a 44,5) para el serogrupo W, y 27,0% (19,4 a 35,8) para el serogrupo Y. La reactogenicidad de MenABCWY fue mayoritariamente de gravedad leve o moderada y transitoria, con frecuencias similares de acontecimientos adversos en los grupos MenABCWY y 4CMenB y no se identificaron problemas de seguridad.

INTERPRETACIÓN

Este estudio demuestra la **amplitud de la respuesta inmunitaria frente a un panel de 110 cepas MenB para el componente MenB de la vacuna MenABCWY en fase de investigación, cuando se administra como pauta de 0-6 meses a la población diana de adolescentes y adultos jóvenes, cumpliéndose los criterios de éxito predefinidos tanto para la amplitud de los criterios de valoración de la respuesta inmunitaria como para la no inferioridad frente a 4CMenB**. Esta vacuna en fase de investigación podría proporcionar una amplia cobertura frente a los serogrupos meningocócicos en un programa de inmunización simplificado, ayudando así a la salud pública a prevenir la enfermedad meningocócica invasiva debida a cinco serogrupos de *Neisseria meningitidis* en adolescentes y adultos jóvenes.

COMENTARIO PERSONAL: Se debe tener en cuenta que este estudio compara la vacuna en investigación ABCWY frente a las vacunas MenB y Men ACWY en términos de inmunogenicidad, teniendo en cuenta que no estudia parámetros puramente clínicos y que se ciñe al grupo de adolescentes, en lo que a los pediatras nos concierne.

- [Letter: Opportunistic vaccination in a children's hospital outpatients department](#) *Archives of Disease in Childhood* 2025;**110**:411-412.

La cobertura de vacunación para todas las inmunizaciones infantiles de rutina es menor en Londres que en otras regiones inglesas y está por debajo de los objetivos de la OMS. 1 Esto se debe a factores que incluyen presiones sostenidas en la atención primaria y barreras estructurales para acceder a la vacunación, agravadas por la privación, otras desigualdades sociales y la movilidad poblacional, 2 exacerbadas por la pandemia de COVID-19. 3 La vacunación oportunista en entornos de atención secundaria, combinada con los esfuerzos existentes en atención primaria, puede ser un enfoque para aumentar la cobertura y reducir las desigualdades para las comunidades desatendidas.

Nuestro estudio evaluó la viabilidad de la inmunización oportunista administrada en un servicio ambulatorio del Evelina Children's Hospital de Londres, entre octubre y diciembre de 2022. El servicio consistió en un modelo de atención local, con el servicio externo de vacunación de Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust (GSTT), que estableció clínicas de vacunación en el servicio ambulatorio. Se administraron vacunas con vacuna antipoliomielítica inactivada para apoyar...

- [Active Post-marketing Safety Surveillance of Nirsevimab Administered to Children in Western Australia, April–July 2024](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p e174-e176, May 2025.

A los niños que recibieron nirsevimab se les envió por SMS un enlace a una encuesta en línea para controlar los acontecimientos adversos tras la vacunación. Un total de 4340 padres recibieron el enlace, al que respondieron 1195 (27,5%). Cuarenta y siete (11,4%) de 410 niños que recibieron nirsevimab solo y 230 (29,3%) de 785 niños que recibieron nirsevimab coadministrado notificaron alguna reacción. Ningún acontecimiento adverso requirió atención hospitalaria ni dejó secuelas.

COMENTARIO: Los efectos adversos evidenciados fueron en su mayoría leves (fatiga, fiebre, reacciones locales leves, síntomas gastrointestinales) y se asociaron a la coadministración de otras vacunas ($p < 0.001$).

- [Presencia emergente de microorganismos de crecimiento lento en urocultivos. Análisis clínico y microbiológico](#). Rev Esp Quimioter. 2025 Feb 6;38(2):75-83. doi: 10.37201/req/101.2024.

Introducción: Se analiza la prevalencia, características clínicas y sensibilidad antibiótica de los microorganismos de crecimiento lento *Corynebacterium urealyticum*, *Corynebacterium glucuronolyticum*, *Lactobacillus delbrueckii* y *Aerococcus* spp. en urocultivos.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo, realizado en un Hospital Regional. Se seleccionaron los informes de episodios clínicos con aislamiento único de los microorganismos anteriores, entre enero de 2016 y diciembre de 2023.

Resultados: Se incluyeron 186 episodios, que correspondieron al 0,44% del total de muestras analizadas. La especie más frecuentemente aislada fue *Aerococcus urinae*. De forma global, los factores de riesgo fueron la presencia de sonda vesical permanente (24,73%), inmunosupresión (24,19%), cuidados sanitarios (35,48%), diabetes mellitus (19,89%), alteraciones nefrourológicas (31,18%) y antibioterapia previa (35,48%). Las infecciones urinarias por *Aerococcus* spp. predominaron en pacientes de edad avanzada, con alteraciones nefrourológicas y con historia de antibioterapia los 3 meses previos. *C. glucuronolyticum*, *C. urealyticum* y *L. delbrueckii* se asociaron a situaciones de inmunosupresión, cuidados sanitarios y antibioterapia previa. *C. urealyticum* se asoció también a la presencia de sonda vesical permanente.

Conclusiones: Los microorganismos emergentes oportunistas de crecimiento lento representan un pequeño porcentaje de los agentes etiológicos en las infecciones del tracto urinario, aunque de importante y creciente interés clínico, dado su papel patógeno en presencia de determinadas circunstancias y factores de riesgo, y su dificultad en el diagnóstico de laboratorio. Se requiere la realización de antibiograma para un tratamiento dirigido adecuado.

Comentario GPI: aunque la mayoría de los pacientes son de edad avanzada, también se incluye a algunos de edad pediátrica

- [Oral gepotidacin for the treatment of uncomplicated urogenital gonorrhoea \(EAGLE-1\): a phase 3 randomised, open-label, non-inferiority, multicentre study](#). Lancet. 2025 May 3;405(10489):1608-1620.

INTRODUCCIÓN

La gepotidacina, un antibacteriano triazaenafteno bactericida de primera clase que inhibe la replicación del ADN bacteriano, demostró ser eficaz y bien tolerado en el tratamiento de infecciones urinarias no complicadas. Se evaluó la eficacia y seguridad de la gepotidacina para el tratamiento de la gonorrea urogenital no complicada.

MÉTODOS

EAGLE-1 es un estudio de fase 3, abierto, ciego, multicéntrico y de ausencia de inferioridad en el que se evaluó la gepotidacina oral (dos dosis de 3.000 mg administradas con un intervalo de 10-12 horas) en comparación con 500 mg de ceftriaxona intramuscular más 1 g de azitromicina oral para el tratamiento de la gonorrea. Los participantes elegibles tenían 12 años o más, un peso corporal superior a 45 kg y sospecha de gonorrea urogenital no complicada (incluida secreción mucopurulenta), una prueba de laboratorio positiva para *Neisseria gonorrhoeae*, o ambas cosas. Los participantes fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 a cada grupo de tratamiento, estratificados por sexo (anatomía urogenital original al nacer) y orientación sexual (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres [HSH], hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres [HSH] y mujeres) en combinación, y grupo de edad (edad <18 años, ≥18 a 65 años, o >65 años). El criterio principal de valoración de la eficacia fue el éxito microbiológico, definido como la erradicación bacteriana confirmada por cultivo de *N gonorrhoeae* de la zona urogenital en la prueba de curación (días 4-8). El margen de no inferioridad se preespecificó en -10%. El resultado primario se evaluó en la población microbiológica por intención de tratar (micro-IT), todos los participantes asignados aleatoriamente a un tratamiento de estudio que recibieron al menos una dosis de su tratamiento de estudio y tenían *N gonorrhoeae* susceptible a la ceftriaxona confirmada aislada del cultivo basal de su espécimen urogenital. La población de seguridad incluyó a todos los participantes que recibieron una o más dosis de cualquier tratamiento del estudio.

RESULTADOS

Entre el 21 de octubre de 2019 y el 10 de octubre de 2023, se asignaron aleatoriamente 628 participantes (314 asignados a cada grupo de tratamiento). En general, 39 (6%) de los 628 participantes interrumpieron el estudio prematuramente (20 en el grupo de gepotidacina y 19 en el grupo de ceftriaxona más azitromicina), siendo el motivo principal la pérdida de seguimiento. La población micro-IT incluyó 406 participantes (202 en el grupo de gepotidacina y 204 en el grupo de ceftriaxona más azitromicina). La mayoría de los participantes de la población micro-IT eran hombres (372 [92%] frente a 34 [8%] mujeres), y había un mayor porcentaje de participantes que eran HSH (290 [71%]) en comparación con los participantes que eran TSM (82 [20%]). Los participantes eran predominantemente blancos (299 [74%]) o negros o

afroamericanos (61 [15%]), y 70 (17%) se identificaron como hispanos o latinos. Los resultados del análisis primario de la respuesta microbiológica en la prueba de curación demostraron unas tasas de éxito microbiológico del 92,6% (187 de 202 [IC del 95%: 88,0 a 95,8]) en el grupo de gepotidacina y del 91,2% (186 de 204 [86,4 a 94,7]) en el grupo de ceftriaxona más azitromicina (diferencia de tratamiento ajustada -0,1% [IC del 95%: -5,6 a 5,5]). La gepotidacina no fue inferior a la ceftriaxona más azitromicina. No se observó persistencia bacteriana de *N gonorrhoeae* urogenital en el test de cura en ninguno de los dos grupos. El grupo de gepotidacina presentó tasas más elevadas de acontecimientos adversos y acontecimientos adversos relacionados con el fármaco, principalmente debidos a acontecimientos adversos gastrointestinales, y casi todos fueron leves o moderados. No se produjeron acontecimientos adversos graves o serios relacionados con el tratamiento en ninguno de los grupos.

INTERPRETACIÓN

La gepotidacina demostró no ser inferior a la ceftriaxona más azitromicina para la *N gonorrhoeae* urogenital, sin nuevos problemas de seguridad, ofreciendo una nueva opción de tratamiento oral para la gonorrea urogenital no complicada.

COMENTARIO PERSONAL: El interés de este estudio radica en que aborda la posibilidad de un antimicrobiano novedoso, con posibilidad de administración vía oral, para una entidad cada vez más frecuente en población pediátrica (adolescentes), incluyendo a pacientes desde los 12 años de edad. Mencionar que los pacientes se testaron para Chlamydia y Mycoplasma genitalum y excluidos si se sospechaba o confirmaba Chlamydia, dato relevante, dado que la comparación se realiza con biterapia y las variables son específicas para la infección gonocócica.

- [Plasma Microbial Cell-free DNA Sequencing for Diagnosis of Pediatric Lyme Disease.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(5):p 473-475, May 2025.

La enfermedad de Lyme es una de las infecciones zoonóticas más prevalentes en los países occidentales. Durante décadas, la norma de diagnóstico ha seguido siendo una combinación de signos y síntomas clínicos con serología. Como ocurre con cualquier prueba serológica, la sensibilidad es baja al principio de la infección. Una vez formados, los anticuerpos anti-*Borrelia burgdorferi* pueden persistir durante décadas. Como resultado, la serología distingue de forma inconsistente las infecciones previas de las nuevas y, en general, no es útil como prueba de curación.

Se realizó un estudio exploratorio de la secuenciación del ADN microbiano libre de células en plasma para el diagnóstico de la enfermedad de Lyme entre pacientes pediátricos. Se observaron niveles bajos de ADN microbiano libre de células de *Borrelia burgdorferi* (<3-5 moléculas por microlitro) en 6/9 participantes confirmados serológicamente, incluidos 4/5 con artritis y 2/3 con eritema migratorio múltiple.

COMENTARIO PERSONAL: Dado que la enfermedad de Lyme es una entidad que se ve cada vez con más frecuencia en nuestro medio, dada la extensión del vector, es

interesante que se conozcan posibilidades novedosas para el diagnóstico, el cual en ocasiones supone un reto.

- [Use of a rapid detection test for extended-spectrum beta-lactamase from direct blood culture: an antimicrobial stewardship tool in a tertiary hospital in Spain.](#) Rev Esp Quimioter. 2025 Feb 6;38(2):84-96. doi: 10.37201/req/108.2024.

Introducción. Las bacteriemias por bacilos gramnegativos suponen una carga considerable para los sistemas sanitarios, debido principalmente a la resistencia antibiótica y a los retrasos en la administración de un tratamiento antimicrobiano (TA) adecuado. El objetivo de este estudio fue describir la implementación de un test de detección rápida (TDR) para identificar bacteriemias por *Enterobacterales* productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) de tipo CTX-M como herramienta para los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) en un hospital terciario de España.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio transversal de muestras de hemocultivo de pacientes adultos (≥ 18 años) ingresados en un hospital terciario de España (enero 2021-febrero 2024). Se incluyeron hemocultivos con una identificación confirmada de microorganismos del orden Enterobacterales. Se utilizó un TDR para detectar BLEE CTX-M a partir de hemocultivo directo. Los resultados se comunicaron al equipo PROA de nuestro hospital. Se analizaron los datos de historias clínicas electrónicas y de nuestro sistema de información de laboratorio para explorar la utilidad de la implementación del TDR.

Resultados. Se incluyeron 250 hemocultivos. En 41/250 (16,4%) pacientes no se había prescrito tratamiento antimicrobiano empírico (TAE), pero en 33/250 (13,2%) se inició adecuadamente tras la notificación de los resultados del TDR. Entre los que ya recibían TAE (209/250, 83,6%), se observaron acciones inapropiadas y apropiadas en el tratamiento en 18/250 (7,2%) y 191/25 (76,4%) pacientes, respectivamente. Tras disponer de los resultados de susceptibilidad antibiótica de rutina, 241 pacientes (96,4%) recibieron tratamiento adecuado.

Conclusiones. Este estudio demostró la aplicación de un TDR para detectar BLEE CTX-M en muestras de hemocultivo directo en un hospital terciario. La notificación temprana de los resultados de un TDR permitió a los médicos y a los equipos PROA optimizar el tratamiento antibiótico.

- [Efficacy and safety of ziresovir in hospitalised infants aged 6 months or younger with respiratory syncytial virus infection in China: findings from a phase 3 randomised trial with 24-month follow-up.](#) Lancet Child Adolesc Health. 2025 May;9(5):325-336.

INTRODUCCIÓN

El virus respiratorio sincitial (VRS) es una infección especialmente peligrosa en algunas poblaciones, incluidos los lactantes muy pequeños. Este estudio examinó la eficacia y seguridad de ziresovir en lactantes hospitalizados de 6 meses o menos con infección por VRS

MÉTODOS

En este ensayo doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo realizado en 28 hospitales de China, se asignó aleatoriamente (2:1) a pacientes de 1 a 24 meses hospitalizados por infección por VRS confirmada virológicamente a recibir ziresovir (10-40 mg por peso dos veces al día) o placebo por vía oral durante 5 días, con 2 años de seguimiento. Los pacientes se incluyeron si tenían una puntuación clínica de bronquiolitis de Wang (WBCS) de al menos 5 en la primera dosis y se les administró la primera dosis del fármaco del estudio en los 7 días siguientes al inicio de los síntomas de la infección por VRS. En este subanálisis preespecificado de pacientes de 6 meses o menos en el momento de la aleatorización, se analizó el criterio de valoración principal (cambio respecto al valor basal en la WBCS el día 3 [48 h después del valor basal]) en la población infectada por intención de tratar (IT) (compuesta por pacientes que recibieron al menos una dosis del fármaco del estudio y que tenían una infección por VRS confirmada por PCR). Los criterios de valoración de seguridad se evaluaron en todos los pacientes que recibieron al menos una dosis.

RESULTADOS

Los participantes fueron reclutados entre el 22 de septiembre de 2020 y el 19 de enero de 2022, y se les realizó un seguimiento hasta el 4 de febrero de 2024. Entre los pacientes de 6 meses o menos, 188 participantes (125 en el grupo de ziresovir y 63 en el grupo de placebo) recibieron al menos una dosis del fármaco del estudio y se incluyeron en el análisis de seguridad, mientras que la población IT incluyó a 150 pacientes (100 en el grupo de ziresovir y 50 en el grupo de placebo). En el grupo de ziresovir, 33 (26%) de los 125 pacientes eran mujeres, 92 (74%) eran varones, la media de edad era de 3,4 meses (DE 1,4) y la media basal de WBCS era de 6,8 (DE 1,7). En el grupo placebo, 15 (24%) de 63 pacientes eran mujeres, 48 (76%) eran varones, la edad media era de 3,3 meses (1,5), y la WBCS basal media era de 6,9 (1,8). El cambio medio por mínimos cuadrados en la WBCS desde el inicio hasta el día 3 fue de -3,5 puntos (IC del 95%: -3,9 a -3,1) con ziresovir frente a -2,2 puntos (-2,8 a -1,7) con placebo (diferencia -1,2 [IC del 95%: -1,9 a -0,6], $p=0,0004$). Se produjeron acontecimientos adversos emergentes del tratamiento relacionados con el fármaco en 22 (18%) de los 125 pacientes que recibieron ziresovir y en siete (11%) de los 63 pacientes que recibieron placebo. No se observaron acontecimientos adversos graves relacionados con el fármaco y no se produjo ninguna muerte.

INTERPRETACIÓN

El ziresovir presentó un perfil de seguridad favorable y se asoció a un beneficio clínico significativo durante el periodo de tratamiento en comparación con el placebo en pacientes de 6 meses o menos.

- [Sífilis congénita en aumento. Revisión de 5 años en un hospital de referencia en Portugal](#) An Pediatr (Barc). 2025;102:503800

Se ha descrito en todo el mundo el resurgimiento de la sífilis, en su día prácticamente erradicada, con el consiguiente riesgo para los recién nacidos. El informe epidemiológico anual europeo de 2022 sobre la sífilis congénita (SC) mostró una tendencia creciente en el número de casos notificados tras el año 2020, identificando a Portugal como uno de los 3 países con la mayor incidencia tanto en 2021 como en 2022¹. Aunque no están disponibles los datos europeos para el 2023, el Departamento de Salud de Minnesota, Estados Unidos, informó de un aumento del 44% en la incidencia regional de la SC con la notificación de 29 casos, el número más alto de los últimos 40 años². A nivel global, la sífilis perinatal es la segunda causa de nacimiento sin vida y genera una morbilidad importante³. En el caso de madres con sífilis temprana no tratada, la transmisión vertical ocurre en el 70-100% de los embarazos y causa la muerte fetal en un tercio de los casos³. La transmisión madre-hijo se produce al final del embarazo (después de las 28 semanas), por lo que el tratamiento precoz de la sífilis materna con penicilina previene las complicaciones fetales. En Portugal, se realiza el cribado de sífilis de todas las mujeres embarazadas en cada trimestre con la prueba de laboratorio de enfermedades venéreas (VDRL, del inglés *venereal disease research laboratory*).

Con objeto de caracterizar la incidencia de SC en Portugal en un hospital de atención terciaria, se llevó a cabo un estudio retrospectivo incluyendo a niños con exposición intrauterina a la sífilis y/o infección congénita en 2018-2022 seguidos en nuestro hospital. Se recogieron datos sobre características sociodemográficas, pruebas maternas de VDRL y títulos del recién nacido/niño, coinfecciones, registros de nacimiento, tratamiento materno durante el embarazo, características clínicas, tratamiento del niño y seguimiento.

Presentamos los casos de 9 bebés de madres con infección por *Treponema pallidum*.