

## Carta al Director

Helena Gil-Campesino<sup>1</sup>  
Berta Pino-Calm<sup>1</sup>  
Laia Ferré Moragues<sup>2</sup>  
Mónica Rivero Falero<sup>2</sup>  
Julia Alcoba-Flórez<sup>1</sup>

## Parto prematuro y colonización por *Ureaplasma parvum*

<sup>1</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

<sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

### Article history

Received: 20 June 2017; Revision Requested: 12 December 2017; Revision Received: 15 December 2017; Accepted: 20 December 2017

Sr. Editor: La corioamnionitis es una inflamación de origen infeccioso de las membranas placentarias que puede extenderse al contenido amniótico (líquido amniótico, feto y cordón). En ocasiones da lugar a complicaciones maternas como sepsis, hemorragia post-parto por atonía uterina y endometritis. En el feto se traducen en hemorragia intraventricular, asfisia, muerte perinatal o sepsis neonatal precoz, que pueden generar afectaciones neurológicas a largo plazo [1]. *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma* spp. son bacterias exentas de pared celular exigentes nutricionalmente por lo que requieren medios de cultivo específicos. Ambos forman parte de la flora vaginal normal de personas sexualmente activas [2]. Estas dos especies se han asociado entre otras, a infecciones neonatales como bacteriemia, neumonía congénita, desarrollo de broncodisplasia [3], meningitis y abscesos; aumento de la incidencia en el parto prematuro, enfermedad pélvica inflamatoria y corioamnionitis aunque su papel patógeno no está claro.

Mujer gestante de 24+5 semanas que acude al Hospital por expulsión de líquido amniótico. Sin antecedentes personales de interés. Embarazo controlado con cribaje de *Streptococcus agalactiae* y urinocultivo negativos. A su llegada se encuentra afebril y normotensa. En la exploración física destaca vagina con leucorrea, cérvix cerrado y expulsión de líquido amniótico claro. Ingresa para control de su embarazo iniciándose antibioterapia empírica i.v. con ampicilina y gentamicina que se suspende al tercer día al no confirmarse infección. La paciente se mantiene estable hasta la semana 28+4 cuando inicia dinámica uterina persistente a pesar de tocolisis intravenosa. En la analítica destaca leucocitosis de 19.000/mm<sup>3</sup> con 92% neutrófilos, por lo que ante la sospecha

de corioamnionitis se pauta tratamiento con clindamicina y gentamicina e.v.. Tras el parto se recogen muestras de placenta para cultivo microbiológico y se siembran, según protocolo normalizado de trabajo, en los siguientes medios de cultivo: caldo de tioglicolato, agar sangre, MacConkey, chocolate, y en medios selectivos para *S. agalactiae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis* y *Candida* spp. Al no aislarse ningún microorganismo, se aumentó el estudio con la siembra en caldo urea arginina LYO 2 y placas de agar A7 (BioMérieux®) para detección de *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma* spp. Además, se realiza una PCR multiplex (Anyplex™ IISTI-7 Detection Segeene®) para detección de microorganismos de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Mycoplasma genitalium*, *N. gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma parvum* y *Ureaplasma urealyticum*).

*Ureaplasma* spp. se aisló en medio de cultivo y mediante PCR se determinó la especie identificándose *U. parvum*. A las 29 semanas de gestación se produce parto eutócico. Presenta problemas típicos de la prematuridad como enfermedad de membrana hialina (requiriendo ventilación no invasiva y una dosis de surfactante pulmonar), apneas e ictericia. Con los resultados obtenidos en la placenta, se estudia probable colonización del recién nacido. Se obtiene resultado positivo para *U. parvum* en exudado faríngeo por lo que se inicia tratamiento dirigido con azitromicina i.v. durante 72 horas. La niña presenta buena evolución, y tras 52 días de ingreso se da de alta.

Cada vez existen más estudios que relacionan la corioamnionitis y el parto prematuro con infecciones por *Ureaplasma* spp. y *M. hominis* [4,5]. Ante la sospecha clínica de corioamnionitis con cultivos negativos deberíamos incluir el estudio microbiológico de estos patógenos para descartar el papel de los mismos en la infección. Las técnicas moleculares, a diferencia del cultivo, permiten identificar las especies de *Ureaplasma*, observándose en diversos estudios una alta prevalencia de *U. parvum*, superior a *U. urealyticum* [4]. No debemos olvidar que estos microorganismos pueden formar parte de la flora bacteriana urogenital sin causar clínica. Son

Correspondencia:  
Helena Gil Campesino  
Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Ctra. del Rosario, 145, 38010, Santa Cruz de Tenerife.  
Tfno.: 922 602 239  
E-mail: helegc@hotmail.com

necesarios estudios que permitan identificar marcadores predictivos de invasividad y patogenicidad de *Ureaplasma* spp. y *Mycoplasma* spp, para diferenciar el papel entre colonización e infección y así prevenir el desarrollo de enfermedades con comorbilidad importante como la broncodisplasia en neonatos. Otro aspecto importante es el tratamiento empírico. Ampicilina más gentamicina es el tratamiento empírico de elección ante una corioamnionitis [6], no siendo efectivo ante una infección por *Ureaplasma* spp. y *Mycoplasma* spp., por lo que deberíamos plantear la inclusión de búsqueda de estos patógenos en los protocolos de trabajo con sospecha de corioamnionitis para poder administrar el tratamiento adecuado lo antes posible.

## FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este estudio.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tita, A. and Andrews, W. Diagnosis and Management of Clinical Chorioamnionitis. *Clin Perinatol.* 2010;37(2):339-54. DOI: 10.1016/j.clp.2010.02.003.
2. Baum, SG. *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* infections. In: UpToDate, Sexton, DJ, Edwards, MS and Bloom, A (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2017. [online] Available at: [https://www.uptodate.com/contents/mycoplasma-hominis-and-ureaplasma-urealyticuminfections?source=search\\_result&search=mycoplasma%20hominis%20ureaplasma&selectedTitle=1~46](https://www.uptodate.com/contents/mycoplasma-hominis-and-ureaplasma-urealyticuminfections?source=search_result&search=mycoplasma%20hominis%20ureaplasma&selectedTitle=1~46) [Accessed 17 Apr. 2017].
3. Sánchez Luna M. Displasia broncopulmonar y azitromicina, ¿una solución o un nuevo problema? *Evid Pediatr.* 2015;11:32.
4. Cox C, Saxena N, Watt AP, Gannon C, McKenna JP, Fairley DJ, et al. The common vaginal commensal bacterium *Ureaplasma parvum* is associated with chorioamnionitis in extreme preterm labor. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(22):3646-51. DOI: 10.3109/14767058.2016.1140734
5. Murtha, A. and Edwards, J. The Role of *Mycoplasma* and *Ureaplasma* in Adverse Pregnancy Outcomes. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014;41(4):615-27. DOI: 10.1016/j.ogc.2014.08.010
6. Mensa Pueyo, J., Gatell Artigas, J. and García Sánchez, J. Guía de terapéutica antimicrobiana. 2017. 1st ed. Barcelona: Antares.
7. Acosta Boga, B., Codina Grau, M., Matas Andreu, L. and Meseguer Peinado, M. Diagnóstico microbiológico de las infecciones por *Mycoplasma* spp. y *Ureaplasma* spp. *Procedimientos en Microbiología Clínica.* 2011 [online] Available at: <http://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia40.pdf> [Accessed 16 Jun. 2017].
8. Trujillo Soto T, Arca Suárez J, Tello Nieto S, Broullón Molanes J, Fernández Gutiérrez del Álamo C, Rodríguez Iglesias, M. *Ureaplasma parvum* detectado con igual frecuencia en embarazada con y sin patología presuntamente asociada. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2017; 35(Espec Cong 1):13-439, pp.256-257. [online] Available at: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-sumario-vol-35-num-se1-X0213005X17X42007> [Accessed 16 Jun. 2017].