



BOLETÍN

# ENFERMEDADES INFECCIOSAS

**1 AL 28 DE FEBRERO 2026**

NP-ES-ID-WCNT-260003 (V1) 03/2026



Esta selección de artículos de Patología Infecciosa que han sido publicados durante el mes de febrero de 2026 se ha hecho sobre trabajos que lleven la raíz Infectio\* en el Título o Abstract, el limitante del periodo de evaluación (febrero 1 al 28 de 2026) y los selectores “Randomized Controlled Trials” , “Meta-Analysis” o “Practice Guidelines”. También se ha buscado sistemáticamente en algunas de las revistas médicas de primer nivel sin los condicionantes anteriores. Se han seleccionado algunas publicaciones, que a mi juicio, están entre las más interesantes del mes.



## SÍFILIS OCULAR

El cribado de la sífilis se basa cada vez más en pruebas treponémicas positivas que en pruebas no treponémicas (RPR). Los autores de este trabajo comparan la sífilis ocular en pacientes con RPR no reactivo frente a RPR positivo.

Este trabajo es un estudio observacional retrospectivo de cohortes de sífilis ocular tratada en dos hospitales de Nueva Inglaterra entre 1996 y 2021, basándose en los hallazgos oculares diagnosticados por oftalmólogos y en la serología treponémica positiva, independientemente del RPR. Excluyen a los pacientes con diagnósticos alternativos. Clasifican a los enfermos en casos con RPR no reactivo, RPR de título bajo (<1:8) y RPR de título alto ( $\geq$ 1:8) y comparan la respuesta al tratamiento tempranamente y a largo plazo.

Incluyen a 115 pacientes con sífilis ocular (mediana de seguimiento, 2,5 años): 25 (22 %) con RPR no reactivo, 21 (18 %) con RPR de título bajo y 69 (60 %) con RPR de título alto. En comparación con los pacientes con RPR no reactivo y de título bajo, los pacientes con RPR de título alto eran más jóvenes (media de 47 años,  $p < 0,001$ ), más propensos a ser hombres (93 %,  $p < 0,001$ ) y más propensos a ser VIH positivos (49 %,  $p < 0,001$ ). Las personas con RPR no reactivo y de título bajo eran menos propensas que las personas con RPR de título alto a tener uveítis posterior/pan uveítis (32 % y 29 % frente a 75 %,  $p < 0,001$ ) o líquido cefalorraquídeo anormal (26 % y 35 % frente a 75 %,  $P < 0,001$ ), y más propensas a presentar hallazgos oculares crónicos (20 % y 29 % frente a 1 %,  $P < 0,001$ ). En el seguimiento a largo plazo, tras el tratamiento, los hallazgos oculares mejoraron y no reaparecieron en la mayoría de los pacientes (62 % no reactivos, 68 % con títulos bajos, 96 % con títulos altos de RPR); mejoraron, pero reaparecieron en el 29 %, 11 % y 4 %, respectivamente; y se mantuvieron estables en el 10 %, 21 % y 0 %, respectivamente.

(1).- Mohareb AM, Barshak MB, Papaliadis GN, Sobrin L, Durand ML. Ocular Syphilis in Patients With Nonreactive Rapid Plasma Reagin and Positive Treponemal Serologies: A Retrospective Observational Cohort Study. *Clin Infect Dis.* 2026;81(6):1194-1200

## CONCLUSIONES:

Serie muy grande de pacientes con sífilis ocular. Mejoraron y no recayeron la mayoría de los pacientes con títulos altos de RPR (sífilis activa) pero también una proporción significativa de los que tenían títulos menores, donde era más probable que subyaciesen otras causas alternativas de patología ocular.

## ¿UN EXUDADO LINGUAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS?

La tuberculosis (TB) sigue siendo una de las principales causas de muerte por enfermedad infecciosa, y el infra-diagnóstico favorece la transmisión continua. Los autores de este estudio evaluaron el rendimiento diagnóstico de un sistema molecular de pruebas a pie de cama, utilizando muestras de frotis lingual y esputo. Las muestras de esputo, además, se evaluaron mediante una prueba molecular rápida estandarizada, microscopía de frotis y cultivo en un sistema de crecimiento micobacteriano.

En este estudio prospectivo multicéntrico participaron 594 personas con sospecha de TB pulmonar sintomática en siete hospitales especializados en TB de la provincia de Guangdong (China). El rendimiento diagnóstico se comparó con un estándar de referencia microbiológico compuesto (MRS).

El análisis realizado sobre muestras de esputo mostró una sensibilidad y una especificidad del 98,2 % (IC del 95 %, 95,7-99,2 %) y del 90,4 % (IC del 95 %, 86,7-93,2 %), en comparación con prueba molecular de referencia basada en esputo, y del 94,2 % (IC del 95 %, 90,9-96,6 %) y del 93,7 % (IC del 95 %, 90,3-96,1 %) en comparación con el MRS. La prueba con hisopos linguales tuvo una sensibilidad del 80,0 % (IC del 95 %, 74,8-84,3 %) y una especificidad del 95,4 % (IC del 95 %, 92,5-97,2 %) en comparación con la prueba molecular sobre esputo, y del 74,5 % (IC del 95 %, 69,1-79,4 %) y del 96,0 % (IC del 95 %, 93,1-97,9 %) en comparación con el MRS. La sensibilidad obtenida mediante hisopos linguales varió según la carga bacteriana, oscilando entre el 98,2 % (IC del 95 %, 90,2-99,7 %) en muestras con carga elevada y el 47,8 % (IC del 95 %, 29,2-67,0 %) en muestras con carga muy baja; en el caso de las muestras de esputo, las sensibilidades correspondientes fueron del 100 % (IC del 95 %, 93,4-100,0 %) y del 87,0 % (IC del 95 %, 67,9-95,5 %), respectivamente.

(2).- Wu Z, Yan L, Lai X, Yang J, Liang J, Ma X, et al. Diagnostic accuracy of a novel point-of-care tongue swab assay for pulmonary tuberculosis: a multicentre prospective study. *Clin Microbiol Infect.* 2026;32(2):331-336.

### CONCLUSIONES:

La prueba con hisopos linguales y esputo ofrece una opción de diagnóstico rápido, fiable y no invasivo para la tuberculosis a pie de cama. Aunque el análisis realizado sobre muestras linguales presenta una sensibilidad menor, su alta aceptabilidad lo convierte en una valiosa herramienta complementaria para las personas que no pueden producir esputo.

## NEUMONÍA REFRACTARIA CAUSADA POR *Mycoplasma pneumoniae*: UN PROBLEMA CRECIENTE

Se define como Neumonía refractaria por *Mycoplasma pneumoniae* el episodio de infección del tracto respiratorio inferior causado por este microorganismo que no responde adecuadamente en las 72 horas siguientes a un tratamiento con macrólidos. Suele caracterizarse por persistencia de fiebre de más de  $\geq 48$ –72 h, empeoramiento radiológico o clínico y necesidad de cambio terapéutico.

La neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* refractaria (rMPP) plantea retos importantes en la atención pediátrica debido al retraso en su reconocimiento y a la escasa evidencia sistemática. Este meta-análisis evalúa la prevalencia, los factores de riesgo y la precisión predictiva de los modelos para la rMPP. Se realizaron búsquedas sistemáticas en PubMed, Cochrane Library y Web of Science hasta noviembre de 2024 para encontrar estudios observacionales que incluyeran a niños de 0 a 18 años con rMPP. La calidad de los estudios se evaluó utilizando las escalas de Newcastle-Ottawa y JBI.

Cincuenta y tres estudios ( $n = 35.275$ ) revelaron una prevalencia global de rMPP del 37,8 % (IC del 95 %: 30,5-45,5 %), con una variación temporal significativa: 33,1 % antes de la COVID-19, 42,0 % durante y 86,5 % después de la pandemia. Los factores de riesgo independientes incluyeron niveles elevados de lactato deshidrogenasa (OR = 1,018), proteína C reactiva (OR = 1,106), procalcitonina (OR = 1,825), interleucina-6 (OR = 2,440), recuento de neutrófilos (OR = 2,955), derrame pleural (OR = 4,469), tapones mucosos (OR = 5,456) y edad avanzada (OR = 1,188). Once modelos de predicción demostraron una alta precisión, con ROC-AUC de 0,913 (entrenamiento) y 0,895 (validación).

(3).- Huang X, Huang D, Wang W, Huang Y, Huang C, Wang G. Prevalence, risk factors, and early prediction of refractory pneumonia caused by *Mycoplasma pneumoniae* in children: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr.* 2026;185(3):144

### CONCLUSIONES:

La prevalencia de la rMPP en niños es significativa y ha aumentado notablemente desde la pandemia de COVID-19. Estos hallazgos ponen de relieve la urgente necesidad de una vigilancia específica y de intervenciones personalizadas para las poblaciones de alto riesgo.

## EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PUEDE SER UN FACTOR DE RIESGO DE DESARROLLO DE TUBERCULOSIS ACTIVA

Aproximadamente el 95 % de las personas infectadas con *Mycobacterium tuberculosis* no desarrollan enfermedad activa tuberculosa (TB). Identificar los factores determinantes clave de la progresión a TB activa podría centrar los esfuerzos de prevención.

Los contactos de pacientes con TB pulmonar se inscribieron en un estudio prospectivo multicéntrico de cohortes entre 2015 y 2019 y se les realizó un seguimiento durante 24 meses. Se utilizaron la revisión empírica y la regresión del operador de selección y contracción absoluta mínima (LASSO), utilizando información clínica y de laboratorio de referencia, como técnicas de reducción de dimensiones para determinar los factores que debían incluirse en los modelos de predicción. Se crearon modelos para: (1) todos los contactos, (2) los contactos con resultado positivo en la prueba de liberación de interferón gamma (IGRA) al inicio del estudio, y (3) los contactos con resultado positivo en la IGRA que no recibieron terapia preventiva contra la tuberculosis (TPT; <30 días de isoniazida).

Entre los 1.846 contactos de 619 pacientes índice con TB activa, 25 (1,4 %) progresaron a TB activa. La ausencia de TPT fue un factor de riesgo de progresión a TB activa entre todos los contactos (razón de riesgo ajustada por efectos mixtos [aHR] = 16,55, intervalo de confianza [IC] del 95 %: 2,22-124,45). La validación interna con todos los contactos arrojó un área bajo la curva ROC de 0,80 (IC del 95 %: 0,72-0,86). El índice de masa corporal (IMC) se asoció inversamente con un mayor riesgo de progresión a TB activa entre los contactos IGRA positivos que no recibieron TPT (aHR = 0,89, IC del 95 %: 0,80-0,99). Los contactos positivos al ensayo de liberación de interferón gamma con un IMC <25 kg/m<sup>2</sup> tenían un riesgo 4,14 veces mayor (IC del 95 %: 1,17-14,67) de progresar a TB que los contactos positivos a la IGRA con un IMC ≥25 kg/m<sup>2</sup>: 8,4 % frente a 2,1 %, respectivamente.

(4).- Arriaga MB, Amorim G, Figueiredo MC, Staats C, Kritski AL, Cordeiro-Santo M, et al. Body Mass Index and Incident Tuberculosis in Close Tuberculosis Contacts. *Clin Infect Dis.* 2026;82(1):e100-e109.

### CONCLUSIONES:

El índice de masa corporal <25 kg/m<sup>2</sup>, un biomarcador fácilmente disponible, identificó a los contactos cercanos positivos al IGRA con alto riesgo de progresar a Tuberculosis activa (enfermedad). El tratamiento preventivo de TB (TPT) en este grupo de alto riesgo podría mejorar los esfuerzos en prevención de la TB.

## ¿TIENEN LOS PACIENTES CON COVID-19 UN MAYOR RIESGO A LARGO PLAZO DE PADECER NEUMONÍAS POR DISTINTOS PATÓGENOS?

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) podría aumentar la susceptibilidad a futuras infecciones pulmonares. Dado el gran número de personas infectadas por LA COVID-19, el aumento de la prevalencia de futuras infecciones pulmonares podría ser un problema de salud pública.

Los autores de este trabajo realizaron un estudio retrospectivo para determinar si la COVID-19 está asociada con una mayor incidencia de neumonía en el futuro. En una población urbana del Montefiore Health System, en el Bronx, entre el 1 de marzo de 2020 y el 31 de enero de 2024, hubo 64.376 pacientes con antecedentes de COVID-19, 1,2 millones de pacientes sin antecedentes (controles) y 8.468 pacientes con gripe sin COVID-19. Los controles se emparejaron por propensión. Se calcularon las razones de riesgo ajustadas de Cox multivariantes (aHR) con un intervalo de confianza (IC) del 95 % teniendo en cuenta los factores de confusión. También se analizaron los resultados con respecto a las comorbilidades, los ingresos medios, la situación en materia de seguros y las necesidades sociales no satisfechas.

Los pacientes hospitalizados (aHR, 3,69 [IC del 95 %, 3,29-4,15]) y no hospitalizados (aHR, 1,40 [1,27-1,55]) con COVID-19 tenían un mayor riesgo de padecer neumonía en el futuro que los controles. Los pacientes hospitalizados con COVID-19 experimentaron más episodios recurrentes de neumonía que los pacientes no hospitalizados con COVID-19 (2,3 frente a 1,93 casos por paciente, respectivamente;  $p < 0,05$ ), que también tuvieron una tasa de recurrencia más alta que el grupo de control (1,71 casos por paciente). Las personas con Medicaid (aHR, 1,40 [IC del 95 %, 1,26-1,55]) o Medicare (2,39 [2,12-2,69]) (en comparación con los asegurados privados) y aquellos con necesidades sociales insatisfechas (aHR, 1,34 [1,12-1,60]) tenían un riesgo aún mayor de sufrir estos resultados. Los pacientes hospitalizados con COVID-19 tenían un riesgo ajustado más alto de sufrir estos resultados que los pacientes con gripe (aHR, 2,89 [IC del 95 %, 2,26-3,69]). Los riesgos de sufrir complicaciones variaban según las variantes/oleadas de COVID-19.

(5).- Duong KS, Henry SS, Duong TQ. SARS-CoV-2 Infection and the Long-Term Risk of Pneumonia in an Urban Population: An Observational Cohort Study up to 46 Months After Infection. *Clin Infect Dis.* 2026;81(6):1041-9.

### CONCLUSIONES:

La COVID-19 se asocia con un mayor riesgo de neumonías de nueva aparición. Los pacientes con un nivel socioeconómico más bajo o con necesidades insatisfechas tenían un mayor riesgo.

**CONSIDERACIONES PARA EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LAS INFECCIONES NECROTIZANTES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS**

La Alianza Global contra la Infección en Cirugía ha revisado y emitido recomendaciones para el manejo de las infecciones necrotizantes de piel y partes blandas.

Las infecciones necrotizantes de tejidos blandos (NSTI) son infecciones agudas y de rápida progresión de los tejidos blandos, a menudo asociadas con signos de toxicidad sistémica grave y fallo multiorgánico progresivo. Esta progresión rápida y a menudo mortal de la enfermedad local exige un diagnóstico oportuno. Los retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento pueden tener consecuencias nefastas.

El documento aborda aspectos relacionados con el uso de técnicas de imagen en las que se reconoce que la radiología simple presenta limitaciones y se describe el papel que puede desempeñar otras técnicas como la ecografía CT y Resonancia Nuclear magnética (RNM), si bien se señala que esta última no siempre es accesible de manera inmediata en muchos centros. Asimismo, se mencionan consideraciones sobre herramientas analíticas utilizadas en el diagnóstico etiológico, entre ellas determinados biomarcadores.

Se aborda el desbridamiento quirúrgico temprano con la extirpación completa del tejido necrótico, incluida la posible amputación, como esencial para reducir la mortalidad y otras complicaciones. En cuanto a la utilización de apósitos se reconoce la escasa evidencia de las técnicas de presión negativa pese a lo cuál su uso es altamente recomendado por los expertos.

El tratamiento inicial de los pacientes con NSTI requiere la colaboración entre cirujanos, intensivistas y especialistas en enfermedades infecciosas. Los desbridamientos extensos de tejidos pueden plantear retos para el cuidado de las heridas, la preservación de la función, la reconstrucción y la estética, lo que requiere una colaboración multidisciplinaria continua.

(6).- Sartelli M, Coccolini F, Labricciosa FM, Al-Hasan MN, Buonomo L, Cheadle WG, et al. Necrotizing soft-tissue infections survival guide in adult patients: A position statement by the Global Alliance for Infections in Surgery. *J Trauma Acute Care Surg.* 2026;100(2):320-31.

**CONCLUSIONES:**

Esta declaración de posición basada en la evidencia ha sido firmada por un grupo de trabajo multidisciplinario representativo de expertos, cuyo objetivo principal es describir los aspectos clínicos y diagnósticos relacionados con las infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos en pacientes adultos.

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA MENINGITIS TUBERCULOSA**

La meningitis tuberculosa es la forma más grave de tuberculosis y causa la muerte o discapacidad en aproximadamente la mitad de los afectados. No existen directrices internacionales actualizadas que definan su tratamiento óptimo. Por lo tanto, el Consorcio Internacional de Investigación sobre la Meningitis Tuberculosa llevó a cabo una revisión sistemática de la evidencia disponible para abordar cuestiones clave sobre el tratamiento y desarrollar una guía práctica. El consorcio incluye representantes de la India, Indonesia, Sudáfrica, Uganda, Vietnam, Australia, los Países Bajos, el Reino Unido y los Estados Unidos. Las cuestiones se elaboraron utilizando el formato Población, Intervención, Comparador, Resultado (PICO) para el diagnóstico de la meningitis tuberculosa, la quimioterapia antituberculosa, la terapia antiinflamatoria complementaria y la atención neurocrítica y neuroquirúrgica. Se utilizó un enfoque de clasificación de recomendaciones, evaluación, desarrollo y evaluaciones para evaluar la certeza (o calidad) de la evidencia y establecer la dirección y la fuerza de las recomendaciones para cada pregunta basada en PICO. Se proporcionan recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento y el diagnóstico óptimos de la meningitis tuberculosa, junto con la opinión de expertos. Se ponen de manifiesto importantes lagunas de conocimiento y evidencia, destacando así las prioridades actuales de investigación.

(7).- Donovan J, Cresswell FV, Tucker EW, Davis AG, Rohlwick UK, Huynh J, et al. A clinical practice guideline for tuberculous meningitis. *Lancet Infect Dis.* 2026;26(2):e96-e111.

**CONCLUSIONES:**

Las guías están formuladas a base de preguntas PICO sobre temas discutidos del diagnóstico y el tratamiento de la meningitis tuberculosa.

## REFERENCIAS:

1. Mohareb AM, Barshak MB, Papaliadis GN, Sobrin L, Durand ML. Ocular Syphilis in Patients With Nonreactive Rapid Plasma Reagin and Positive Treponemal Serologies: A Retrospective Observational Cohort Study. *Clin Infect Dis.* 2026;81(6):1194-1200.
2. Wu Z, Yan L, Lai X, Yang J, Liang J, Ma X, et al. Diagnostic accuracy of a novel point-of-care tongue swab assay for pulmonary tuberculosis: a multicentre prospective study. *Clin Microbiol Infect.* 2026;32(2):331-336.
3. Huang X, Huang D, Wang W, Huang Y, Huang C, Wang G. Prevalence, risk factors, and early prediction of refractory pneumonia caused by *Mycoplasma pneumoniae* in children: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatr.* 2026;185(3):144.
4. Arriaga MB, Amorim G, Figueiredo MC, Staats C, Kritski AL, Cordeiro-Santo M, et al. Body Mass Index and Incident Tuberculosis in Close Tuberculosis Contacts. *Clin Infect Dis.* 2026;82(1): e100-e109.
5. Duong KS, Henry SS, Duong TQ. SARS-CoV-2 Infection and the Long-Term Risk of Pneumonia in an Urban Population: An Observational Cohort Study up to 46 Months After Infection. *Clin Infect Dis.* 2026;81(6):1041-9.
6. Sartelli M, Coccolini F, Labricciosa FM, Al-Hasan MN, Buonomo L, Cheadle WG, et al. Necrotizing soft-tissue infections survival guide in adult patients: A position statement by the Global Alliance for Infections in Surgery. *J Trauma Acute Care Surg.* 2026;100(2):320-331.
7. Donovan J, Cresswell FV, Tucker EW, Davis AG, Rohlwink UK, Huynh J, et al. A clinical practice guideline for tuberculous meningitis. *Lancet Infect Dis.* 2026;26(2):e96-e111.