

cocobacilo grampositivo anaerobio facultativo, alfa-hemolítico, catalasa negativa y resistente a vancomicina. El sistema comercial WIDER (Francisco Soria Melguizo) lo identificó como *Pediococcus* sp. sensible, entre otros, a penicilina, a gentamicina, a linezolid y a rifampicina (Concentración Mínima Inhibitoria [CMI]: 0,5 µg/ml; ≤ 2 µg/ml; ≤ 0,5 µg/ml, y ≤ 0,5 µg/ml, respectivamente) y resistente a vancomicina y a cefotaxima (CMI: > 16 µg/ml y > 4 µg/ml, respectivamente). El método E-test confirmó los resultados de la susceptibilidad a penicilina, a vancomicina y a cefotaxima (CMI: 0,5 µg/ml; > 256 µg/ml, y 16 µg/ml, respectivamente). Los sistemas de identificación comerciales BBL CRYSTAL (Becton Dickinson) y API 20 Strep (Biomérieux) dieron diferentes resultados de identificación que variaron entre los géneros *Enterococcus*, *Leuconostoc*, *Pediococcus*, *Lactococcus* y *Lactobacillus* con débil porcentaje de discriminación entre ellos. Para su identificación definitiva, la cepa se envió al Laboratorio de Microbiología del Hospital Gregorio Marañón, donde mediante una PCR universal para el gen *RNAr 16 S* se identificó como «*L. casei/paracasei*».

La bacteriemia causada por *Lactobacillus* spp. no es usual; sin embargo, no debe subestimarse su papel patógeno en los casos en los que se recupera. La endocarditis es la infección que más frecuentemente producen. En una revisión reciente⁹ se apunta un 100% de curaciones, pero el 36% de los pacientes requirió cirugía. La mortalidad reportada en otras series es superior al 20%.¹ La susceptibilidad del género *Lactobacillus* a los antimicrobianos es variable y puede ser dependiente de la especie. Las especies más frecuentemente aisladas en casos de endocarditis, *L. casei* y *Lactobacillus rhamnosus*, presentan resistencia a vancomicina.

Aunque se han usado variados tratamientos antibióticos en casos de endocarditis por *Lactobacillus*, el tratamiento recibido por la mayoría de los pacientes ha sido penicilina con un aminoglucósido². Con este tratamiento se han obtenido en general buenas respuestas; sin embargo, debido a algunos fallos descritos y al posible aumento en el futuro de cepas resistentes, se recomienda el estudio de susceptibilidad para el tratamiento definitivo. En nuestro caso, en donde la identificación definitiva del microorganismo como género *Lactobacillus* se obtuvo posteriormente mediante PCR universal, la CMI que presentaba penicilina de 0,5 µg/ml hizo que este antimicrobiano en asociación con el aminoglucósido se considerara el tratamiento de elección para todos los posibles microorganismos que informaban los sistemas automatizados de identificación.

En el caso aquí descrito se cumplía con los criterios de Duke para el diagnóstico de endocarditis infecciosa, 2 series de hemocultivos tomados con un intervalo de más de 12 h positivos con un microorganismo compatible con endocarditis infecciosa, cardiopatía predisponente e imagen ecocardiográfica indicativa de vegetación, fiebre de más de 38 °C y fenómeno vascular

(hemorragia intracraneal). Sin embargo, no se puede concluir que la endocarditis haya sido la causa directa de la muerte. De hecho, los hemocultivos se negativizaron con el tratamiento antimicrobiano, aunque el estado general del paciente estaba muy deteriorado y no permitía ni siquiera la realización de la ecocardiografía transtorácica que estaba programada.

El aislamiento de *Lactobacillus* en hemocultivos de pacientes tratados con probióticos o a los que se les realiza colonoscopia o manipulaciones dentales, sobre todo si presentan factores de riesgo específicos, como valvulopatía o inmunodepresión, debe hacer sospechar la existencia de endocarditis producida por esta bacteria habitualmente no patógena.

Bibliografía

1. Cannon JP, Lee TA, Bolanos JT, Danziger LH. Pathogenic relevance of *Lactobacillus*: A retrospective review of over 200 cases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2005;24:31-40.
2. Slover CM, Dazynger L. *Lactobacillus*: A review. *Clinical Microbiology Newsletter*. 2008;30:23-7.
3. Harty DW, Oakey HJ, Patrikakis M, Hume EB, Knox KW. Pathogenic potential of lactobacilli. *Int J Food Microbiol*. 1994;24:179-89.
4. Husni RN, Gordon SM, Washington JA, Longworth DL. *Lactobacillus* bacteremia and endocarditis: Review of 45 cases. *Clin Infect Dis*. 1997;25:1048-55.
5. Antony SJ, Stratton CW, Dummer JS. *Lactobacillus* bacteremia: Description of the clinical course in adult patients without endocarditis. *Clin Infect Dis*. 1996;23:773-8.
6. Salminen MK, Rautelin H, Tynkkynen S, Poussa T, Saxelin M, Valtonen V, et al. *Lactobacillus* bacteremia, clinical significance, and patient outcome, with special focus on probiotic *L. rhamnosus* GG. *Clin Infect Dis*. 2004;38:62-9.
7. Schlegel L, Lemerle S, Geslin P. *Lactobacillus* species as opportunistic pathogens in immunocompromised patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1998;17:887-8.
8. Avlami A, Kordossis T, Vrizidis N, Sipsas NV. *Lactobacillus rhamnosus* endocarditis complicating colonoscopy. *J Infect*. 2001;42:283-5.
9. Salvana EM, Frank M. *Lactobacillus* endocarditis: Case report and review of cases reported since 1992. *J Infect*. 2006;53:e5-10.
10. Chanet V, Brazille P, Honore S, Michel M, Schaeffer A, Zarrouk V. *Lactobacillus* septic arthritis. *South Med J*. 2007;100:531-2.

Jorge Julio Cabrera^{a,*}, Esther Moreno^b, Consuelo Miranda^b y María Dolores Pérez^a

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Unidad de Docencia en Medicina Familiar Y Comunitaria (UDMFYC) Málaga-Zona Antequera, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xurxocabal@hotmail.com (J.J. Cabrera).

doi:10.1016/j.eimc.2009.09.013

Conjuntivitis gonocócica en niño prepúber

Gonococcal conjunctivitis in a prepubertal child

Sr. Editor:

La conjuntivitis gonocócica destaca del resto de las conjuntivitis bacterianas por su gravedad. Afecta clásicamente a 2 grupos de pacientes: los recién nacidos (vía canal del parto) y los adultos (como enfermedad de transmisión sexual)¹. Tras el año de edad, la mayoría de los casos de infección por *Neisseria gonorrhoeae* en

niños prepúberes se deben a abuso sexual. La transmisión no sexual en niños ocurre ocasionalmente en zonas tropicales en forma de brote epidémico².

Presentamos el caso de un niño varón prepúber de 10 años de edad que acudió a urgencias por conjuntivitis en el ojo izquierdo refractaria a tratamiento. Se apreció conjuntivitis papilar hiperpurulenta con intensa hiperemia, gran edema palpebral y secreción abundante con pseudomembranas adheridas. La biomicroscopía anterior mostraba una queratitis central, el resto era normal. Se tomó muestra del exudado conjuntival y se solicitó cultivo y Gram de urgencia que reveló

diplococos gramnegativos en grano de café fuera y dentro de los leucocitos polimorfonucleares. Con el diagnóstico presuntivo de conjuntivitis hiperaguda por *N. gonorrhoeae*, se instauró tratamiento con ceftriaxona (30 mg/kg i.m. durante 5 días), pomada de tetraciclina/3 h, colirio de diclofenaco/8 h y lavados frecuentes con suero fisiológico para eliminar exudados y detritos hasta la curación. Para descartar autoinoculación o abuso sexual, se solicitó interconsulta a Pediatría que descartó ambas opciones tras examinar al paciente. Propusimos estudio intrafamiliar de portadores que la familia rechazó por motivos socioculturales. Decidimos entonces contactar con su médico de primaria que, junto con el laboratorio de Microbiología, quedó alerta ante cualquier paciente o muestra con sospecha de gonococia. No recibieron ninguna durante el mes anterior y el mes posterior al diagnóstico de este caso. El paciente respondió clínicamente a las 24 h con una marcada reducción del exudado y la inflamación conjuntival. La queratitis remitió a la semana y el edema palpebral curó a los 15 días. En la conjuntivitis gonocócica infantil es necesario confirmar el diagnóstico por cultivo ante posibles implicaciones medicolegales³. El exudado se cultivó según protocolo habitual. A las 48 h se observó crecimiento de colonias típicas que se identificaron como *N. gonorrhoeae* por la tinción de Gram, oxidasa positiva y el sistema API NH (BioMérieux), y no era productor de betalactamasa. La sensibilidad antibiótica se determinó mediante método de difusión en disco y era sensible a penicilina, a ciprofloxacino, a ceftriaxona, a cloranfenicol, a cefuroxima y a eritromicina, de acuerdo con los criterios del CLSI. No fue posible enviar la cepa a un centro de referencia para confirmar su identificación y sensibilidad. Se realizaron cultivos de control a la semana y a los 15 días que resultaron negativos.

Todos los casos de conjuntivitis gonocócica infantil deben incluir un examen clínico general. A pesar de que no pudimos realizar el estudio intrafamiliar de portadores, la ausencia de indicadores físicos, psicológicos o conductuales en el paciente y en la familia hizo llegar a la conclusión diagnóstica de no abuso. En estos casos la principal fuente de información es la anamnesis más que la exploración física y las pruebas complementarias⁴. Hay que tener la mente abierta dado que se han identificado como medio de transmisión no sexual baños comunes, toallas, termómetros rectales y las manos de los cuidadores^{5,6}.

El riesgo de perforación corneal fulminante precisa el diagnóstico urgente para un rápido tratamiento parenteral, puesto que

la gravedad de la conjuntivitis gonocócica está directamente relacionada con el tiempo transcurrido hasta el comienzo del tratamiento adecuado⁷. En el caso de conjuntivitis gonocócica complicada en niños, se recomienda ceftriaxona (25–50 mg/kg de peso corporal por día, i.m. o i.v., durante una semana)⁸. Aunque en el caso presentado la cepa era sensible a los antibióticos testados, según el método utilizado, la resistencia antibiótica de *N. gonorrhoeae* es un problema habitual que ha obligado a actualizar las guías de tratamiento³, por lo que es necesario realizar pruebas de sensibilidad y revisar el antimicrobiano elegido de acuerdo con los resultados⁹.

Bibliografía

1. Cobo R, Rodríguez-Creixems M. Infecciones oculares. En: Ausina V, Moreno S, editores. Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 1397–413.
2. Barnes SD, Pavan-Langton D, Azar DT. Microbial conjunctivitis. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. Principles and practice of infectious diseases, 6. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 1387–94.
3. Woods CR. Gonococcal infections in neonates and young children. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2005;16:258–70.
4. Trenchs V, Curcoy A, Ortiz J, Macías C, Comas LL, Luaces C, et al. Abuso sexual infantil. Características de las consultas y manejo desde el servicio de urgencias. *Emergencias.* 2008;20:173–8.
5. Goodyear-Smith F. What is the evidence for non-sexual transmission of gonorrhoea in children after the neonatal period? A systematic review. *J Forensic Leg Med.* 2007;14:489–502.
6. Lewis LS, Glauster TA, Joffe MD. Gonococcal conjunctivitis in prepubertal children. *Am J Dis Child.* 1990;144:546–8.
7. Wan WL, Farkas GC, May WN, Robin JB. The clinical characteristics and course of adult gonococcal conjunctivitis. *Am J Ophthalmol.* 1986;102:575–83.
8. Hunter H, Frederick P. Neisseria gonorrhoeae. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica, 4. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 2139–57.
9. Block SL, Hedrick J, Tyler R. Increasing bacterial resistance in pediatric acute conjunctivitis (1997–1998). *Antimicrob Agents Chemother.* 2000;44:1650–4.

José Ángel García-Campos y Nuria Alonso-Santander *

Laboratorio de Microbiología Clínica, Servicio de Oftalmología,
Hospital Comarcal de Melilla, Melilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria_alonso_santander@yahoo.es
(N. Alonso-Santander).