

4. The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. Version 8.0; 2018. <http://www.eucast.org>
5. Yokota S, Ohkoshi Y, Sato K, Fujii N. Emergence of Fluoroquinolone-resistant *Haemophilus influenzae* strains among elderly patients but not among children. *J Clin Microbiol*. 2008;46:361–5.

Amaia Aguirre-Quiñonero^{a,*}, Andrés Canut^b

^a Microbiology Service, University Hospital Marqués de Valdecilla-IDIVAL, Santander, Spain

^b Microbiology Service, University Hospital of Álava, Vitoria-Gasteiz, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: amayiaguirre@gmail.com (A. Aguirre-Quiñonero).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.02.011>

0213-005X/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

Primer caso de absceso renal por *Parvimonas micra*



First case of renal abscess by *Parvimonas micra*

Los abscesos perirrenales suelen presentarse como una complicación infrecuente de las infecciones del tracto urinario¹, pudiendo ser secundarios a bacteriemia. En el pasado el diagnóstico erróneo y tardío producía mortalidad elevada, llegando a ser de hasta un 20–50%. Actualmente, con la utilización de técnicas de imagen modernas, se consigue un diagnóstico más precoz y junto con el drenaje óptimo del absceso y el tratamiento antibiótico la mortalidad es muy baja².

Presentamos el caso de un varón de 65 años que acude a urgencias por fiebre de hasta 39 °C de 4 semanas de evolución, escalofríos, pérdida de peso de 5 kg y dolor abdominal en flanco inferior izquierdo, con antecedente de realización de exodoncia 3 semanas previo al inicio de los síntomas. El paciente no presentaba síntomas urinarios. En la analítica destacó un aumento de la PCR (100,5 mg/L), de procalcitonina (6,88 ng/mL) y neutrofilia. La ecografía renal mostró la presencia de quistes renales simples bilaterales sin otros hallazgos patológicos. Se tomó urino cultivo y hemocultivos, se inició antibioterapia intravenosa empírica con meropenem y vancomicina y el paciente fue ingresado. La TAC renal mostró absceso perirrenal izquierdo (6 × 5 cm) con extensión a bazo, a espacio pararrenal posterior y a fascias, pero no fue posible el drenaje de la lesión renal al no apreciarse colecciones organizadas aptas para puncionarse. El ecocardiograma no mostró imágenes compatibles con vegetación endocárdica valvular, descartando endocarditis. El urino cultivo fue negativo. A las 41,27 h se positivizó el frasco anaerobio de hemocultivo observándose cocos grampositivos en cadenas y se realizó pase a agar sangre en anaerobiosis, en el cual crecieron a las 96 horas unas colonias blanquecinas y enanas que fueron identificadas como *Parvimonas micra* por MaldiToF (*Vitek MS*[®]). El antibiograma (ATB ANA EU, *Biomérieux*) mostró sensibilidad a amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, clindamicina, imipenem, metronidazol, penicilina, piperacilina, piperacilina/tazobactam, ticarcilina, ticarcilina/clavulánico y vancomicina por lo que se modificó el tratamiento a ertapenem y clindamicina. La TAC renal realizada 10 días después del ingreso mostró discreta disminución del tamaño (3,7 × 2,6 × 4,9 cm) y densidad del absceso y el paciente fue dado de alta 25 días después del ingreso. Completó el tratamiento intravenoso durante 7 semanas más y posteriormente llevó clindamicina oral durante 6 semanas hasta curación clínica.

Parvimonas micra es un coco grampositivo anaerobio, que forma parte de la flora normal de boca, vías respiratorias y digestivas altas, sistema genitourinario y piel. Su potencial patógeno ha sido discutido durante años, aunque actualmente se sabe que puede causar infecciones oportunistas: abscesos cerebrales y epidurales,

bacteriemia, endocarditis, neumonía necrosante y aborto séptico entre otros^{3–5}. Tras realizar la búsqueda en Pubmed con las palabras *Parvimonas micra*/*Peptostreptococcus micra* y absceso renal no hemos encontrado ningún caso documentado, de ahí la relevancia del presente caso clínico. El absceso perirrenal se caracteriza por la presencia de signos y síntomas inespecíficos como: fiebre, dolor lumbar, vómitos, dolor abdominal con defensa a la palpación y masa en flanco con irradiación a la pierna, coincidiendo con la sintomatología que presentaba nuestro paciente⁶. La vía principal de infección es la ascendente, de ahí que se asocie a complicaciones tardías de una infección urinaria, especialmente a urolitiasis. Por esta razón las bacterias implicadas más frecuentemente son *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus* spp., aunque se han documentado casos de absceso renal por *Staphylococcus aureus*⁷. Ocasionalmente los síntomas pueden ser sugestivos de pielonefritis aguda con síndrome febril y dolor unilateral en flanco que no mejoran con el tratamiento de la pielonefritis aguda⁸. Puede asociarse piuria y proteinuria, pero el análisis de orina es normal hasta en un 30% de los casos con urinocultivos negativos hasta en un 40%, tal y como ocurrió en nuestro caso. En el paciente el absceso apareció como consecuencia de una bacteriemia de origen bucodental, ya que había sido sometido a una exodoncia, que secundariamente dio lugar al implante metastásico séptico en región retroperitoneal, renal y esplénica favorecido posiblemente por la presencia de quistes renales previos. Los factores de riesgo asociados a este cuadro son: diabetes mellitus, obstrucción uretral, reflujo vesicouretral, inmunosupresión o el uso de drogas por vía parenteral⁹, ninguno estaba presente en nuestro caso, lo que nos hace valorar el potencial oportunista de *Parvimonas micra*. Con todo esto podemos concluir que es fundamental un diagnóstico precoz y un tratamiento óptimo para conseguir una evolución favorable.

Bibliografía

1. Thorley JD, Jones SR, Sanford JP. Perinephric abscess. *J Microbiol Immunol Infect*. 2008;41:342–50.
2. Siegel JF, Smith A, Moldwin R. Minimally invasive treatment of renal abscess. *J Urol*. 1996;155:52–5.
3. Carmel Murphy E, Frick IM. Gram-positive anaerobic cocci-commensals and opportunistic pathogens. *FEMS Microbiol Rev*. 2013;37:520–53.
4. Gómez C, Gerber D, Zambrano E, Banaei N, Deresinski S, Blackburn BG. First case of infectious endocarditis caused by *Parvimonas micra*. *Anaerobe*. 2015;36:53–5.
5. Poetter C, Pithois C, Caty S, Petit V, Combier JP, Mourialon P, et al. Hiding behind confusion: Pleural empyema caused by *Parvimonas micra*. *Surg Infect (Larchmt)*. 2014;15:356–7.
6. Fulla J, Storme O, Fica Alberto, Varas A, Flores J, Marchant F, et al. Abscesos renales y peri-renaes: análisis de 44 casos. *Rev Chil Infect*. 2009;26:445–51.
7. Baradkar VP, Mathur M, Kumar S. Renal and perinephric abscess due to *Staphylococcus aureus*. *Indian J Pathol Microbiol*. 2009;52:440–1.
8. Antón E, Eito J, Loperena J, Mendivil J. Incidencia y características del absceso renal y perirrenal en un área sanitaria. *Nefrología*. 2004;XXIV:85–6.
9. Rai RS, Karan SC, Katayasha A. Renal and perinephric abscesses revisited. *Med J Armed Forces India*. 2007;63:223–5.

Marta Garrido-Jareño^{a,*}, Juan Frasset-Artes^a,
María Tasis-Pitarch^b y José Luis López-Hontangas^a

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ma.garridoj@hotmail.com (M. Garrido-Jareño).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.03.002>

0213-005X/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Caso importado de infección por *Shigella sonnei* portadora de betalactamasa de espectro extendido CTX-M-15



Imported infection by CTX-M-15 extended-spectrum beta-lactamase-producing *Shigella sonnei*

La shigelosis es una infección intestinal aguda de distribución mundial causada por distintas especies del género *Shigella*, siendo *Shigella sonnei* la más prevalente en nuestro medio. La existencia de cepas de *S. sonnei* productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) ha sido descrita ampliamente en países asiáticos como China¹, Japón², Corea del Sur³, Irán⁴ o Vietnam⁵. Sin embargo, la infección por estas bacterias en España⁶ es anecdótica. Con el incremento del turismo a lugares exóticos, en los últimos años ha aumentado el número de casos importados de infecciones poco frecuentes en nuestro país o la expansión de cepas con resistencia a antibióticos, como es el caso que describimos a continuación:

Varón de 33 años de edad, natural de España, acude a urgencias en verano de 2017 con un cuadro que comienza esa misma mañana caracterizado por dolor epigástrico, náuseas, vómitos y diarrea acuosa con moco, acompañados de fiebre de hasta 38 °C e hiporexia. No presentaba sintomatología respiratoria ni urinaria asociada. El paciente había regresado a España 6 días antes de un viaje de 23 días por Vietnam y Camboya, con escala de 2 h en el aeropuerto de Dubai. Iba acompañado de su esposa, quién había presentado sintomatología diarreica durante el viaje, sin fiebre, de 7 días de duración. El paciente no había recibido ningún tipo de vacunación previa al viaje ni había realizado profilaxis para la malaria, por lo que se le realizó gota gruesa y detección de antígeno de malaria resultando ambas pruebas negativas. En la analítica presentaba leucocitosis (23.800 células/mm³) con marcada neutrofilia (21.900 células/mm³) y un aumento de la proteína C reactiva (73 mg/dl). Se enviaron muestras de heces y orina al servicio de microbiología para cultivo convencional y el paciente fue dado de alta con tratamiento antibiótico (ciprofloxacino) y reposición hidroelectrolítica.

En el coprocultivo se aislaron bacterias no fermentadoras de lactosa en el medio *Salmonella-Shigella* que fueron identificadas como *S. sonnei* mediante la prueba de agar-triple azúcar-hierro (TSI), aglutinación con antiserosos específicos y pruebas bioquímicas. El antibiograma se realizó por microdilución en caldo mediante panel Microscan[®], en el que se objetivó resistencia a ampicilina, cefalotina, cefuroxima, cefotaxima, ceftazidima, cefepima, gentamicina, tobramicina, amikacina, cotrimoxazol y ácido nalidixico, pero sensibilidad a norfloxacino, ciprofloxacino y levofloxacino. Presentaba un fenotipo de betalactamasa de espectro extendido con inhibición por ácido clavulánico. Se realizó la identificación del tipo de betalactamasa mediante PCR a tiempo real (Progenie Molecular[®]) y posterior secuenciación de Sanger dando como resultado betalactamasa del tipo CTX-M-15.

El caso presentado es el primer caso importado descrito en España de *S. sonnei* productora de CTX-M-15. Las infecciones por *S. sonnei* productora de BLEE en España apenas están recogidas en la literatura, con la excepción de un caso autóctono⁶ descrito en 2011. Se han descrito hasta 7 tipos de betalactamasas de tipo CTX-M en el género *Shigella*: CTX-M-2, CTX-M-3, CTX-M-14, CTX-M-15, CTX-M-55², CTX-M-57⁷ y CTX-M-64, siendo la betalactamasa CTX-M-15 la que ha sido referida con mayor frecuencia en países asiáticos como Vietnam, Corea, China, Japón, Irán, Turquía y Líbano⁸. El caso expuesto pone de manifiesto la importancia del turismo a lugares exóticos en la expansión de cepas productoras de BLEE en géneros poco frecuentes en nuestro país.

Bibliografía

1. Qu F, Ying Z, Zhang C, Chen Z, Chen S, Cui E, et al. Plasmid-encoding extended-spectrum β -lactamase CTX-M-55 in a clinical *Shigella sonnei* strain China. *Future Microbiol.* 2014;9:1143–50.
2. Seto J, Inage M. Detection of CTX-M-15 extended-spectrum beta-lactamase gene-producing *Shigella sonnei* from diffuse outbreak in Japan. *Kansenshogaku Zasshi.* 2012;86:608–9.
3. Kim JS, Kim J, Jeon S.E., Kim SJ, Kim NO, Hong S, et al. Complete nucleotide sequence of the IncI1 plasmid pSH4469 encoding CTX-M-15 extended-spectrum β -lactamase in a clinical isolate of *Shigella sonnei* from an outbreak in the Republic of Korea. *Int J Antimicrob Agents.* 2014;44:533–7.
4. Ranjbar R, Ghazi FM, Farshad S, Giammanco GM, Aleo A, Owlia P, et al. The occurrence of extended-spectrum β -lactamase producing *Shigella* spp. in Tehran, Iran. *Iran J Microbiol.* 2013;5:108–12.
5. Kim JS, Kim JJ, Kim SJ, Jeon SE, Seo KY, Choi JK, et al. Outbreak of ciprofloxacin-resistant *Shigella sonnei* associated with travel to Vietnam, Republic of Korea. *Emerg Infect Dis.* 2015;21:1247–50.
6. Seral C, Rojo-Bezares B, Garrido A, Gude MJ, Sáenz Y, Castillo FJ. Characterisation of a CTX-M-15-producing *Shigella sonnei* in a Spanish patient who has not travelled abroad. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30:469–71.
7. Zhang CL, Liu QZ, Wang J, Chu X, Shen LM, Guo YY. Epidemic and virulence characteristic of *Shigella* spp. with extended-spectrum cephalosporin resistance in Xiaoshan District, Hangzhou, China. *BMC Infect Dis.* 2014;14:260.
8. Sabra AH, Araj GF, Kattar MM, Abi-Rached RY, Khairallah MT, Klena JD, et al. Molecular characterization of ESBL-producing *Shigella sonnei* isolates from patients with bacillary dysentery in Lebanon. *J Infect Dev Ctries.* 2009;3:300–5.

Patricia González Donapetry, Paula Pescador Martín,
Rosa Gómez-Gil Mira y Guillermo Ruiz Carrascoso *

Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guillermo.ruiz@salud.madrid.org
(G. Ruiz Carrascoso).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.03.006>

0213-005X/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.