



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Corioamnionitis de etiología inusual

Chorioamnionitis of unusual etiology

Inés Martínez-Rienda^{a,*}, Rocío García-Manuz^b, Paula Azpiazu-Monterrubio^a y Leyre López-Soria^a

^a Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España

^b Servicio de Urgencias de Maternidad, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España

Descripción del caso

Se trata de una mujer embarazada de 24 semanas que acude a urgencias por dolor lumbar y presión en zona vaginal de 4-5 días de evolución. Como antecedentes destacan 3 partos a término y 3 abortos. La paciente se encuentra afebril.

A la exploración se observa leucorrea inespecífica, puño percusión bilateral negativa y un centímetro de dilatación. Ante la sospecha de una amenaza de parto prematuro se realiza una ecografía en la que se observa un cuello de 8 mm, sedimento (*sludge*) amniótico y embudización cervical. Además, en la cardiotocografía continua (CTG) se registra irritabilidad uterina.

Tras 2 h de observación, se realiza de nuevo una ecografía en la cual se observa un acortamiento del cuello (6 mm) por lo que se decide iniciar tratamiento con atosibán, corticoide para la maduración pulmonar y sulfato de magnesio para el desarrollo neurológico. A las 3 h la paciente avisa por pérdida de líquido mal oliente y presión en la zona vaginal. A la exploración se observa un flujo de líquido teñido y fétido. Analíticamente destaca una leucocitosis con predominio de neutrófilos. Ante la sospecha de corioamnionitis se comienza tratamiento antibiótico con ampicilina intravenosa (2 g/6 h) y gentamicina intravenosa (240 mg/24 h). A las 2 h de romper la bolsa se registra un pico de fiebre de 38,1 °C.

Evolución

Finalmente se desarrolló el parto, con el nacimiento de una niña con test de Apgar 1/1, llamando la atención el mal olor al nacimiento. Se tomaron muestras de placenta, exudados vaginal, endocervical, urocultivo de la madre y se extrajeron hemocultivos de ambas para su envío al Servicio de Microbiología. La niña comenzó tratamiento con vancomicina (10 mg/kg/12 h) y ceftazidima (50 mg/kg/12 h).

La placenta se cultivó en agar sangre y agar chocolate que se incubaron a 35 °C en atmósfera con 5% CO₂ y en medios para

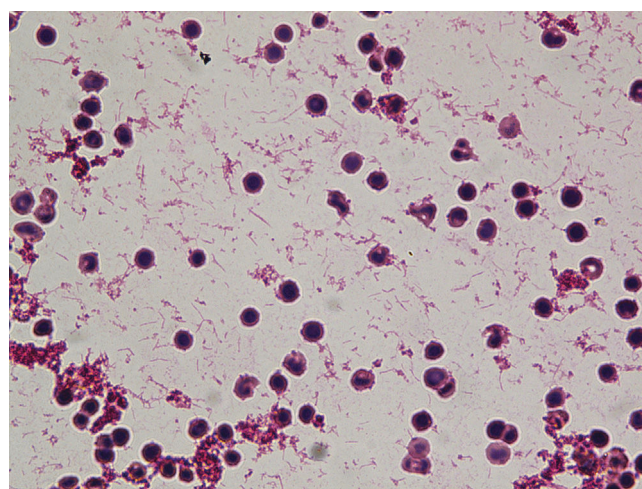


Figura 1. Tinción de Gram del hemocultivo positivo de la niña. Se observan los bacilos gramnegativos fusiformes y pleomórficos.

anaerobios que se incubaron a 35 °C en atmósfera anaerobia; a las 48 h de incubación, tanto en el cultivo de placenta como en el hemocultivo de la niña se observó el crecimiento en cultivo puro de bacilos gramnegativos fusiformes y pleomórficos que formaban en agar sangre colonias de color amarillo-rosado, planas, rugosas con un halo rodeando la zona central (figs. 1 y 2), que se identificaron como *Capnocytophaga sputigena* mediante el sistema MALDI-TOF (Maldi Biotyper, Bruker Daltonics, Alemania; BDALv.10) con scores de 2,59 y 2,48, respectivamente. Se confirmó la identificación de género y especie de ambas cepas por PCR y secuenciación de Sanger del gen ARNr 16S. El cultivo de la placenta para bacterias anaerobias y el resto de cultivos fueron negativos.

El estudio de sensibilidad a los antibióticos se realizó mediante Etest® (bioMérieux, Marcy-l'Étoile, Francia) en medio MHF (Mueller-Hinton agar con 5% de sangre de caballo y 20 mg/L de β-NAD, Biomérieux) con incubación a 35 °C con 5% de CO₂. Las CMI obtenidas para los diferentes antimicrobianos fueron: penicilina = 16 mg/L;

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariaines.martinezrienda@osakidetza.eus (I. Martínez-Rienda).



Figura 2. Cultivo de la placenta en agar sangre. Se observa el aspecto de las colonias tras 48 h de incubación a 35 °C con 5% de CO₂.

amoxicilina-clavulánico = 0,25 mg/L (amoxicilina); piperacilina-tazobactam = 0,064 mg/L (piperacilina); cefotaxima = 0,38 mg/L; ceftazidima = 0,064 mg/L; meropenem = 0,012 mg/L y ciprofloxacino = 0,016 mg/L.

La niña falleció a los 21 días de vida por complicaciones asociadas a su prematuridad.

Comentario final

C. sputigena pertenece a un género que incluye bacilos gramnegativos, fusiformes, anaerobios facultativos, de crecimiento lento y nutricionalmente exigentes. Crece en medios de cultivo enriquecidos como agar sangre o agar chocolate y necesita para su crecimiento un 5-10% de CO₂, hecho que le da nombre al género^{1,2}.

Forma parte de la microbiota de la cavidad oral humana. Causa infección del torrente sanguíneo en pacientes inmunodeprimidos, como aquellos sometidos a trasplante de células madre hematopoyéticas, pacientes con diabetes mellitus o pacientes con cáncer gástrico³; también se han comunicado casos de absceso intraabdominal posquirúrgico⁴, bacteriemia en pacientes neutropénicos⁵, sepsis en pacientes con anemia aplásica grave⁶, entre otros.

En ocasiones se ha aislado esta especie en el tracto genital femenino. Se han descrito cuadros de infección perinatal, sepsis, corioamnionitis y parto prematuro^{1,7}. El contacto orogenital puede

ser una vía de llegada de esta bacteria al útero ya que en algunas revisiones de la literatura se encontró que en algún caso de corioamnionitis se aisló *Capnocytophaga* spp. en la orofaringe de la pareja con enfermedad periodontal⁸⁻¹⁰.

En nuestro caso, se entrevistó a la paciente, negando esta que tuviera una enfermedad periodontal.

La sensibilidad a antibióticos es difícil de interpretar, ya que ni el EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) ni el CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) han establecido puntos de corte frente a este microorganismo, y además se trata de una bacteria de lento crecimiento. La mayoría son sensibles a ampicilina, amoxicilina-clavulánico, piperacilina-tazobactam y cefalosporinas¹.

C. sputigena causa corioamnionitis y sepsis neonatal de forma inusual, pero es un organismo a tener en cuenta, ya que debido a su lento crecimiento y requerimientos nutricionales la incidencia podría estar infraestimada.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecer a Clara Lejarraga Cañas por haber confirmado la identificación de las cepas mediante PCR y secuenciación del ARNr 16S.

Bibliografía

1. Felix L, Rosenberg A, Auffant-Caraballo K, Taborga DP, Hamula C. *Capnocytophaga* spp. infection causing chorioamnionitis: an unusual suspect. *Anarobe*. 2019;59:115-7.
2. Dorronsoro Ibero I. Revisión: Género *Capnocytophaga*. Pág. 1-9. Control Calidad SEIMC. Disponible en <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/bacteriologia/capno.pdf>
3. Mendes FR, Bruniera FR, Schmidt J, Cury AP, Rizeck C, Higashino H, et al. *Capnocytophaga sputigena* bloodstream infection in hematopoietic stem cell transplantations: two cases report and review of the literature. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2020;62:e48.
4. Joglekar R, DeSantis AJ, Lynch C, Lorch S. Postoperative *Capnocytophaga sputigena* presenting as diffuse recalcitrant intra-abdominal abscesses. *Am Surg*. 2023;89:3902-3.
5. Isabel R. *Capnocytophaga sputigena* bacteriemia in a neutropenic host. *IDCases*. 2019;17:e00536.
6. Iwamoto N, Matsumoto Y, Tochitani K, Uchiyama H. *Capnocytophaga sputigena*. Sepsis in a severe aplastic anemia patient. *Intern Med*. 2021;60:3843.
7. Leiva L, del Pozo JL. Bacilos gramnegativos de crecimiento lento: grupo HACEK, *Capnocytophaga* y *Pasteurella*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35 Supl 3:29-43.
8. López E, Raymond J, Patkai J, El Ayoubi M, Schmitz T, Moriette G, et al. *Capnocytophaga* species and preterm birth: case series and review of the literature. *Clin Microbiol Infect*. 2010;16:1539-43.
9. Hansen LM, Dorsey TA, Batzer FA, Donnenfeld AE. *Capnocytophaga* chorioamnionitis after oral sex. *Obstet Gynecol*. 1996;88:731.
10. Dixon NG, Ebright D, Defrancesco MA, Hawkins RE. Orogenital contact: a cause of chorioamnionitis? *Obstet Gynecol*. 1994;84:654-5.