

momento, la serología fue negativa (ICT Leptospira IgM/IgG, Standard Diagnostics, Inc.). No es hasta los 11 días desde el comienzo de los síntomas, y coincidiendo con el momento del exitus del paciente, cuando la serología de *Leptospira* es positiva. Todas las muestras fueron enviadas al Centro Nacional de Microbiología, donde se confirmó el resultado. En dicho centro se realizaron PCR de las muestras de orina y sangre del paciente, con resultado positivo en ambas (detección del gen *lipL32*, versión modificada del protocolo descrito por Bourhy et al.⁶), y serologías de los días 4 y 11, con resultado positivo para la del día 11 (Panbio® Leptospira IgM ELISA, Abbott Diagnostics).

En nuestro medio, la leptospirosis es una enfermedad de baja incidencia, principalmente debido a que un porcentaje muy bajo desarrolla las formas más graves, quedando infraestimados los casos asintomáticos y siendo los leves clasificados como síndromes febriles sin foco¹⁻⁵. La enfermedad de Weil es la forma de presentación de peor pronóstico^{2,3}. Aunque infrecuente, se produce fundamentalmente en viajeros de zonas endémicas, actividad ocupacional y asociados a actividades recreativas^{1-3,5}. Es importante que ante la sospecha de un caso de fiebre hemorrágica con dichos antecedentes, se incluya *Leptospira* como diagnóstico diferencial⁴. El curso de la enfermedad grave es rápido y desfavorable, con compromiso de las funciones vitales de los pacientes. Por ello, tal y como hemos descrito, la utilización de técnicas de diagnóstico rápido y específicas como PCR en muestras de sangre y/u orina en los primeros días de comienzo de síntomas es fundamental para establecer un diagnóstico rápido y un correcto tratamiento.

Bibliografía

1. Speelman P, Hartskeerl R. Leptospirosis. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al., editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 17.ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2008.
2. Fiecek B, Chmielewski T, Sadowska-Todys M, Czerwiński M, Zalewska G, Roguska U, et al. An outbreak of leptospirosis imported from Germany to Poland. Adv Clin Exp Med. 2017;26:415-9. <http://dx.doi.org/10.17219/acem/62022>
3. Rodríguez-Vidal FF, Vera-Tomé A, Nogales-Muñoz N, Muñoz-García-Borrueal M, Muñoz-Sanz A. Leptospirosis en un área sanitaria del suroeste español. Rev Clin Esp. 2014;214:247-52.
4. Longueira R, Ammari I, Lamas JL, Martínez-Vázquez C. Síndrome de Weil en paciente con sida: primer relato de caso en España. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29:397-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2011.02.008>
5. Calvo-Cano A, Aldasoro E, Ramirez M, Martinez M, Requena-Mendez A, Gascon J. Two cases of laboratory-confirmed leptospirosis in travellers returning to Spain from Thailand, September 2013. Euro Surveill. 2014;19, pii: 20675.
6. Bourhy P, Bremont S, Zinini F, Giry C, Picardeau M. Comparison of real-time PCR assays for detection of pathogenic *Leptospira* spp. in blood and identification of variations in target sequences. J Clin Microbiol. 2011;49:2154-60. <http://dx.doi.org/10.1128/JCM.02452-10>

Alejandra Pérez-García^{a,b,c,*}, Juan Ángel Tihista^d,
Ana Navascués^{a,b} y Aitziber Aguinaga^{a,b}

^a Servicio de Microbiología Clínica, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Navarra, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública, Pamplona, Navarra, España

^d Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aperezga@alumni.unav.es (A. Pérez-García).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.05.013>

0213-005X/

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

Alergia a antibióticos: perspectiva desde un hospital de tercer nivel



Allergy to antibiotics: Perspective from a tertiary care hospital

En la práctica clínica habitual, son frecuentes los pacientes ingresados que precisando tratamiento antibiótico refieren ser alérgicos o que durante su administración presentan un evento de posible origen alérgico. Aunque no disponemos de datos sobre su incidencia real, hay estudios que indican que tanto en niños como en adultos (en la población general), la prevalencia de reacciones de hipersensibilidad a antibióticos oscila desde el 1 hasta el 10%^{1,2}. Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia de pacientes alérgicos a

antibióticos en nuestro hospital de tercer nivel, conocer los principales antibióticos implicados y el porcentaje de pacientes que pudieron recibir finalmente el antibiótico adecuado. Para ello se realizó un estudio retrospectivo en nuestro hospital de tercer nivel, en el que se incluyeron todas las interconsultas recibidas por el servicio de alergología durante los años 2016 y 2017 correspondientes a alergia a antibióticos. Además, se recogió el seguimiento en consultas externas de alergología de aquellos pacientes en los que se estimó necesario tras el alta hospitalaria.

Se realizaron un total de 222 interconsultas (49,5% varones y 50,5% mujeres, media de edad: 63,9 años). De ellos, 108 pacientes (48,6%) refirieron antecedentes de alergia al ingreso, de los que solo 27 pacientes (25%) aportaron estudio alergológico previo. Las mani-

Tabla 1

Antibióticos sospechosos de cuadro alérgico durante el ingreso hospitalario

Antibiótico/s implicado/s	Pacientes con sospecha de cuadro alérgico (N = 165)		Pacientes que recibieron el antibiótico tras descartar alergia (N = 46) (%)
	Número de pacientes	Porcentaje por grupo de antibiótico (%)	
Penicilinas	18	131 (79,4)	44 (33,6)
Penicilinas + inhibidores de betalactamasas	56		
Cefalosporinas	27		
Meropenem	25		
Aztreonam	5	19,3	2 (6,2)
Quinolonas	32		
Aminoglucósidos	4		
Cotrimoxazol	9		
Vancomicina	12		
Clindamicina	7		

festaciones fueron fundamentalmente cutáneas (75%), seguidas de anafilaxia (1,8%), DRESS (0,9%) y el resto no recordó/no supo identificar la reacción. El principal grupo antibiótico implicado fueron los betalactámicos (83,3%), principalmente penicilinas, seguido de aminoglucósidos, quinolonas, cotrimoxazol y sulfamidas. Por otro lado, 165 interconsultas (74,3%) procedían de pacientes que presentaron cuadro sospechoso de alergia durante el ingreso hospitalario, solicitando valoración al servicio de alergología. Nuevamente los betalactámicos fueron los principales implicados. En 64 pacientes se descartó alergia mediante estudio alergológico. El estudio realizado consistió en una anamnesis dirigida, realización de pruebas cutáneas y test de provocación oral en aquellos pacientes en los que se consideró necesario. En 46 de ellos se pudo administrar finalmente el fármaco prohibido, tal y como se detalla en la [tabla 1](#). Finalmente, al alta hospitalaria se propuso estudio diferido en 188 pacientes (84,6%), de los que acudieron a consulta 84 (44,6%). En este grupo se descartó alergia en 35 pacientes (41,6%) y se demostró en 21 pacientes (25%) siendo nuevamente los betalactámicos los más frecuentemente implicados. Hubo 19 estudios no concluyentes (22,6%) y 9 continúan en estudio (10,7%).

En nuestra revisión, la mitad de las interconsultas realizadas fueron por pacientes que referían antecedentes de alergia a antibióticos. El principal grupo implicado y las manifestaciones referidas coinciden con lo descrito en la literatura² (fundamentalmente betalactámicos y manifestaciones cutáneas) y la gran mayoría no aportaba estudios alergológicos previos. Una anamnesis detallada, en la que se interroga al paciente por la sintomatología, posibles factores concomitantes y circunstancias acompañantes del suceso previo, es fundamental para descartar un cuadro alérgico de otras entidades clínicas. En muchas ocasiones, una historia clínica detallada es suficiente para orientarnos hacia una intolerancia o efecto adverso del fármaco, más que hacia un cuadro alérgico. Registrar una falsa alergia a un antibiótico en la historia clínica de un paciente puede llevar a la prescripción de otros fármacos más costosos o no tan eficaces^{3–6}. La administración de betalactámicos, principal grupo implicado en sospechas de alergia en nuestros pacientes ingresados, fue finalmente posible en la mayoría de ellos tras el estudio por el servicio de alergología⁷. Igualmente, el estudio ambulatorio también permitió descartar alergia en un porcentaje importante de pacientes. Posibles limitaciones de este estudio son su carácter retrospectivo y, que al valorar pacientes hospitalizados, la alergia ha podido estar sobreestimada debido a las propias

comorbilidades del paciente y la polimedicación por el riesgo de interacciones medicamentosas que conlleva.

En conclusión, una anamnesis detallada al paciente junto con la valoración por el servicio de alergología, son fundamentales para confirmar o descartar alergia a un grupo antibiótico, permitiéndonos en la mayoría de los casos su uso posterior y evitar la administración de tratamientos más costosos y menos óptimos.

Bibliografía

1. Romano A, Caubet JC. Antibiotic allergies in children and adults: from clinical symptoms to skin testing diagnosis. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2014;**2**: 3–12.
2. Delgado Capel M, Icart Palau R, Ribo Tarre L, Sanchez Ulayar A, Martinez-Costa X, Mauri Plana M, et al. Assessment of the antibiotic allergy questionnaire in the medical history [Article in Spanish]. *Rev Esp Quimioter.* 2009;**22**:210–3.
3. Apter AJ, Kinman JL, Bilker WB, Herlim M, Margolis DJ, Lautenbach E, et al. Represcription of penicillin after allergic-like events. *J Allergy Clin Immunol.* 2004;**113**:764–70.
4. Sheth A, Smith KM. Is this patient penicillin-allergic? *Orthopedics.* 2004;**27**:719–20.
5. Park MA, Li JTC. Diagnosis and management of penicillin allergy. *Mayo Clin Proc.* 2005;**80**:405–10.
6. Sade K, Holtzer I, Levo Y, Kivity S. The economic burden of antibiotic treatment of penicillin-allergic patients in internal medicine wards of a general tertiary care hospital. *Clin Exp Allergy.* 2003;**33**:501–6.
7. Barberan J, Mensa J, Farinas C, Llinares P, Olaechea P, Palomar M, et al. Recommendations of antimicrobial treatment in patients allergic to beta-lactam antibiotics [Article in Spanish]. *Rev Esp Quimioter.* 2008;**21**:60–82.

Iker Falces-Romero^{a,*}, Irene Hernández-Martín^b, Ana Fiandor^b y Alicia Rico-Nieto^c

^a Servicio de Microbiología y Parasitología Clínicas, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Alergología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: falces88@gmail.com (I. Falces-Romero).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.09.004>

0213-005X/

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

Corneal infection due to *Moraxella nonliquefaciens*



Infección corneal debida a *Moraxella nonliquefaciens*

Moraxella spp accounts for approximately 5% of all corneal ulcers¹ and can lead to severe complications. Several investigations have focused on the characteristics of *Moraxella* keratitis^{2,3} but until recently, no cases of corneal infections due to *Moraxella nonliquefaciens* have been published in the medical literature. We have reported a case of corneal abscess due to *M. nonliquefaciens*,⁴ and after this, we have seen two additional cases of corneal infection due to this pathogen. In this article we describe the main characteristics of these very rare infections.

Case 1. An 85-year-old man refers red eye and intense pain. A corneal ulcer located in the inferior hemicornea with a minor epithelial defect was detected. Treatment with tobramycin plus ciprofloxacin plus cycloplegic eyedrops was started. Several cor-

neal scrapings were taken, and they were processed for bacterial and fungal culture. No study for viruses was performed. Gram staining exhibited no microorganisms. On the second day of incubation the growth of abundant colonies of a non-hemolytic and both positive catalase and oxidase microorganism was reported in pure culture. A mass spectrometry method (Bruker Biotyper, Billerica, MA) identified the strain as *M. nonliquefaciens* (log score 2.024). The culture in Sabouraud agar was negative after 21 days of incubation. Susceptibility to amoxicillin-clavulanate, cefotaxime, levofloxacin, azithromycin, thrimetoprim-sulphamethoxazole was demonstrated. At 3 months of follow-up neither recurrence nor complications were observed.

Case 2. A 73-year-old woman was seen due to red eye and pain. Physical examination revealed conjunctival hiperemia and a central corneal ulcer with a minor infiltrate. Treatment with vancomycin plus ceftazidime plus cycloplegic eyedrops was started. Corneal scrapings were processed in the same way that in the case 1. On the first day of incubation, the growth of abundant colonies of a