

- Strongyloides stercoralis infection. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007745.pub3>.
9. Morenab V, Milazzo L, Orenia L, Bestetti G, Fossali T, Bassoli C, et al. Off-label use of tocilizumab for the treatment of SARS-CoV-2 pneumonia in Milan Italy. Eur J Intern Med. 2020;76:36–42.
 10. Monge-Maillo B, Navarro M, Rodríguez E, Ramos Rincón JM, Chamorro Tojeiro S, Jiménez Sánchez S, et al. Affiliations expand Community screening campaign for Strongyloides stercoralis among Latin American immigrants in Spain. Clin Microbiol Infect. 2018;24:1220–1, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2018.06.029>.
 11. Winthrop KL, Mariette X, Silva JT, Benamu E, Calabrese LH, Dumusc A, et al. ESCMID Study Group for Infections in Compromised Hosts (ESGICH) Consensus Document on the safety of targeted and biological therapies: an infectious diseases perspective (Soluble immune effector molecules [II]: agents targeting interleukins, immunoglobulins and complement factors). Clin Microbiol Infect. 2018;24 Suppl:S21–40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2018.02.002>.
 12. Schwartz BS, Mawhorter SD. AST Infectious diseases community of practice: Parasitic infections in solid organ transplantation. Am J Transplant. 2013;13:280–303.
 13. William M, Stauffer MD, Alpern JD, Walker PF. COVID-19 and dexamethasone. A potential strategy to avoid steroid-related strongyloides hyperinfection. JAMA Published online. 2020;324:623–4, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.13170>.

Ilduara Pintos-Pascual^{a,*}, Marcos López-Dosil^b,
Ciara Castillo-Núñez^c y Elena Múñez-Rubio^a

^a Servicio de Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

^b Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

^c Medicina de Familia, Centro de Salud Brunete, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ilduarapintos@gmail.com (I. Pintos-Pascual).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.10.014>

0213-005X/ © 2020 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Actinotignum schaalii y úlceras genitales en paciente pediátrico



Actinotignum schaalii and genital ulcers in a pediatric patient

El diagnóstico de las úlceras genitales en niños reviste particular importancia, ya que podría indicar tanto patologías no infecciosas (enfermedad de Behçet, enfermedad inflamatoria intestinal, reacciones adversas a fármacos o úlceras de Lipschütz), como causas infecciosas, pudiendo algunas estar relacionadas con abuso sexual. Destacan las infecciones por virus herpes simplex, citomegalovirus y virus de Epstein-Barr. Entre las bacterianas se incluyen infecciones estreptocócicas y estafilocócicas, bacterias gramnegativas y el ectima gangrenoso por *Pseudomonas aeruginosa*¹.

Actinotignum schaalii (*A. schaalii*) es un bacilo grampositivo, anaerobio facultativo, residente en el epitelio cutáneomucoso urogenital². Su verdadero significado clínico ha permanecido, probablemente, infraestimado y está condicionado por la dificultad para su aislamiento en cultivos habituales³. Se han descrito, hasta la fecha, solo siete casos previos de infección pediátrica, principalmente infecciones urinarias y, menos frecuentemente, genitales⁴, aunque nunca úlceras. Presentamos el primer caso descrito en la literatura de úlceras genitales asociadas con el aislamiento de este microorganismo.

Se trata de un paciente de siete años que acude tras consulta telefónica durante el período de confinamiento por COVID-19. Refiere úlceras en glande y región balanoprepucial de 24 horas de evolución, sin fiebre, antecedente traumático o consumo reciente de nuevos medicamentos. El paciente estaba diagnosticado previamente de enuresis nocturna primaria y escapes de orina diurnos, en aumento durante las semanas previas, coincidiendo con una mayor ansiedad debido a la situación de confinamiento domiciliario. Este paciente asocia, además, encopresis y síndrome de Gilles de la Tourette. No existía evidencia de agresión/abuso sexual.

Durante la exploración, se objetiva úlcera en glande de 4 mm (fig. 1) y otra de similar tamaño y menor profundidad, en la imagen especular lateral con la primera, así como otras subyacentes a nivel del frenillo balanoprepucial, el cual se encontraba eritematoso. No presentaba lesiones orofaríngeas y el resto de la exploración física era normal. Se realizó una toma de exudado de las úlceras para llevar a cabo un estudio microbiológico. La analítica básica era normal, incluyendo PCR < 0,2 mg/L, hemograma: 11.890 leucocitos/mm³ (31% PMN, 54% linfocitos, 7% monocitos, 7% eosinófilos).

En el estudio microbiológico, tras 48 horas de incubación en CO₂, crecieron abundantes colonias, muy pequeñas (< 1 mm), en cultivo puro, no hemolíticas, citocromo-oxidasa y catalasa negativas en medio de agar sangre de cordero (BD, España), que correspondieron a bacilos grampositivos, de morfología ligeramente curvada, con rasgos de corinebacterias, y de crecimiento lento. Se identificaron correctamente mediante la espectrometría de masas MALDI-TOF (Bruker Biotyper, Billerica, MA, USA) como *A. schaalii* (con un score máximo de 2,212). El estudio de sensibilidad antibiótica, en medio de agar sangre en CO₂, mostró los siguientes valores de CMI (mg/L) (que se interpretaron a las 48 horas, según los criterios para anaerobios grampositivos del EUCAST y anaerobios del CLSI 2020 para tetraciclina): ampicilina (0,064), clindamicina (0,023) y tetraciclina (0,5) (sensibles), y metronidazol (> 256) (resistente). Posterior al aislamiento de la úlcera, se realizó un cultivo de orina con búsqueda específica de *A. schaalii* que fue negativa.

La serología para *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, sífilis, *Toxoplasma gondii*, virus de la hepatitis C (VHC), virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue negativa. Solo se detectó IgG anti-citomegalovirus y anti-virus Epstein-Barr. La determinación de anticuerpos antinucleares mostró un patrón moteado (1/160). Se realizó un tratamiento oral con amoxicilina (50 mg/kg/día, siete días) y ácido fusídico tópico, además de medidas higiénicas, siendo la evolución favorable, con desaparición de las lesiones a los siete días.



Figura 1. Úlceras en glande y región subyacente al frenillo balanoprepucial.

Aunque, globalmente, la causa más frecuente de lesiones genitales es la infección por virus del herpes simplex, en niños y adolescentes no sexualmente activos, deben considerarse otras etiologías no infecciosas o infecciosas⁵. La importancia de detectar alguno de estos procesos, y de descartar la transmisión sexual, hace necesario un diagnóstico etiológico preciso. *A. schaalii* es un microorganismo aislado, en ocasiones, en pacientes ancianos con patología genitourinaria de base, pudiendo ser responsable de infecciones invasivas en inmunodeprimidos^{1,2,6}. De los casos pediátricos previamente comunicados, cinco correspondieron a infección urinaria, un caso de absceso intradural y otro de balanopostitis⁴. Al igual que en los pacientes adultos, existía la asociación con antecedentes de patología urogenital, presente en cinco de siete casos. Las condiciones de humedad prolongada en la zona genital y anaerobiosis favorecen su crecimiento. Este hecho se asoció en cuatro de siete pacientes (enuresis, uso prolongado de pañales o de trajes de baño). De manera equivalente, nuestro paciente sufría de enuresis primaria, con empeoramiento del cuadro en el contexto de confinamiento prolongado por la pandemia de COVID-19. La familia describe el aumento de escapes diurnos asociados con la situación de estrés, por lo que podría considerarse un efecto adverso del confinamiento domiciliario.

El caso presentado constituye, a nuestro conocimiento, el primer aislamiento de *A. schaalii* en úlceras genitales, tanto en niños como en adultos. A pesar de que se ha demostrado la presencia de este género en la microbiota urogenital de pacientes asintomáticos², la especie *A. schaalii* es la que ha mostrado un mayor potencial patogénico. Durante la atención inicial del paciente en el servicio de urgencias pediátricas, no se contempló enviar alguna muestra de orina para realizar un cultivo; el análisis de la orina mediante una tira reactiva fue normal, y el paciente no presentaba síntomas ni signos clínicos compatibles con la infección urinaria diferentes a su enuresis de base, ni tampoco mostraba alguna alteración de parámetros infecciosos en el control analítico. No obstante, posteriormente a la identificación del microorganismo, en la revisión del paciente, se solicitó dicho estudio microbiológico de orina con búsqueda específica de este microorganismo, la cual fue negativa. Aunque en este caso se descartaron plausiblemente otras causas de úlceras genitales, ya que el paciente no mostraba otros síntomas y presentó una adecuada respuesta al tratamiento antibiótico, se hace necesaria una mayor casuística que permita dilucidar sólidamente esta nueva asociación. Para el tratamiento de las infecciones producidas por *A. schaalii*, se recomienda amoxicilina o cefalosporinas, siendo generalmente resistente a fluoroquinolonas y cotrimoxazol⁴.

Una limitación de este trabajo es que no se realizó la identificación con un método molecular, aunque se ha descrito previamente la correcta identificación de esta especie mediante MALDI-TOF⁷.

Como conclusión, es necesario tener presente a los microorganismos oportunistas, como *A. schaalii*, en el diagnóstico diferencial de las úlceras genitales en pacientes con patología urológica y, particularmente, cuando exista exposición a humedad prolongada en la zona genital.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Chu AS, Knerr SM. A healthy infant with an ulcerated genital lesion: diagnostic and therapeutic considerations. *Pediatr Emerg Care*. 2016;32:46–8. <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0000000000000670>.
2. Lotte R, Lotte L, Ruimy R. *Actinotignum schaalii* (formerly *Actinobaculum schaalii*): a newly recognized pathogen—review of the literature. *Clin Microbiol Infect*. 2016;22:28–36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2015.10.038>.
3. Lara-Oya A, Navarro-Marí JM, Gutiérrez-Fernández J. *Actinotignum schaalii* (formerly *Actinobaculum schaalii*): A new cause of balanitis. *Med Clin (Barc)*. 2016;147:131–2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.03.009>.
4. Ruiz-García C, Muñoz-Hoyos A, Lara-Oya A, Navarro-Marí JM, Gutiérrez-Fernández J. Balanopostitis por *Actinotignum* en niños. Revisión bibliográfica y presentación de un caso. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89:246–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.12.005>.
5. Rosman IS, Berk DR, Bayliss SJ, White AJ, Merritt DF. Acute genital ulcers in nonsexually active young girls: case series, review of the literature, and evaluation and management recommendations. *Pediatr Dermatol*. 2012;29:147–53. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01589.x>.
6. Panganiban CM, Gupta S. *Actinotignum schaalii* abscess in a patient with common variable immunodeficiency. *Pathogens*. 2020;9:494. <http://dx.doi.org/10.3390/pathogens9060494>.
7. Stevens RP, Taylor PC. *Actinotignum* (formerly *Actinobaculum*) *schalii*: a review of MALDI-TOF for identification of clinical isolates, and a proposed method for presumptive phenotypic identification. *Pathology*. 2016;48:367–71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pathol.2016.03.006>.

Álvaro Vázquez-Pérez^{a,*}, Juan Luis Santos-Pérez^a,
Alicia Herrera-Goicoechea^b y José Gutiérrez-Fernández^{c,d}

^a Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y Cirugía Pediátrica, Hospital Virgen de las Nieves-IBS, Granada, España

^b Centro de salud Albayda La Cruz, Granada, España

^c Laboratorio de Microbiología, Hospital Virgen de las Nieves-IBS, Granada, España

^d Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad de Granada-IBS, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: avzqpz@gmail.com (Á. Vázquez-Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.10.015>

0213-005X/ © 2020 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Utilidad de un panel sindrómico para infecciones respiratorias en el diagnóstico de meningitis aguda bacteriana



Utility of multiplex PCR syndromic panel for respiratory infections in the diagnosis of acute bacterial meningitis

Niña de 5 años, vacunada correctamente para su edad y sin antecedentes de interés, acude a urgencias por un cuadro de 24 h de evolución de fiebre (39,2 °C), vómitos, hiporexia, decaimiento y cefalea. Ingresa en pediatría con empeoramiento progresivo a las 24 h, tumefacción periorbitaria izquierda, tendencia a la somnolencia y posición en trípode al intentar la sedestación. Se realiza

punción lumbar y TAC, compatibles con meningitis bacteriana aguda (pleocitosis polimorfonuclear, glucosa 4 mg/dl, proteínas 106 mg/dl). En el gram no se observaron microorganismos. Ingresa en la UCI, iniciándose antibioterapia empírica con cefotaxima (300 mg/kg/día) y vancomicina (60 mg/kg/día) y, además, dexametasona (0,15 mg/kg/día).

Se realiza Filmarray® meningitis/encefalitis (BioMérieux, Francia) resultando negativo para los microorganismos que habitualmente producen meningitis en nuestro medio. En el gram del hemocultivo se observaron cocos grampositivos en racimos. Se realiza Filmarray® respiratorio (RP2plus), amplificando *Streptococcus pyogenes* (SPY). Se avisa al pediatra, que no modifica el tratamiento hasta obtener el crecimiento de SPY en el LCR. En el hemocultivo