

Carta al Director

Ismail Zakariya-Yousef
Breal
Adriana Márquez Sanabria
Antonio Guzmán González
Alberto Tenorio Abreu

Queratitis fúngica por *Colletotrichum gloeosporioides*: A propósito de un caso.

Servicio de Microbiología y Parasitología Clínica, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Article history

Received: 5 November 2018; Revision Requested: 21 December 2018; Revision Received: 10 January 2019; Accepted: 21 January 2019

Sr Editor: El género *Colletotrichum* está formado por hongos filamentosos causantes de la "antracnosis", una infección propia de vegetales que afecta principalmente al género *Cytrus* en países de clima templado [1]. En humanos, las especies del género *Colletotrichum* rara vez producen infecciones y, aunque en los últimos años haya aumentado el número de casos publicados de infecciones oftálmicas y subcutáneas por este tipo de hongo [2,3], la incidencia en humanos es baja.

Presentamos el caso de un varón de 45 años de origen ecuatoguineano que acude a la consulta de oftalmología por un absceso corneal en el ojo derecho tras traumatismo con rama de naranjo. El paciente había estado en seguimiento en atención primaria durante un mes sin presentar buena evolución tras tratamiento con dexametasona/tobramicina, moxifloxacino y ciclopéjico. En la consulta no refirió ninguna enfermedad sistémica, intervención quirúrgica previa o tratamiento farmacológico de forma habitual. Tampoco era portador de lentes de contacto.

En la exploración se observó hiperemia conjuntival, gran absceso corneal de 4-5 mm con lisis celular e infiltrado purulento en la cámara anterior del ojo (hipopion) de 2 mm. El fondo vítreo se observaba claro y transparente sin condensaciones fúngicas. Tras la exploración, se decidió pautar ciclopéjico, prednisona, ácido hialurónico, doxiciclina, moxifloxacino y colirios reforzados con ceftazidima y vancomicina, además de tomar muestras de humor acuoso del hipopion y de raspado corneal para cultivo microbiológico. El raspado corneal fue inoculado directamente en agar sangre, chocolate y caldo de enriquecimiento de tioglicolato, mientras que el humor acuoso únicamente en caldo de enriquecimiento. Las muestras se incubaron a 37°C en atmósfera de CO₂.

Al quinto día de incubación se observó crecimiento únicamente en el tioglicolato del raspado corneal, visualizándose en la tinción de gram hifas septadas no ramificadas. En el subcultivo realizado en placa de Sabouraud con cloranfenicol a 30°C en aerobiosis, se observó crecimiento de un hongo filamentosos a las 72 horas. El paciente fue diagnosticado de queratitis fúngica, iniciándose tratamiento con 200 mg de voriconazol oral cada 12 horas y en colirio al 1% cada 2 horas. El resto de los fármacos fueron retirados.

En el subcultivo del raspado, tras 72 horas de incubación a 30°C en aerobiosis, se observó macroscópicamente una colonia grisácea con el reverso marrón oscuro al tercer día. Microscópicamente con la tinción de azul de lactofenol se observaron hifas septadas no ramificadas, sin ninguna otra estructura característica que pudiera ayudar a su identificación. Debido a esto se decidió realizar diferentes subcultivos y enviar una muestra de la cepa aislada al Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III, donde fue identificada como *C. gloeosporioides*.

A los 7 días de iniciar tratamiento antifúngico, el paciente presentaba hiperemia corneal de predominio inferior con adelgazamiento de esta (dellen) y neovascularización superficial, aunque no se apreciaba hipopion. Se mantuvo tratamiento con voriconazol tanto oral como en colirio y se citó al paciente para observar evolución. A la semana siguiente se observaba una hiperemia corneal moderada, con un dellen menor y sin hipopion. Tras indicar el paciente el regreso a su país, se decidió realizar un lavado intracameral con voriconazol. En el mismo procedimiento quirúrgico se le tomó muestra de humor acuoso para cultivo microbiológico, no visualizándose microorganismos en la tinción de Gram y siendo el cultivo negativo a los 30 días. Finalmente, se pautó voriconazol oral durante dos meses para que pudiera finalizar el tratamiento en su país.

C. gloeosporioides es un hongo filamentosos que de forma excepcional pueden producir infecciones en humanos, siendo su principal presentación infecciones oftálmicas secundarias a

Correspondencia:
Ismail Zakariya-Yousef Breal, Hospital Juan Ramón
Jiménez, Ronda exterior norte s/n, 21005, Huelva.
E-mail: natilespa@gmail.com

traumatismos producidos con material vegetal. La amplia mayoría de los casos publicados en la literatura son de regiones tropicales o subtropicales [2, 4], aunque en los últimos años también se han publicado algunos casos en nuestro país [5–8]. Las queratitis por *Colletotrichum* spp. se caracterizan por una progresión tórpida que, si no se tratan inmediatamente, pueden originar complicaciones que precisan en ocasiones de una intervención quirúrgica [5,6]. En este sentido, la no siempre fácil identificación de *Colletotrichum* spp. requiere, en muchos casos, la utilización de técnicas moleculares en laboratorios externos que demoran la identificación y, por consiguiente, un tratamiento dirigido [7]. Actualmente no existe un consenso en la terapia antifúngica, aunque se ha observado buena respuesta a natamicina, anfotericina B y voriconazol [4, 7, 9]. En estudios in vitro se ha observado resistencia a nistatina e itraconazol [9]. En este caso, la lenta progresión de la infección del paciente pudo deberse a la demora diagnóstica ocasionada por la tardía toma de muestras. Por otra parte, el tratamiento inicial y posterior con corticoides, factor de riesgo asociado a este tipo de infecciones [2], posiblemente agravó la evolución. Una vez diagnosticada la queratitis fúngica se retiró el tratamiento antibiótico y se pautó voriconazol tópico, sistémico e intracameral y al igual que en otros casos publicados [4,10], el hipopion desapareció una vez iniciado el tratamiento, pudiendo indicar que el hipopion era consecuencia de una respuesta inflamatoria a la infección. La evolución final del paciente se desconoce debido al retorno a su país de origen.

En conclusión, aunque sea un patógeno raro en nuestro medio, sería aconsejable incluir a *C. gloeosporioides* en el diagnóstico diferencial de cualquier queratitis infecciosa secundaria a un traumatismo con material vegetal, evitando así una demora en el tratamiento antifúngico que ocasione complicaciones de cierta gravedad.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guarnaccia V, Groenewald JZ, Polizzi G, Crous PW. High species diversity in *Colletotrichum* associated with citrus diseases in Europe. *Persoonia - Mol Phylogeny Evol Fungi*. 2017;32–50. DOI:10.3767/persoonia.2017.39.02
2. Kaliamurthy J, Kalavathy CM, Ramalingam MDK, Prasanth DA, Jesusadasan CAN, Thomas PA. Keratitis due to a coelomycetous fungus: case reports and review of the literature. *Cornea*. 2004; 23:3–12. PMID:14701951
3. Isa-Isa R, García C, Isa M, Arenas R. Subcutaneous phaeoerythromycosis (mycotic cyst). *Clin Dermatol*. 2012; 30:425–31. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2011.09.015
4. Shiraishi A, Araki-Sasaki K, Mitani A, Miyamoto H, Sunada A, Ueda A, et al. Clinical Characteristics of Keratitis Due to *Colletotrichum gloeosporioides*. *J Ocul Pharmacol Ther*. 2011; 27:487–91. DOI:10.1089/jop.2011.0011
5. Lamarca J, Vilaplana F, Nadal J, García-Barberán I, Barraquer RI. Queratitis fúngica por *Colletotrichum gloeosporioides* resistente a tratamiento. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2016; 91:97–101. DOI: 10.1016/j.oftal.2015.07.008
6. Navalpotro Rodríguez D, Martínez-Macias O, Domínguez-Márquez V, Burgos Teruel A. Infección corneal grave por *Colletotrichum gloeosporioides* en un trabajador agrícola. *Med Clin (Barc)*. 2014; 142:138–9. DOI: 10.1016/j.medcli.2013.05.020
7. Morcillo Guardiola M, Hurtado Montalbán N, Martínez Morales JA, Villegas Pérez MP, Miralles De Imperial Mora Figueroa J. Queratitis fúngica por *Colletotrichum* spp. A propósito de un caso. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2014; 89:110–2. DOI: 10.1016/j.oftal.2012.07.018
8. Borrás-Mañez M, Ortega-Evangelio L, Gil-Tomás JJ, Tomás JM. Keratitis due to *Colletotrichum gloeosporioides* and Herpesvirus reactivation. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34:69–70. DOI: 10.1016/j.eimc.2015.05.001
9. Pote ST, Chakraborty A, Lahiri KK, Patole MS, Deshmukh RA, Shah SR. Keratitis by a rare pathogen *Colletotrichum gloeosporioides*: A case report. *J Mycol Med*. 2017; 27:407–11. DOI: 10.1016/j.mycmed.2017.04.009
10. Llamas R, Al-Hatmi AMS, Martínez G, Hagen F, Velar R, de la Cacería Castillo Pérez A, et al. Non-traumatic keratitis due to *Colletotrichum truncatum*. *JMM case reports*. 2016;3: e005047. DOI: 10.1099/jmmcr.0.005047