

Carta al Director

Marta Cabezuelo Barber
M^a Dolores Tirado Balaguer
Bárbara Gomila Sard
Rosario Moreno Muñoz

Revisión de infecciones por *Actinotignum schaalii* diagnosticadas en el Hospital General Universitario de Castellón

Servicio de Microbiología y Parasitología Clínicas, Hospital General Universitario de Castellón

Article history

Received: 18 July 2018; Revision Requested: 25 July 2018; Revision Received: 20 August 2018; Accepted: 19 September 2018

Sr. Editor: *Actinotignum schaalii* es un cocobacilo grampositivo perteneciente a la familia *Actinomycetaceae* que crece en anaerobiosis o microaerofilia como pequeñas colonias grisáceas, a veces β -hemolíticas [1,2], y es responsable mayoritariamente de infecciones urinarias, siendo los grupos de población más afectados los ancianos y pacientes con patologías del tracto urinario subyacentes [3,4]. También puede provocar complicaciones sépticas como endocarditis, bacteriemias, abscesos y discitis [3]. En los últimos 10 años se han informado 172 casos de infección por *A. schaalii* en el mundo [1].

El método diagnóstico de referencia es la identificación por espectrometría de masas MALDI-TOF, ya que los tests fenotípicos no proporcionan resultados de confianza [2]. *A. schaalii* es intrínsecamente resistente a metronidazol y colistina, y se han observado también sensibilidades reducidas a fosfomicina, quinolonas y cotrimoxazol. Como tratamiento de elección se recomiendan β -lactámicos, aminoglucósidos, glucopéptidos o clindamicina durante varias semanas [1,3-5].

A continuación, se presentan cinco casos de *A. schaalii* identificados en el Hospital General Universitario de Castellón.

Se realizó una búsqueda en el Sistema de Información del Laboratorio (SIL) GestLab[®] Cointec de todos los casos identificados de *A. schaalii* en el período de 2016 a 2017. Las muestras se sembraron en los medios habituales según protocolo, y en el caso del hemocultivo, al observarse en la tinción de gram cocobacilos grampositivos, se subcultivó en agar sangre Schaedler (bioMérieux[®]) incubado en anaerobiosis. Las colonias se identificaron con MALDI-TOF

(VITEK MS[®], bioMérieux[®]). Se recogieron de los pacientes los siguientes datos: sexo, edad, tipo de muestra, diagnóstico, tratamiento, duración del mismo, evolución, posibles complicaciones y necesidad de cirugía.

Los datos de los casos se muestran en la tabla 1.

El aislamiento de *A. schaalii* depende de su grado de sospecha como etiología de una infección, ya que necesita anaerobiosis para su crecimiento. Se trata de un patógeno emergente y debería tenerse en cuenta principalmente en pacientes de edad avanzada o con patologías del tracto urinario, sobre todo si presentan piuria y urocultivo negativo y/o no responden al tratamiento empírico con quinolonas o cotrimoxazol.

Debe valorarse la importancia de la identificación por espectrometría de masas de este microorganismo, ya que de ella depende el éxito del tratamiento antimicrobiano.

FINANCIACIÓN

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Correspondencia:
Marta Cabezuelo Barber
Servicio de Microbiología y Parasitología Clínicas, Hospital General Universitario de Castellón
Av. Benicàssim, s/n
12004 Castellón
Tfno.: 669341591
E-mail: marcabar@alumni.uv.es

Tabla 1	Casos de infección por <i>A. schaalii</i>				
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Sexo	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Varón
Edad (años)	50	46	75	65	77
Tipo de muestra	Leche	Sangre	Absceso	Absceso	Sangre
Diagnóstico	Mastitis	Sepsis de origen urinario	Absceso cúpula vaginal	Absceso glúteo	Sepsis de origen urinario
Tratamiento	Amoxicilina + Ácido clavulánico	Ceftriaxona + Tobramicina	Azitromicina	Metronidazol + Ciprofloxacino	Ingreso: Levofloxacino + Meropenem Alta: Cefditoreno
Duración del tratamiento	No consta	Ceftriaxona: 15-21 días Tobramicina: 3 días	3 días	Metronidazol: 14 días Ciprofloxacino: 14 días	Levofloxacino + Meropenem 7 días Cefditoreno: 10 días
Evolución	No consta	Favorable: curación	No consta	No consta	Favorable: curación
Complicaciones	No consta	No	No consta	No	No
Necesidad de cirugía	No	No	Sí: drenaje	Sí: drenaje y desbridamiento	No

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. PMID: 26577137
2. Prigent G, Perillaud C, Amara M, Coutard A, Blanc C, Pangon B. *Actinobaculum schaalii*: A truly emerging pathogen? *New Microbes New Infect*. 2016; 11: 8-16. PMID: 27014462
3. Lotte L, Lotte R, Durand M, Degand N, Ambrosetti D, Michiels JF et al. Infections related to *Actinotignum schaalii* (formerly *Actinobaculum schaalii*): a 3-year prospective observational study on 50 cases. *Clin Microbiol Infect*. 2016; 22: 388-390. PMID: 26551841
4. Pedersen H, Senneby E, Rasmussen M. Clinical and microbiological features of *Actinotignum* bacteremia: a retrospective observational study of 57 cases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2017; 36: 791-796. PMID: 27957598
5. Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JM, Letang E, López-Suñé E, Marco F. Guía de terapéutica antimicrobiana. 28ª ed. Barcelona: Antares; 2018.