

## Carta al Director

Margarita Bolaños Rivero<sup>1</sup>  
María Aroca Ferri<sup>1</sup>  
Beatriz Ruíz Derlinchan<sup>2</sup>  
Antonio Manuel Martín  
Sánchez<sup>1,3</sup>

# Conjuntivitis por *Capnocytophaga ochracea* en un neonato de dos semanas

<sup>1</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

<sup>2</sup>Centro de Salud Carrizal de Ingenio, Gran Canaria.

<sup>3</sup>Departamento de Ciencias Clínicas, Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

### Article history

Received: 15 January 2019; Revision Requested: 28 January 2019; Revision Received: 4 February 2019; Accepted: 22 February 2019

Sr. Editor:

La conjuntivitis neonatal engloba todas las conjuntivitis que se producen en las primeras cuatro semanas de vida. Puede ser producida por bacterias, virus y clamidias, o ser de origen tóxico. La identificación del agente etiológico es de suma importancia porque puede existir una infección sistémica potencialmente grave asociada con la afección ocular [1]. Presentamos un caso en un neonato de dos semanas.

Varón que acude a revisión por la presencia de legañas en ambos ojos desde el nacimiento. Entre sus antecedentes personales destaca el parto por cesárea a las 40 semanas de gestación debido a la rotura prolongada de membranas, con un peso de 2.900 gramos y Apgar de 6/9. Su madre era portadora vaginal de *Streptococcus agalactiae*, por lo que recibió tres dosis de penicilina intraparto.

Debido a la existencia de secreción conjuntival sin hipermia, se sospechó de obstrucción del conducto lagrimal y se le indicaron masajes con calor seco. A las 5 semanas de vida acudió de nuevo porque continuaba con secreción en ambos ojos, a pesar de los masajes, calor y limpieza con suero fisiológico. A la exploración presentaba abundantes secreciones amarillentas en ambos ojos, sin hiperemia conjuntival. Se solicitó cultivo del exudado conjuntival y se pautó tratamiento empírico con gentamicina oftálmica. La muestra se envió al Servicio de Microbiología donde se sembró en los medios habituales de cultivo y en un caldo de tioglicolato. A las 48 horas de incubación a 35°C con un 5% de CO<sub>2</sub>, crecieron tanto en agar sangre como en agar chocolate unas colonias planas, oxidasa y catalasa negativas. La tinción de gram de las colonias se observan bacilos gramnegativos delgados que fueron identificados mediante espectrometría de masas (Bruker) como *Capnocytophaga*

*ochracea*. Las colonias no alcanzaron su máximo desarrollo hasta pasados 4 días, presentando un color amarillo-rosado y unas proyecciones digitales que rodeaban la parte central de la colonia debido a su movimiento deslizante característico. El antibiograma se realizó mediante Etest® (bioMérieux) siguiendo los puntos de corte definidos por EUCAST para *Haemophilus* sp. La cepa fue sensible a ampicilina, amoxicilina/ácido clavulánico, ciprofloxacino y tetraciclina, y resistente a cotrimoxazol. No existía punto de corte definido para gentamicina, y por ello no se testó. La cepa se envió al Instituto de Salud Carlos III (Majadahonda) para confirmar su identificación.

Pasado un mes acudió a consulta, donde la madre confirmó la desaparición de las secreciones tras el tratamiento con gentamicina. Solo refirió la presencia de algunas legañas por las mañanas, escasas y claras. Se recogió de nuevo exudado conjuntival para su cultivo, que resultó ser negativo.

*Capnocytophaga* pertenece a la familia *Flavobacteriaceae*. Actualmente, mediante estudios basados en la secuenciación del 16S rRNA se ha dividido el género *Capnocytophaga* en tres grupos: Uno que engloba las especies *C. ochracea*, *C. sputigena* y *C. haemolytica*, un segundo grupo con *C. gingivalis* y *C. granulosa* y un tercero con *C. canimorsus* y *C. cynodegmi* [2]. La temperatura óptima de crecimiento para estos microorganismos es de 35-37°C con un 5-10% de CO<sub>2</sub> (de ahí procede su nombre), aunque también pueden crecer en anaerobiosis. Para su aislamiento se deben emplear medios enriquecidos como agar sangre o agar chocolate, y también crecen en Thayer-Martin.

En cuanto a su morfología se presentan como bacilos gramnegativos fusiformes. También pueden observarse formas rectas o curvilíneas y en los cultivos viejos pueden tener un aspecto cocoide, siendo el polimorfismo un rasgo típico de estos microorganismos. Las especies humanas son oxidasa y catalasa negativas.

Las especies de la cavidad oral del hombre (*C. ochracea*, *C. sputigena* o *C. gingivalis*) actúan como patógenos oportunistas

Correspondencia:  
María Aroca Ferri  
Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.  
Avda. Marítima del Sur s/n  
35016 Las Palmas de Gran Canaria.  
Tfno: +34 669463600  
E-mail: marofer@gobiernodecanarias.org

en pacientes inmunodeprimidos produciendo bacteriemias. En los pacientes inmunocompetentes los cuadros clínicos atribuidos a estas especies son menos frecuentes y las formas clínicas tienen otras localizaciones como queratitis, conjuntivitis, úlceras corneales, empiemas, abscesos pericárdicos, mediastinitis, abscesos pulmonares, artritis sépticas, linfadenitis, sinusitis, osteomielitis, peritonitis y abscesos abdominales, infecciones de heridas, infecciones puerperales y neonatales, etc [3].

El empleo generalizado de la espectrometría de masas en los servicios de Microbiología, ha permitido la identificación correcta y precoz de esta bacteria, así como ha permitido que se pueda administrar el tratamiento adecuado en casos de infecciones graves [4].

Los diversos estudios publicados demuestran que estos microorganismos son sensibles a clindamicina, linezolid, tetraciclinas, cloranfenicol, imipenem y  $\beta$ -lactámicos asociados a inhibidores de  $\beta$ -lactamasas. Asimismo, son descritos como resistentes a polimixina, fosfomicina y trimetropim-sulfametoxazol. Su actividad es variable a eritromicina, rifampicina, quinolonas, metronidazol, vancomicina, aminoglicósidos, aztreonam, penicilina y cefalosporinas [5].

Aunque no es una causa frecuente se han descrito otros casos de conjuntivitis por este microorganismo [6]. Por ello consideramos importante la recogida de muestras antes del inicio del tratamiento antibiótico y prolongar el tiempo de incubación de los cultivos, especialmente si son negativos.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Antonio Sáez Nieto del Centro Nacional de Microbiología (ISCIII, Majadahonda, Madrid) donde se confirmó la identificación.

## FINANCIACIÓN

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

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores señalan no tener ningún conflicto de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Janda JM, Graves M. *Capnocytophaga*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principios y Práctica de Enfermedades Infecciosas*, 7th ed, España: Elsevier; 2012, p.2994-2997.
2. Zbinden R. *Aggregatibacter*, *Capnocytophaga*, *Eikenella*, *Kingella*, *Pasteurella* and Other Fastidious or Rarely Encountered Gram-Negative Rods. In: Jorgensen JH, Pfaller MA, editors. *Manual of Clinical Microbiology*, 11th ed, Washington DC: ASM Press; 2015, p.652-666. Doi: 10.1128/9781555817381.ch35.
3. Dorrnsoro I. Género *Capnocytophaga*. In: Control de Calidad SEIMC, revisiones temáticas. [Online]. [Cited 2017 Abril 18].

Available from: <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/bacteriologia/capno.pdf>.

4. Mekouar H, Voortman G, Bernard P, Hutchings G, Boeras A, Rodríguez-Villalobos H. *Capnocytophaga* species and perinatal infections: case report and review of the literature. *Acta Clin Belg*. 2012; 67(1):42-5. PMID: 22480039. Doi: 10.2143/ACB.67.1.2062626.
5. Jolivet-Gougeon A, Sixou JL, Tamanai-Shacoori Z, Bonnaure-Mallet M. Antimicrobial treatment of *Capnocytophaga* infections. *Int J Antimicrob Agents*. 2007; 29(4):367-73. PMID: 17250994. Doi: 10.1016/j.ijantimicag.2006.10.005.
6. Mazón A, Salvo S, Aechu MT. Conjuntivitis por *Capnocytophaga ochracea* en una niña de dos años. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1995; 13:264. PMID: 7779886.