

Carta al Director

Jorge Bartolomé¹
María Ángeles Lozano¹
Rafael Lucena¹
Francisco Javier Candel^{2,3}

Celulitis periestomal por *Magnusiomyces capitatus* en una paciente portadora de gastrostomía percutánea

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid.

²Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid.

³Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid.

Sr Editor: *Magnusiomyces capitatus*, forma teleomorfa de *Saprochaete capitata*, previamente denominado *Geotrichum capitatum*, *Trichosporon capitatum* o *Blastoschizomyces capitatus*^{1,2}, es un hongo ascomiceto ubicuo ampliamente distribuido en la naturaleza, que puede formar parte de la flora de la piel, el intestino y el tracto respiratorio. Es un raro patógeno humano referido en la literatura como causa de un amplio espectro de cuadros clínicos, que abarcan desde onicomiosis hasta endocarditis, infecciones de heridas quirúrgicas o incluso diseminadas en pacientes oncohematológicos, habiéndose involucrado incluso en brotes asociados a productos lácteos contaminados. El pronóstico de la enfermedad fúngica invasiva por *M. capitatus* en paciente oncohematológico es variable, habiéndose registrado mortalidades que superan el 50%³⁻⁵. Describimos un caso de celulitis periestomal por éste patógeno en el exudado, en una paciente portadora de gastrostomía, con mejoría franca tras tratamiento con voriconazol.

Se trata de una mujer de 86 años, dependiente e institucionalizada con deterioro cognitivo severo por enfermedad de Alzheimer, diabetes mellitus, síndrome mielodisplásico y enfermedad cerebrovascular, con hemiparesia espástica residual. La paciente era portadora de una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) por neumonías aspirativas de repetición que le habían deparado varios ingresos por extracción, voluntaria o espontánea del dispositivo. Acude por cuadro febril de hasta 38°C, decaimiento y exudado amarillo-verdoso por los márgenes de inserción de la PEG (figura 1A), así como evolución tórpida a pesar de tratamiento antibiótico dirigido con ertapenem y ampicilina tras aislamiento ambulatorio en el exudado periestomía de *Escherichia coli* portador de betalactamasa de espectro extendido y *Enterococcus faecalis*, una semana antes

del ingreso. En la exploración física se observaron importantes signos de celulitis periestomal con drenaje de pus y contenido biliar por el orificio de gastrostomía. El hemograma presentaba una anemia macrocítica en el contexto de un déficit de vitamina B12 y una neutrofilia sin leucocitosis. La radiología simple de abdomen resultó normal y los hemocultivos y urocultivos practicados en la urgencia fueron negativos. Tras 48 horas de incubación de la muestra procedente del exudado alrededor del dispositivo crecieron en placas de agar sangre unas colonias blanquecinas que se identificaron mediante espectrometría de masas MALDI-TOF (MALDI Biotyper, Bruker Co) como *M. capitatus* (score 2,2). En el subcultivo en medio cromogénico de CHROMagar Candida® a las 24 horas se objetivó el mismo crecimiento de colonias blanquecinas de centro rosado (figura 1B). Se analizó la sensibilidad a las colonias empleando Sensititre® (Izasa, Barcelona, España) mostrando resistencia a las equinocandinas y al fluconazol y sensibilidad a itraconazol, posaconazol y voriconazol (tabla 1, figura 1C). Se inició tratamiento con voriconazol endovenoso durante 7 días con franca mejoría de la infección periestomal, de la fiebre y negativización de los cultivos (figura 1D).

M. capitatus es un patógeno emergente^{6,7} con escasos datos recogidos en el contexto de infección cutánea. Su diagnóstico puede resultar difícil y la información disponible en la literatura puede resultar confusa por errores en la identificación⁸, que en la actualidad se minimizan gracias a la espectrometría de masas o la PCR. Del mismo modo disponemos de escasa información acerca de su sensibilidad a antifúngicos y de su tratamiento óptimo. Basándonos en las series publicadas, el tratamiento con anfotericina B liposomal, sola o asociada a flucitosina y el tratamiento con voriconazol se consideran tratamientos de elección frente a este patógeno⁹, si bien es cierto que posaconazol o itraconazol presentan también actividad *in vitro*¹⁰. Del mismo modo exhibe CMI's elevadas a equinocandinas pareciendo ser intrínsecamente resistente a éstas, aunque es poca la experiencia clínica disponible. Nuestra cepa aislada fue muy sensible a voriconazol, itraconazol y posaconazol, te-

Correspondencia:
Jorge Bartolomé
Servicio de Medicina Interna
Hospital Clínico San Carlos. Planta sexta. Ala sur.
Avda del Profesor Martín Lagos s/n. 28040. Madrid.
E-mail: jorge.bartolome@salud.madrid.org

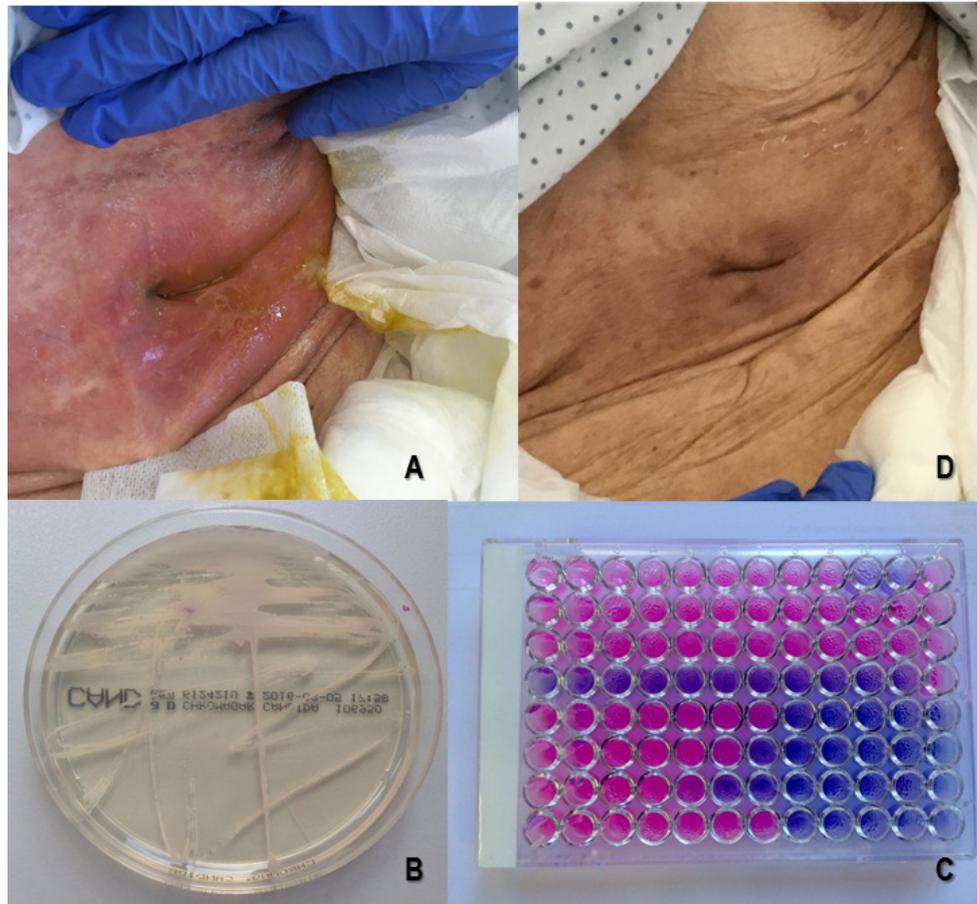


Figura 1 1. Evolución y aislado clínico de la paciente. A) Se observa exudado purulento biliar y enrojecimiento de los márgenes del estoma. B) Crecimiento en CHROMagar Candida® de colonias blanquecinas de centro rosado. C) Sensititre® en el que se observa resistencia a equinocandinas y sensibilidad a azoles. D) Mejoría clínica y del estoma tras 7 días de voriconazol endovenoso.

Antifúngico	CMI 24h (mg/L)	CMI 48h (mg/L)
Anidulafungina	8	8
Micafungina	9	8
Caspofungina	8	8
Voriconazol	0,015	0,25
Itraconazol	0,25	0,5
Posaconazol	0,06	0,5
Fluconazol	1	8
Anfotericina	0,25	1

Tabla 1

Sensibilidad a antifúngicos de la cepa estudiada de *Magnusiomyces capitatus*

niendo estos antifúngicos la ventaja de la comodidad posológica por vía oral que las convierten en alternativas atractivas en el tratamiento de la celulitis y la infección de herida quirúrgica fuera del contexto hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arendrup MC, Boekhout T, Akova M, Meis JF, Cornely OA, Lortholary O. ESCMID and ECMM joint clinical guidelines for the diagnosis and management of rare invasive yeast infections. Clin Microbiol Infect 2014; 20 (Suppl. 3): 76-98.
2. Miglietta F, Palumbo C, Pizzolante M, Faneschi ML, Cucurachi M, Velardi L, et al. A rare case of *Saprochaete capitata* fungemia in a critical ill patient without hematologic and oncological disorders. Rev Esp Quimioter 2016; 29: 47- 9.
3. Binder U, Lass-Flörl C. Epidemiology of invasive fungal infections in the mediterranean area. Mediter J Hematol Infect Dis. 2011; 3: e20110016.

4. Martino R, Salavert M, Parody R, Tomas JF, de la Cámara R, Vázquez L. *Blastoschizomyces capitatus* infection in patients with leukemia: report of 26 cases. Clin Infect Dis. 2004; 38: 335–41.
5. Saghrouni F, Abdeljelil JB, Youssef YB, Abdeljelil NB, Gheith S, Fathallah A, et al. *Geotrichum capitatum* septicemia in patients with acute myeloid leukemia. Report of three cases. Med Mycol Case Rep. 2012; 1: 88-90.
6. Fernández-Ruiz M, Guinea J, Puig-Asensio M, Zaragoza O, Almirante B, Cuenca-Estrella M, et al. Fungemia due to rare opportunistic yeasts: data from a population-based surveillance in Spain. Med Mycol. 2016 Aug 4. pii: myw055.
7. Jiménez- Guerra G, Gutiérrez-Soto B, Navarro-Mari J.M, Gutiérrez-Fernández J. Aislamiento de *Magnusiomyces capitatus* en una muestra de orina. Rev Clin Esp 2015;215:419-21
8. Desnos Ollivier M, Blanc C, Garcia-Hermoso D, Hoinard D, Alanio A, Dromer F. Misidentification of *Saprochaete clavata* as *Magnusiomyces capitatus* in Clinical Isolates: Utility of Internal Transcribed Spacer Sequencing and Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization-Time of Flight Mass Spectrometry and Importance of Reliable Databases. J Clin Microbiol. 2014; 52: 2196-8.
9. Ikuta K, Torimoto Y, Yamamoto M, Okamura N, Hosoki T, Sato K, et al. *Geotrichum capitatum* infection by liposomal amphotericin-B, itraconazole, and voriconazole in Japanese men. Intern Med 2010; 49: 2499-503.
10. Brunetti G, Visconti V, Ghezzi MC, Mantovani S, Ferretti G, Raponi G. Management and treatment of *Magnusiomyces capitatus* (*Geotrichum capitatum*) pleural infection in a non-neutropenic patient with posaconazole. A new therapeutic opportunity? New Microbiol. 2016; 39(3) (en prensa).