

Carta al Director

Cristina Carbonell-Muñoz¹
Svetlana Zhilina¹
André Barbosa-Ventura¹
Sara Hernández-Egido²
Inmaculada García-García²
Antonio Javier Chamorro-Fernández^{1,3}
Miguel Marcos-Martín^{1,3}

Aislamiento de *Moraxella atlantae* en la válvula nativa de un paciente con endocarditis infecciosa

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Salamanca-IBSAL, Salamanca.

²Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Salamanca-IBSAL, Salamanca.

³Departamento de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca.

Article history

Received: 20 February 2018; Accepted: 22 October 2018

Sr. Editor: *Moraxella atlantae* es un patógeno oportunista muy poco frecuente. Presentamos un caso de endocarditis infecciosa aguda complicada que precisó cirugía de recambio valvular y en la que se aísla en la vegetación obtenida *M. atlantae*. Este agente etiológico no ha sido descrito previamente como posible causa de endocarditis.

Caso clínico: varón de 53 años sin antecedentes personales de interés, matarife de profesión, que consultó por fiebre de tres días de evolución de hasta 39,5 °C sin foco aparente. El paciente refirió la manipulación de cadáveres caprinos los días previos al inicio de la fiebre, sin otros factores de riesgo.

Al ingreso presentaba: presión arterial 164/97 mmHg; temperatura 39,8 °C; frecuencia cardiaca 126 lpm y saturación de oxígeno basal de 93%. Estaba consciente y orientado sin hallazgos relevantes en el resto de la exploración física. Destacaba la presencia de leucocitosis (11.340/ μ l) con 93% de neutrófilos, proteína C reactiva de 33,05 mg/dL y procalcitonina de 10 ng/mL. En la radiografía de tórax y en el electrocardiograma no se apreciaron alteraciones. Ante los datos de sepsis de foco no aclarado se solicitó urocultivo y serologías (incluyendo *Coxiella* spp., *Brucella* spp. y VIH), que fueron negativos. Se recogieron dos hemocultivos donde se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina (SASM) con concentración mínima inhibitoria de 1 mg/L para vancomicina. Tras este hallazgo se inició tratamiento antibiótico intravenoso con cloxacilina 2 g/4h y gentamicina 1 mg/kg/8 h y se solicitó estudio ecocardiográfico, que mostró la presencia de una imagen filiforme móvil de 2 cm de longitud compatible con vegetación en la cúspide no coronaria de la válvula aórtica e insuficiencia aórtica grave (figuras 1 y 2). Ante el diagnóstico de endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica nativa complicada se consensuó intervención

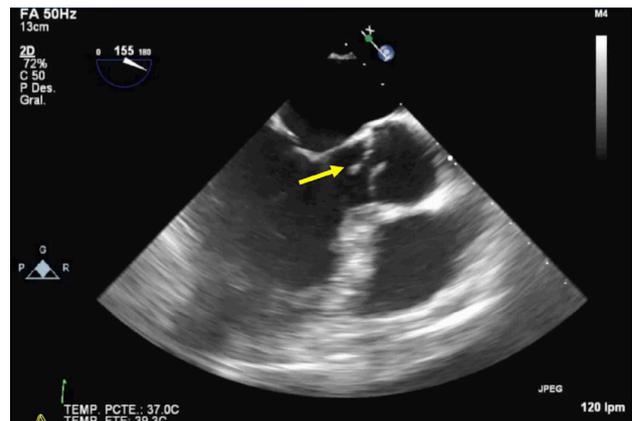


Figura 1 Ecocardiografía transesofágica. Flecha: imagen filiforme móvil de 2 cm de longitud compatible con vegetación en la cúspide no coronaria de la válvula aórtica.

quirúrgica urgente de sustitución valvular aórtica con prótesis mecánica ON-X anatómica N° 23. En el cultivo microbiológico postquirúrgico de la válvula afecta se aisló únicamente *M. atlantae*, que se identificó mediante espectrometría de masas MALDI-TOF, confirmándose dicha identificación mediante secuenciación. Tras completar tratamiento antiestafilocócico con cloxacilina (4 semanas) y gentamicina (2 semanas), se mantuvo tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico 875/125 mg cada 8 horas durante 3 semanas, con buena evolución clínica.

La endocarditis infecciosa es una patología frecuente, con una incidencia estimada de 3,1 a 3,9 casos por cada 100.000 personas/año en España [1]. La mortalidad intrahospitalaria se estima entre el 15 y el 22% y en la evolución llega hasta el 40% a los 5 años. Un 50% de los pacientes con diagnóstico de endocarditis no tienen historia previa de cardiopatía valvular [2].

Correspondencia:
Miguel Marcos Martín.
Servicio de Medicina Interna. Paseo de San Vicente 58-182. 37007. Salamanca. España. E-mail: mmarcos@usal.es

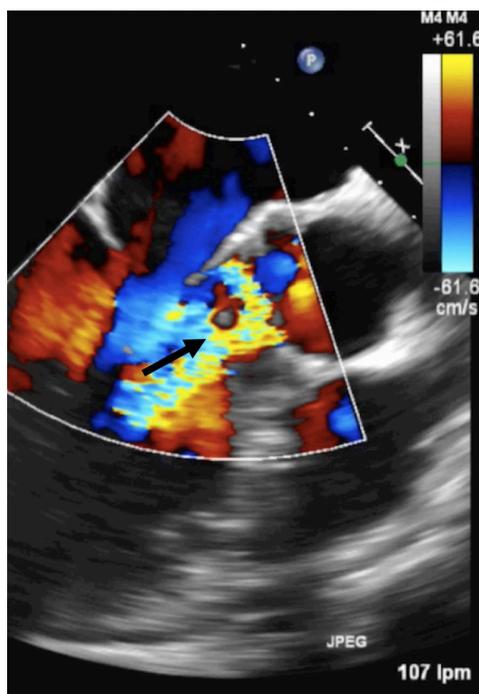


Figura 2 Ecocardiografía transesofágica con doppler color. Flecha: jet de regurgitación aórtica. Insuficiencia aórtica grave.

El caso que se presenta es una bacteriemia por SASM y endocarditis complicada que precisó de cirugía, con aislamiento en la muestra quirúrgica de *M. atlantae*. Las bacterias del género *Moraxella* son aerobias, gramnegativas y oxidasa positivas que forman parte de la microflora habitual de las mucosas. Se localizan con mayor frecuencia en las vías respiratorias [3]. De las especies de *Moraxella*, solo *M. catarrhalis* está asociada con infección sistémica, especialmente en pacientes con enfermedad pulmonar crónica; el resto de especies son causa infrecuente de infecciones invasivas [4]. Tras revisar la literatura, encontramos cinco infecciones documentadas por *M. atlantae* [4-8]. Dos de ellas como bacteriemia de foco desconocido en pacientes con cierto grado de inmunodepresión farmacológica: un varón de 25 años con lupus eritematoso sistémico [6] y una mujer de 31 años con adenocarcinoma de recto con metástasis hepáticas [4]. En otros dos casos se presenta como bacteriemia con foco respiratorio, una de ellas en un paciente de avanzada edad con neumonía [8] y la otra en un varón de 77 años con exacerbaciones frecuentes de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica [7]. Finalmente, se ha descrito un caso de queratitis en un paciente de 41 años con antecedente de trastorno por consumo de alcohol [5]. Por tanto, en caso de que *M. atlantae* tuviera un papel etiológico en la endocarditis de nuestro paciente, de acuerdo con la revisión realizada, sería el primer caso publicado de dicha bacteria como causa de esta enfermedad.

El desarrollo del caso plantea la duda de que *M. atlantae* no sea el único responsable etiológico de la endocarditis y que *S. aureus* pueda también haber colaborado en el desarrollo de la misma, no aislándose en la válvula por el tratamiento antibiótico previo. Por otro lado, existe la posibilidad de que este microorganismo estuviera también presente en los hemocultivos, pero los exigentes requisitos para su crecimiento y la presencia de *S. aureus* pudieron dificultar su aislamiento inicial. En este sentido, es importante destacar que la habitual sensibilidad de *M. atlantae* a una amplia variedad de antibióticos y la dificultad para su identificación pueden explicar, al menos en parte, el escaso número de casos comunicados en la literatura.

FINANCIACIÓN

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernandez-Hidalgo N, Tornos Mas P. Epidemiology of infective endocarditis in Spain in the last 20 years. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2013;66:728-33. DOI: 10.1016/j.rec.2013.05.002
2. Hoen B, Duval X. Infective endocarditis. *N Engl J Med*. 2013;369:785. DOI: 10.1056/NEJMc1307282
3. Dasari S, Shetty R, Fau - Devasia T, Devasia T. A rare case of *Moraxella lacunata* producing combined native mitral and aortic valve endocarditis. *Australas Med J*. 2011;4(7):386-8. DOI: 10.4066/AMJ.2011.718
4. De Baere T, Muylaert A, Everaert E, Wauters G, Claeys G, Verschraegen G, et al. Bacteremia due to *Moraxella atlantae* in a cancer patient. *J Clin Microbiol*. 2002;40:2693-5. PMID: 12089312
5. Barash A, Chou TY. *Moraxella atlantae* keratitis presenting with an infectious ring ulcer. *Am J Ophthalmol Case Rep*. 2017;7:62-5. DOI: 10.1016/j.ajoc.2017.06.003
6. Buchman AL, Pickett MJ. *Moraxella atlantae* bacteraemia in a patient with systemic lupus erythematosus. *J Infect*. 1991;23:197-9. PMID: 1753122
7. Garcia-Fernandez-Bravo I, Ordieres-Ortega L, Braojos-Sanchez F, Demelo-Rodriguez P. Respiratory sepsis due to *Moraxella atlantae*: Utility of mass spectrometry to identify rare species. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35:265-6. DOI: 10.1016/j.eimc.2016.03.005
8. Yin X, Liang Y, Zeng L, Chen S. Bacteremia and Bone Marrow Infection Caused by *Moraxella atlantae* in an Elderly Patient with Pneumonia. *Clin Lab*. 2016;62:2419-22. PMID: 28164552