

Carta al director

Tomás Tosco-Núñez¹
Margarita Bolaños-Rivero¹
Ewelina Herman²
Julio Pérez Álvarez²

Queratitis por *Moraxella lacunata*: a propósito de un caso

¹Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

²Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Sr. Editor: *Moraxella lacunata* es un patógeno reconocido como causa de conjuntivitis, de hecho es la causa más frecuente de blefaroconjuntivitis angular en adolescentes¹. Puede estar implicado en queratitis, endoftalmitis postquirúrgica, blefaritis, sinusitis crónica y ocasionalmente en infecciones sistémicas²⁻⁵. Es el agente causal del 2% de las infecciones oculares de origen bacteriano³.

Presentamos el caso de una mujer de 61 años, natural de Londres (Reino Unido), con antecedentes de cardiopatía, arritmia con marcapasos, enfermedad de Graves-Basedow y epilepsia, en tratamiento con warfarina 11,5 mg/24h, atorvastatina 10 mg/24h, levotiroxina sódica 125 µg/24h y carbamazepina 400 mg/12h. Fue diagnosticada de oftalmopatía tiroidea bilateral e intervenida hace 12 años para realizarle una descompresión orbitaria de tres paredes. Desde entonces, se encontraba en tratamiento con inyecciones de toxina botulínica por diplopía. Acudió a urgencias por dolor y disminución de la agudeza visual en el ojo izquierdo de 24 horas de evolución, junto a hemorragia subconjuntival. Se le había administrado una inyección de toxina botulínica en el músculo recto lateral de ese mismo ojo hacía tres días y el día anterior viajó en avión a este país. La exploración del ojo derecho fue normal mientras que en el ojo izquierdo presentaba una agudeza visual de movimiento de manos, una motilidad ocular extrínseca conservada y en la biomicroscopía se objetivaba edema en el párpado superior, hematoma periorbitario, hiposfagma y quemosis conjuntival importante de 360° que provocó lagoflato. Presentaba un infiltrado corneal central denso con bordes mal definidos y supuración superficial purulenta con defecto epitelial, edema corneal adyacente, no Seidel, cámara estrecha, Tyndall ++ e hipopión de 2 mm. En la ecografía ocular, la cámara vítrea no mostraba imágenes hiperecogénicas, por lo que fue descartada la sospecha de endoftalmitis. No había ningún dato destacable en la analítica.

Se procedió al ingreso hospitalario y se tomaron muestras de la córnea y del exudado conjuntival, junto con una extensión en porta para la realización de Gram. Las muestras se sembraron en los medios habituales y se incubaron a 37°C en una atmósfera con CO₂. En la tinción de Gram, junto con abundantes polimorfonucleares se observaron bacilos gramnegativos. A las 24 horas de incubación en las placas de agar sangre y chocolate crecieron unas colonias oxidasa positiva. El aislado se identificó mediante el panel de Vitek NH y api 20 NE como *M. lacunata*. Tras la obtención de la muestra se pautó vancomicina IV 500 mg/12h, ceftazidima IV 1g/8h y colirios reforzados de vancomicina 50 mg/ml y ceftazidima 50 mg/ml con una pauta inicial de 1 gota/10 minutos durante la primera hora y posteriormente 1 gota/h, y se realizó tarsorrafia para proteger la superficie ocular. El antibiograma fue realizado por el método de difusión en disco y el microorganismo resultó sensible a la mayoría de los antibióticos incluida penicilina, siendo resistente a cotrimoxazol. La producción de betalactamasa con nitrocefina fue negativa. Tras el informe del antibiograma, se suspendieron vancomicina y ceftazidima y se pautaron cefuroxima IV 750 mg/8h, ciprofloxacino IV 400mg/12h y moxifloxacino colirio 1 gota/4h. En los siguientes días, se observó una disminución del hipopión que fue organizándose en la parte inferior de la cámara anterior, acompañado también de una disminución del infiltrado corneal, la quemosis, el hiposfagma y el Tyndall. La agudeza visual del ojo izquierdo mejoró hasta un 0,2-0,3 en la escala de Snellen. Tras 5 días se retiró la tarsorrafia no objetivándose lagoflato. Dada la buena evolución clínica, la paciente recibió el alta hospitalaria después de 10 días de ingreso continuando el tratamiento antibiótico domiciliario con ciprofloxacino oral 500 mg/12h y moxifloxacino colirio 1 gota/4h.

Las bacterias del género *Moraxella* son cocobacilos gramnegativos, aerobios, oxidasa y catalasa positiva. Además, las pruebas bioquímicas muestran que no produce ácido a partir de carbohidratos y que es negativo para el indol, la producción de ureasa y la utilización del citrato. La identificación de las distintas especies no es fácil de conseguir; sólo *M. lacunata* hidroliza la gelatina, mientras que tanto *M. lacunata* como *M. nonliquefaciens* reducen los nitratos a nitritos⁶.

Correspondencia:
Tomás Tosco Núñez
Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Avda. Marítima del Sur, s/n. 35016. Las Palmas de Gran Canaria. España.
Teléfono: 928441763
Fax: 928441863
E-mail: tomastrn@hotmail.com

M. lacunata está descrito como un organismo fastidioso que requiere de medios enriquecidos para su crecimiento⁷. En nuestro caso el microorganismo creció en agar sangre y agar chocolate, no ocurriendo lo mismo en agar MacConkey. En estos medios se observaron colonias circulares, grises, translúcidas y no hemolíticas.

En este caso, el origen de la infección podría estar en la inyección de toxina botulínica que recibió la paciente, la cual dio lugar a hiposfagma y quemosis conjuntival provocando Dellen y desepitelización corneal que pudo facilitar la queratitis infecciosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. García B, De Juana P, Hidalgo F, Bermejo P. Oftalmología. En: Bonal J, Domínguez-Gil A, Gamundi MC, Napal V, Valverde E, editores. Farmacia Hospitalaria. 3th ed. SCM, S.L. (Doyma); 2002: 1227-63.
2. Noman F, Khan SG, Khursheed M, Noor SA, Abubaker J. *Moraxella lacunata* endocarditis treated with penicillin. J Pak Med Assoc 2008; 58: 336-7.
3. Jayahar Bharathi M, Ramakrishnan R, Shivakumar C, Meenakshi R, Lionalraj D. Etiology and antibacterial susceptibility pattern of community-acquired bacterial ocular infections in a tertiary eye care hospital in south. Indian J Ophthalmol 2010; 58: 497-507.
4. Almanjoui AM, Combey A, Romanet JP, Chiquet C. 23-gauge transconjunctival sutureless vitrectomy in treatment of post-operative endophthalmitis. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2012; 250:1367-71.
5. Ringvold A, Vik E, Bevanger LS. *Moraxella lacunata* isolated from epidemic conjunctivitis among teen-aged females. Acta Ophthalmol (Copenh) 1985; 63: 427-31.
6. Schreckenberger PC, Daneshvar MI, Weyant RS, Hollis DG. *Acinetobacter*, *Achromobacter*, *Chryseobacterium*, *Moraxella*, and Other Nonfermentative Gram-Negative. En: Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, Pfaller MA, Landry ML, editors. Manual of Clinical Microbiology. 8th ed. Washington: ASM Press; 2003: 749-92.
7. Ray U, Kar S. Invasive infection due to *Moraxella lacunata*, an unusual pathogen. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2006; 37: 1183-6.