

Carta al Director

Laura Correa Martínez¹
Carmen González Velasco²
Cristina Eugenia Gaona
Álvarez²
Julián Sánchez Castañón²

Otitis externa por *Turicella otitidis*: a propósito de dos casos

¹Servicio de Análisis Clínicos. Hospital de Mérida. Mérida, Badajoz (España).

²Servicio de Microbiología y Parasitología. Hospital de Mérida. Polígono Nueva Ciudad s/n. 06800, Mérida, Badajoz (España).

Sr. Editor: La otitis externa representa un motivo muy frecuente de consulta en atención primaria y en servicios de urgencias. Consiste en un proceso inflamatorio, habitualmente de origen infeccioso, en el que pueden estar implicados distintos microorganismos, siendo *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* los agentes etiológicos más comunes¹. Normalmente afecta de forma difusa a todo el conducto y suele cursar con una evolución benigna. Sin embargo, es susceptible de presentar complicaciones importantes, como perforación de la membrana timpánica o diseminación de la infección por contigüidad (celulitis del pabellón auricular, mastoiditis, parotiditis, osteomielitis de la base del cráneo), por lo que debe ser diagnosticada y tratada correctamente¹⁻³.

En los últimos años se han descrito casos de otitis externa y media en los que se han aislado bacterias corineformes, como *Turicella otitidis* y *Corynebacterium auris*⁴.

T. otitidis es un bacilo grampositivo corineforme no fermentador, que forma parte de la flora habitual del canal auditivo externo⁵. Puede considerarse una especie de difícil aislamiento debido a su lento crecimiento. Además, es controvertida su implicación como patógeno en la otitis⁶. Por todo ello, resulta complicado encontrar en la literatura casos de infección asociados a este microorganismo.

A continuación, se describen dos casos de otitis externa por *T. otitidis*.

El primer caso es el de un varón de 53 años que acude a su centro de atención primaria por presentar dolor en el oído derecho. Como antecedente, destacamos episodios de otitis de repetición en los últimos años. En la exploración física se observa otorrea derecha con secreción purulenta, así como un aumento de la otalgia con la masticación y presión del

trago, compatible con otitis externa. Dado que el paciente sufre otitis recurrentes, se toma una muestra de exudado del conducto auditivo externo para cultivo microbiológico. En la tinción de Gram, se observan bacilos grampositivos irregulares, que orientan hacia una posible corinebacteria, y se siembra en placas de agar sangre, agar chocolate y agar MacConkey. Se inicia tratamiento empírico con tobramicina gotas óticas cada 8 horas.

Tras 24 horas de incubación en atmosfera enriquecida al 5% de CO₂, se observan en agar sangre y agar chocolate, unas colonias pequeñas, grisáceas y cremosas en cultivo puro. Para la identificación del microorganismo se realiza en primer lugar, una galería API Coryne (bioMérieux) que indica resultado compatible con *T. otitidis*/ *C. auris*. Mediante espectrometría de masas en el sistema Vitek MS (bioMérieux), se confirma el aislamiento de *T. otitidis*. El antibiograma se realiza por el método de difusión con discos, mostrando sensibilidad a gentamicina, tobramicina, teicoplanina, vancomicina, rifampicina, tetraciclina, linezolid y penicilina.

Tras los resultados del cultivo, se decide seguir tratamiento con tobramicina hasta completar 8 días. La evolución fue favorable, con seguimiento clínico posterior dentro de la normalidad.

El segundo caso es el de una mujer de 6 años, con antecedentes de otitis media serosa e infecciones de repetición, que acude a su consulta de pediatría en atención primaria por presentar prurito y otalgia. En la exploración física, se observa otorrea en oído derecho y se diagnostica otitis externa. Se toma muestra de exudado ótico para cultivo microbiológico y se inicia tratamiento empírico con ciprofloxacino gotas óticas cada 8 horas. La muestra se procesa de igual forma que en el caso anterior y para la identificación y antibiograma, se llevan a cabo los mismos procedimientos. Se aísla *T. otitidis* en cultivo puro, y el antibiograma muestra sensibilidad a gentamicina, tobramicina, eritromicina, ofloxacina, tetraciclina, clindamicina y penicilina.

Correspondencia:
Laura Correa Martínez
Servicio de Análisis Clínicos. Hospital de Mérida. Polígono Nueva Ciudad s/n. 06800, Mérida, Badajoz (España).
Teléfono: +34661211235
E-mail: correamartinezlaura@gmail.com

En los últimos años, se ha observado un incremento de infecciones oportunistas por *T. otitidis*². Esto puede deberse al hecho de que con mayor frecuencia, se valora como patógeno en los laboratorios de microbiología. Por otra parte, el desarrollo de nuevas técnicas, como la espectrometría de masas, permite discriminar esta especie de forma rápida, diferenciándola de las del género *Corynebacterium* con las que tiene gran similitud.

T. otitidis es un microorganismo habitual del canal auditivo externo, cuya implicación en la etiología de la otitis, especialmente en las formas recurrentes, es controvertida^{5,6}.

En general, en la otitis sin signos de complicación, se recomienda tratamiento tópico con soluciones de antibióticos combinados o no con corticoides. La evolución es favorable en la mayoría de los casos, por lo que sólo se realiza cultivo de exudado ótico en pacientes con otitis de repetición o que no experimentan mejoría tras el tratamiento¹.

El aislamiento de *T. otitidis* en cultivos mixtos puede reflejar únicamente la colonización del oído por este microorganismo. Sin embargo, su aislamiento en cultivo puro en presencia de sintomatología, como ocurre en los dos casos que describimos, sugiere su implicación en la etiología de la otitis^{5,7}.

La mayor parte de los casos descritos en la literatura se refieren a pacientes pediátricos, lo que podría deberse a la mayor prevalencia de la enfermedad en estas edades y a que se remiten más muestras de estos pacientes para cultivo microbiológico. Por tanto, resulta interesante destacar que uno de nuestros pacientes era adulto.

En pacientes con otitis de repetición, resulta importante realizar cultivos de exudado ótico, así como sospechar la participación de *T. otitidis*, a fin de obtener un correcto y rápido diagnóstico microbiológico que permita adecuar el tratamiento antimicrobiano, evitar nuevas recaídas y complicaciones graves.

FINANCIACIÓN

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorente-Guerrero J, Sabater-Mata F, Rodríguez-Martínez R, Pou-Fernández J, López-Ávila J, García-Criado E. Diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de las otitis externas. *Med Clin* 2006; 126(13): 507-13.
2. Sánchez Castilla MA, Carbonero Celis MJ, Cuadrado Caballero MC, Batista Díaz N. *Alloicoccus otitidis* y *Turicella otitidis*: gérmenes emergentes como causa de mastoiditis. *Vox Paediatrica* 2014; 21(1): 69-70.
3. Jeziorski E, Marchandin H, Jean-Pierre H, Guyon G, Ludwig C, Lalande M, Van de Perre P, Rodière M. *Turicella otitidis* infection: Otitis media complicated by mastoiditis. *Arch de Pediatr* 2009; 16: 243-247.
4. De Miguel Martínez I, Ramos Macías A, Masgoret Palau E. Implicación bacteriana en la otitis media serosa infantil. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2007; 58(9): 408-12.
5. Poulter MD, Hinnebusch CJ. *Turicella otitidis* in a Young adult with otitis externa. *Infect Dis Clin Pract* 2005; 13: 31-32.
6. Gómez-Garcés JL, Alhambra A, Alos JL, Barrena B, García G. Acute and chronic otitis media and *Turicella otitidis*: a controversial association. *Clin Microbiol infect* 2004; 10(9): 854-7.
7. Reynolds SJ, Behr M, McDonald J. *Turicella otitidis* as an unusual agent causing a posterior auricular abscess. *J Clin Microbiol*. 2001; 39(4):1672-3.