

Carta al Director

José María Gómez-Luque¹
Carla Foronda-García-
Hidalgo²
José Gutiérrez-Fernández^{2,3}

Balanopostitis por *Facklamia hominis* en Pediatría

¹Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y Neonatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España.

²Laboratorio de Microbiología, Hospital Virgen de las Nieves, Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España.

³Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España.

Article history

Received: 18 December 2018; Accepted: 11 March 2019

Sr. Editor: La utilización de procedimientos normalizados de trabajo en los laboratorios de microbiología clínica nos está permitiendo detectar infecciones del aparato genital por nuevos patógenos oportunistas [1-5]. Las infecciones producidas en el ser humano por especies del género *Facklamia* son escasas, con muy pocos casos descritos en la literatura. Sin embargo, la prevalencia de la infección puede estar subestimada debido al desafío que supone la detección e identificación de sus especies. El género se describió por primera vez en 1997 [6], desde entonces se ha identificado en fuentes animales y, con poca frecuencia, como patógeno humano. Hasta el momento se han descrito cuatro especies: *F. hominis*, *F. ignava*, *F. sourekii* y *F. tabaciasalis*. La bacteriemia se ha asociado con endocarditis [7] y gangrena necrotizante [8] y corioamnionitis [9]. Además, ha sido aislado en muestras vaginales, orina, líquido cefalorraquídeo, hueso, piel y vesícula biliar [10]. No obstante, aunque se ha relacionado con infecciones invasivas en humanos, los factores de virulencia de estos microorganismos no han sido totalmente determinados. En esta serie de casos, recogida en la literatura revisada, 19 de los 20 casos fueron mujeres. Por lo tanto, se ha especulado que el hábitat natural en los seres humanos se encuentra en el tracto genital femenino, no obstante, no hay casos descritos que asocien este microorganismo con infección genital ni urinaria en el ser humano. Presentamos el primer aislamiento de *F. hominis* en un paciente pediátrico con balanopostitis purulenta, atendido en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Varón de 9 años de edad que acude a Urgencias de nuestro hospital por presentar inflamación peneana de 48 horas de evolución con empeoramiento en las últimas 24 horas. No disuria, fiebre u otra sintomatología acompañante al proceso

local descrito. Como antecedentes personales destacables, el paciente presenta fimosis y adherencias balanoprepuciales que fueron tratadas con corticoide tópico a los 2 años de edad sin éxito. No presentó otros antecedentes personales o familiares de interés con calendario vacunal completo hasta el momento. En la exploración física se aprecia inflamación y eritema a nivel de glande, prepucio y zona distal del cuerpo del pene sin afectación escrotal. El paciente presentaba dolor intenso a la palpación de la zona con abundante exudado purulento blanquecino-amarillento en ropa interior y meato uretral. Se recogió este para estudio microbiológico, se realizó lavado con suero salino fisiológico y aplicación de mupirocina tópica en crema. El paciente fue dado de alta con el diagnóstico de balanopostitis inespecífica y se pautó tratamiento empírico con aplicación de mupirocina tópica cada 8 horas y azitromicina oral a dosis de 10 mg/Kg/día durante 72 horas.

El estudio microbiológico del exudado balanoprepucial mostró negatividad de la PCR para *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma* spp. y *Ureaplasma* spp. En el cultivo crecieron en el medio de agar sangre/CO₂, a las 48 h de incubación, unas colonias muy pequeñas (<1 mm.) (figura 1) que correspondían a cocos grampositivos, agrupados en cadenas, con rasgos de los estreptococos, de crecimiento lento, no hemolíticas, y citocromo-oxidasa y catalasa negativa. Se identificaron las colonias mediante la espectrometría de masas, MALDI-TOF, de forma correcta como *F. hominis* (score 2,5). El antibiograma mostró las siguientes concentraciones mínimas inhibitorias (mg/L): resistente a azitromicina (>256) y sensible a cefotaxima (0,38), levofloxacino (1), linezolid (0,75), ampicilina (0,12) y vancomicina (0,19). A las 72 horas se citó al paciente para nueva valoración. Este mostró mejoría clínica, no obstante persistían signos de eritema y enrojecimiento de la zona, con desaparición de secreción purulenta y sin dolor asociado. Se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico vía oral, durante 5 días y control clínico a las 48 horas de finalización con resolución completa de las lesiones. Así mismo se reini-

Correspondencia:
José Gutiérrez-Fernández.
Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Avenida de las Fuerzas Armadas, 2. E-18012 Granada, España.
E-mail: josegf@go.ugr.es

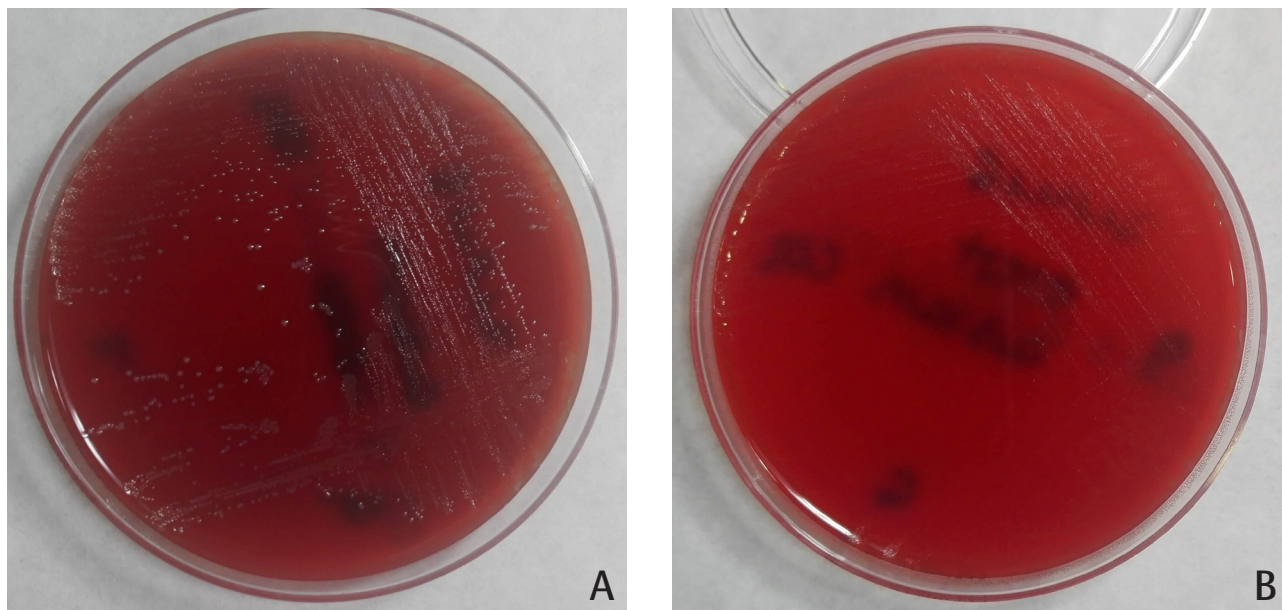


Figura 1 | Crecimiento en agar sangre tras 48h de incubación en condiciones anaerobias (A) y aerobia con CO₂ (B).

ció tratamiento con corticoide tópico por la persistencia de adherencias balanoprepuciales.

Se trata del primer caso de balanopostitis secundario a *F. hominis*, descrito en edad pediátrica, con buena evolución tras tratamiento antibiótico oral, guiado por antibiograma. Queremos comunicar que el género *Facklamia* debe ser considerado como posible agente etiológico tratable de balanopostitis catalogadas como inespecíficas en edad pediátrica, como sucede con otros patógenos emergentes, como es el caso de *Actinotignum shaalii* [1] descritos en la literatura revisada. Conviene recordar que las susceptibilidades antibióticas de las especies de *Facklamia* son variables y que algunas cepas tienen patrones de resistencia que pueden presentar dificultades en el manejo de infecciones sistémicas y localizadas, como sucedió en nuestro caso. En nuestro paciente, el lavado con suero, aplicación de mupirocina tópica y tratamiento con azitromicina vía oral no consiguió una resolución completa del cuadro. Una vez optimizado el tratamiento vía oral con un antibiótico activo, se produjo resolución completa. No obstante, son necesarios más estudios para determinar el tratamiento apropiado, pronóstico y las posibles complicaciones de las balanopostitis producidas por esta bacteria.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo del estudio se llevó a cabo con arreglo a la Declaración de Helsinki. Este fue un estudio no intervencionista, con ninguna investigación adicional a los métodos rutinarios. El material biológico se utilizó sólo para el diagnóstico estándar de la infección genital, siguiendo las prescripciones de los mé-

dicos. No se realizó muestreo adicional ni alteración del protocolo de rutina. La entidad que concedió el permiso para acceder y utilizar los datos fue la «Unidad de Gestión Clínica de Microbiología Clínica del Hospital Universitario Virgen de las Nieves».

FINANCIACIÓN

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no presentan ningún conflicto de intereses

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-García C, Muñoz-Hoyos A, Lara-Oya A, Navarro-Marí JM, Gutiérrez-Fernández J. Balanopostitis por *Actinotignum* en niños. Revisión bibliográfica y presentación de un caso. *An Pediatr (Barc)*. 2018; 89:246-8. doi: 10.1016/j.anpedi.2017.12.005.
2. Hidalgo-Chicharro A, Abad-Torreblanca R, Navarro-Marí JM, Gutiérrez-Fernández J. 32-week premature rupture of membranes caused by oropharyngeal microbiota. *JMM Case Rep*. 2017; 4:e005121. doi: 10.1099/jmmcr.0.005121.
3. Gómez-Camarasa C, Fernández-Parra J, Navarro-Marí JM, Gutiérrez-Fernández J. Infección emergente por *Moraxella osloensis*. A propósito de la infección genital. *Rev Esp Quimioter*. 2018; 31:178-81. PMID: 29616515.
4. Carrillo-Ávila JA, Bonilla-García L, Navarro-Marí JM, Gutiérrez-

- Fernández J. The first reported case of pelvic inflammatory disease caused by *Actinobaculum massiliense*. *Anaerobe*. 2018; 55:93-5. doi: 10.1016/j.anaerobe.2018.11.006.
5. Mora-Palma JC, Rodríguez-Oliver AJ, Navarro-Mari JM, Gutiérrez-Fernández J. Emergent genital infection by *Leptotrichia trevisanii*. *Infection*. 2019; 47:111-4. doi: 10.1007/s15010-018-1175-8.
 6. Petti CA, Polage CR, Schreckenberger P. The role of 16S rRNA gene sequencing in identification of microorganisms misidentified by conventional methods. *J Clin Microbiol*. 2005; 43:6123-5. DOI: 10.1128/JCM.43.12.6123-6125.2005.
 7. Rahmati E, Martin V, Wong D, Sattler F, Petterson J, Ward P, et al. *Facklamia* species as an underrecognized pathogen. *Open Forum Infect Dis*. 2017; 4:ofw272. doi: 10.1093/ofid/ofw272.
 8. Pérez Alonso AJ, Husein-El Ahmed H, Del Olmo Rivas C, Caballero Marcos L, Pérez Ramon JA. *Facklamia soureki* necrotizing gangrene. *Med Mal Infect*. 2012; 42:283-4. DOI: 10.1016/j.med-mal.2012.04.012.
 9. Healy B, Beukenholt RW, Tuthill D, Ribeiro CD. *Facklamia hominis* causing chorioamnionitis and puerperal bacteraemia. *J Infect*. 2005; 50:353-5. DOI: 10.1016/j.jinf.2004.05.013.
 10. LaClaire L, Facklam R. Antimicrobial susceptibilities and clinical sources of *Facklamia* species. *Antimicrob Agents Chemother*. 2000; 44:2130-2. PMID: 10898686.