

Sepsis por *Moraxella catarrhalis* en lactante de 4 meses con bronquiolitis y virus respiratorio sincitial positivo

Moraxella catarrhalis sepsis in a 4 month-old infant with RSV+ bronchiolitis

Sr. Editor:

Moraxella catarrhalis es un diplococo gramnegativo productor de betalactamasas que se encuentra como flora habitual en la orofaringe hasta en un 20% de la población. Este germen está asociado sobre todo a procesos infecciosos menores, como son otitis media, sinusitis, etc., pero también puede ser causante de enfermedades sistémicas graves, como sepsis y endocarditis en pacientes inmunodeprimidos¹. Presentamos el caso clínico de una lactante de 4 meses no inmunodeprimida que presentó una sepsis por este germen.

Caso clínico: lactante de 4 meses que consultó en Urgencias por cuadro de tos y dificultad respiratoria de 24 h de evolución. Sin antecedentes personales y familiares de interés. En la exploración se observó peso de 6.900 g, temperatura de 38 °C, frecuencia cardíaca de 149 pulsaciones por minuto, frecuencia respiratoria de 45 respiraciones por minuto; la saturación era del 92% y el score del Hospital San Juan de Dios de 8–10. En la exploración otorrinolaringológica se observó orofaringe hiperémica, y en la auscultación cardiopulmonar se observaron distrés subcostal y subcrepitantes diseminados. El resto de la exploración fue normal. En las pruebas complementarias al ingreso, el test rápido para virus respiratorio sincitial en moco nasal resultó positivo. En la radiografía de tórax se observó discreto infiltrado peribronquial bilateral. La analítica al ingreso mostró una serie roja normal. Los leucocitos eran 6.520/mm³ (el 70% de neutrófilos, el 26% de linfocitos y el 3% de monocitos). La proteína C reactiva fue de 1,7 mg/dl; la gasometría resultó normal. En cuanto a la evolución, requirió al ingreso fluidoterapia, corticoides intravenosos, oxigenoterapia en carpa y nebulizaciones de adrenalina. Quedó afebril al tercer día y el cuadro respiratorio mejoró; se consiguió retirar la oxigenoterapia, suspender corticoides y espaciar nebulizaciones de adrenalina. Al 6.º día de ingreso, en coincidencia con pico febril de 38,5°, se evidenció empeoramiento del estado general, con mala perfusión periférica y taquipnea. Ante sospecha de infección bacteriana, se realizó nueva radiografía de tórax (no hubo evidencia de condensación) y la analítica mostró leucocitosis de 32.000/mm³ con el 70% de segmentados y proteína C reactiva de 5 mg/dl. Se extrajo hemocultivo y se inició tratamiento empírico con cefotaxima y teicoplanina. En el hemocultivo se observó crecimiento de *M. catarrhalis* sensible a amoxicilina-clavulánico y cefotaxima, por lo que

se dejó monoterapia con cefotaxima durante 7 días. La evolución clínica fue satisfactoria.

En sujetos inmunocompetentes se han descrito infecciones graves por *Moraxella* en aquellos que tienen alguna enfermedad del tracto respiratorio, situación que favorecería su diseminación hematógena². Aunque la bibliografía al respecto es escasa, se han publicado 2 revisiones: Abuhammar et al³ realizaron un estudio retrospectivo de 10 años en el que de un total de 13.314 hemocultivos sólo en 11 aislaron *Moraxella*. De los 11 casos, sólo 3 eran niños no inmunodeprimidos, y las características que tenían en común es que eran niños menores de 3 años con una otitis media o sinusitis concomitante. Ahmed et al⁴ realizaron una revisión retrospectiva de 18 años de todas las bacteriemias por *Moraxella*. Recogieron un total de 18 casos y, de éstos, el 80% eran inmunocompetentes (contrasta con los resultados del anterior), y en cuanto a las características clínicas de presentación, eran menores de 2 años y con otitis media o síntomas respiratorios. No hemos encontrado ningún caso publicado de bronquiolitis con sepsis por *Moraxella*.

A pesar de la baja incidencia de bacteriemias por *Moraxella* (0,57 casos por cada 100.000 niños), es un germen para tener en cuenta en los niños pequeños con sepsis que presentan otitis media o síntomas respiratorios⁴, y a la hora de iniciar un tratamiento antibiótico empírico se debe considerar que es un germen productor de betalactamasas.

Bibliografía

1. Korppi M, Katila ML, Jääskeläinen J, Leinonen M. Role of *Moraxella catarrhalis* as a respiratory pathogen in children. *Acta Paediatr.* 1992;81:993–6.
2. Baron J, Shapiro E. Unsuspected bacteremia caused by *Branhamella catarrhalis*. *Pediatr Infect Dis.* 1985;4:100–1.
3. Abuhammour WM, Abdel-Haq NM, Asmar BI, Dajani AS. *Moraxella catarrhalis* bacteremia: A 10-Year Experience. *South Med J.* 1999;92:1071–4.
4. Ahmed A, Broides A, Givon-Lavi N, Peled N, Dagan R, Greenberg D, et al. Clinical and laboratory aspects of *Moraxella catarrhalis* bacteremia in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2008;27:459–61.

RM. Vázquez Gomis^{a,*}, Ignacio Izquierdo Fos^b,
Consuelo Vázquez Gomis^a y Juana Rubio^c

^aServicio de Pediatría, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

^bServicio de Pediatría Hospital General Universitario de Elche, Hospital de Torreveja, Alicante, España

^cServicio de Pediatría, Clínica Virgen de La Vega, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nachoyros@yahoo.es
(RM. Vázquez Gomis).