



## I-037 - INFECCIÓN RESPIRATORIA POR ROTHIA MUCILAGINOSA. ¿PATÓGENO O COMENSAL?

C. Muñoz Muñoz<sup>1</sup>, R. Serrano Morales<sup>1</sup>, M. Olsina Tebar<sup>2</sup>, S. Martín Fuste<sup>1</sup>, R. Malo Barres<sup>1</sup>, M. García Cors<sup>1</sup>, L. Sánchez Sitges<sup>1</sup>, G. Pons Estel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Microbiología y Parasitología. <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès (Barcelona).

### Resumen

**Objetivos:** Describir el espectro de las infecciones respiratorias asociadas a *Rothia mucilaginosa* y valorar su patogenicidad.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de todos los casos de infección respiratoria con aislamiento de *R. mucilaginosa* en muestras respiratorias que ingresaron en el Hospital General Catalunya desde enero 2014 a febrero 2015. Los datos se obtuvieron a partir del registro informatizado de Microbiología y revisión de historias clínicas.

**Resultados:** Se incluyeron 22 pacientes con 23 muestras positivas a *R. mucilaginosa* (19 cultivos de esputo y 4 de lavados bronquioalveolares). La edad media fue de 74 años (rango 40-88 años) y en su mayoría fueron hombres (81,8%). Un 50% eran exfumadores y 9,1% fumadores activos. Del total, 15 (68,2%) casos tenían antecedentes de neumopatía crónica: 11 eran EPOC (3 con bronquiectasias, 1 con fibrosis pulmonar y 1 con TBC pulmonar residual); 3 presentaban asma bronquial (1 con bronquiectasias) y 1 neumonía intersticial por metotrexate. Otras comorbilidades: diabetes mellitus en 10 pacientes (45,5%), insuficiencia renal leve-moderada en 6 (27,3%), disfagia en 2 (9,1%), colitis ulcerosa en tratamiento inmunosupresor en 1 (4,5%) y artritis reumatoide con corticoterapia en otro (4,5%). Tres pacientes recibían tratamiento crónico con corticoides orales y en ningún caso existía neutropenia o neoplasia. Sólo 3 casos carecían de antecedentes de interés. Las formas de presentación clínica fueron: neumonía en 9 pacientes, bronquitis aguda en 8 (existiendo 5 casos con neumopatía en cada grupo) y bronquiectasias sobreinfectadas en 5. En 18 (81,8%) casos se aisló como único patógeno respiratorio la *R. mucilaginosa* y sólo en 5 pacientes, todos con neumopatía de base, se aislaron otros copatógenos respiratorios (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Klebsiella oxytoca*). La mayoría de los antibiogramas mostraron alta sensibilidad para betalactámicos (91%) así como elevada resistencia a quinolonas (91%). Aunque en 4 casos sin copatógenos se usó levofloxacina empírica la respuesta fue satisfactoria a pesar de resistencia in vitro. La evolución fue favorable para toda la serie con resolución del proceso agudo sin complicaciones atribuibles a la propia infección.

**Discusión:** La *R. mucilaginosa*, coco gram positivo de la familia Micrococcaceae, es considerada parte de la microflora normal de la boca y del tracto respiratorio superior, de baja virulencia. Pero últimamente, está siendo reconocido como patógeno oportunista responsable de infecciones

sistémicas principalmente en inmunocomprometidos, aunque también se ha descrito en inmunocompetentes, especialmente como infecciones respiratorias. En nuestro estudio, analizamos el espectro clínico-epidemiológico de las infecciones respiratorias asociadas a esta bacteria, observando que se comporta como patógeno, principalmente en pacientes con patología pulmonar de base o antecedentes predisponentes a infección, y siendo infrecuente en pacientes sin otras comorbilidades, en jóvenes y en mujeres. La expresión clínica es diversa, fundamentalmente neumonías, bronquitis agudas y descompensaciones de la patología respiratoria de base pero con evolución favorable al tratamiento antibiótico. Detectamos alta sensibilidad a los betalactámicos aunque elevada resistencia a las quinolonas, mayor de lo descrito en otras series, sin que el uso de las mismas modificara el buen pronóstico.

*Conclusiones:* La *R. mucilaginosa* ha de considerarse como posible patógeno de infecciones de vías respiratorias bajas en pacientes inmunocompetentes, especialmente en aquellos con neumopatía, en los que muestra baja agresividad.