



PIEL

FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

www.elsevier.es/piel



Original

Staphylococcus aureus resistente a meticilina en las consultas externas de Dermatología



Juan Redondo-Mateo^{a,*}, Susana Hernando-Real^b, Susana Pérez-Santos^a,
Carmen Delgado-Mucientes^a y Pablo Carrero González^b

^a Unidad de Dermatología, Hospital General de Segovia, Segovia, España

^b Sección de Microbiología, Hospital General de Segovia, Segovia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de mayo de 2014

Aceptado el 21 de mayo de 2014

On-line el 23 de julio de 2014

Palabras clave:

Staphylococcus aureus resistente a
meticilina

Queilitis

RESUMEN

Introducción: El aumento de las infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina a nivel mundial es un importante reto sanitario al haber pasado de ser un patógeno estricto hospitalario a estar asociado a la comunidad. En las infecciones causadas por él, la piel y los tejidos blandos son los órganos más frecuentemente afectados.

Objetivo: Determinar la presencia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en las enfermedades de piel tratadas en consultas de Dermatología.

Material y método: Efectuamos un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de 128 pacientes con infecciones cutáneas primarias o secundarias por *Staphylococcus aureus* diagnosticados en 3 consultas externas de Dermatología del Hospital General de Segovia.

Resultados: Se encontraron 16 casos con cultivo para *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (12,5%), de los cuales 7 fueron del medio hospitalario y 9 asociados a la comunidad, siendo 5 portadores nasales.

Conclusiones: Destacamos la afectación del labio inferior en 4 casos, el retraso diagnóstico en la mayoría de los pacientes y la buena respuesta al ácido fusídico y a la tintura de violeta de genciana.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Dermatology outpatient clinics

ABSTRACT

Introduction: The worldwide increase in infections due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is a major health challenge. The infection is no longer solely hospital-acquired and has become community-acquired. The most commonly affected organs in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections are the skin and soft tissues.

Objective: To determine the presence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in skin diseases in Dermatology outpatient clinics.

Keywords:

Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*

Cheilitis

Fusidic acid

Topical gentian violet

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrdermaseg@yahoo.es (J. Redondo-Mateo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2014.05.010>

0213-9251/© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Material and method: We carried out a descriptive, retrospective study of 128 patients with primary or secondary infectious skin conditions with positive culture to coagulase-positive *Staphylococcus aureus* diagnosed in 3 Dermatology outpatient offices in the General Hospital of Segovia.

Results: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* was isolated in 16 patients (12.5%), of whom 7 were hospital-acquired, and 9, community-acquired. Of these, 5 were nasal carriers of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*.

Conclusions: We stress the involvement of the lower labial mucosa in 4 patients, delayed diagnosis in most patients, and the good response to fusidic acid and topical gentian violet.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La infección causada por *Staphylococcus aureus* resistente a metilina (SARM) se observó en 1961, poco después de la introducción de este antibiótico. En 1982, en Estados Unidos se detectó, en usuarios de drogas por vía intravenosa, el primer brote adquirido de SARM fuera del hospital, SARM en la comunidad (SARM-AC). En el mismo país, durante la década de los años 90 se contabilizaron numerosos brotes de SARM-AC, por lo que se consideró a estas infecciones como un «problema emergente»^{1,2}, y en Europa su prevalencia oscila entre menos del 2% en los países nórdicos hasta el 40% en los países del sur². En España se estima que la prevalencia de SARM-AC es inferior al 5%, perteneciendo la mayoría de los casos a población pediátrica, y más del 50% en individuos provenientes de países de Latinoamérica³.

Las infecciones cutáneas causadas por SARM, sobre todo las SARM-AC, han creado una creciente preocupación como problema de salud pública y son de particular interés para los dermatólogos, al ser la piel y los tejidos blandos los más afectados^{4,5}.

Pacientes y método

Se revisaron las historias clínicas y los informes bacteriológicos del Laboratorio de Microbiología del Hospital General de

Segovia. Se estudiaron 128 pacientes pertenecientes al Área de Salud de Segovia, que fueron atendidos en 3 consultas de Dermatología de la Unidad de Dermatología del citado hospital entre los meses de junio de 2007 y junio de 2012 de infecciones cutáneas con cultivo positivo para *Staphylococcus aureus*. Se consideraron las siguientes variables: sexo, edad, proceso cutáneo, localización, antecedentes personales, tratamientos previos, duración del cuadro cutáneo hasta el diagnóstico correcto y perfil de resistencia bacteriológica (tablas 1-3).

Todas las muestras se procesaron según el protocolo establecido en el Laboratorio de Microbiología del hospital, y la identificación de las colonias de *Staphylococcus aureus* se realizó mediante el método de microdilución automática MicroScan WalkAway[®] 40 (Siemens); se efectuó el estudio de sensibilidad a los siguientes antibióticos: penicilina, cloxacilina, ciprofloxacino, eritromicina, clindamicina, cotrimoxazol, gentamicina, vancomicina, teicoplanina, tetraciclina, rifampicina, nitrofurantoína, trimetoprima, imipenem, linezolid, quinupristina, ácido fusídico y mupirocina, cuya interpretación (en sensible, intermedio, resistente) se realizó según los criterios del *Clinical and Laboratory Standards Institute*. Para detectar la posible resistencia inducible a clindamicina se realizó la técnica de difusión con doble disco (D-zone test).

Hemos utilizado los criterios de Salgado et al.⁶ que se han seguido en otros estudios^{3,7-9}, que consideran como infecciones por SARM-AC aquellas por SARM que se presentan en un individuo que haya tenido un cultivo positivo en las 48 h

Tabla 1 – Distintas dermatosis en las que se ha aislado *Staphylococcus aureus* en los 128 pacientes estudiados

Manifestaciones clínicas	N	SA	SARM-AH	SARM-AC
Dermatosis impetiginizadas/infectadas (dermatitis atópica, acné, úlceras, dermatitis/eccema, quemadura, cicatrices, radiodermatitis)	50	48	1	1
Impétigo/piodermatitis/ectima	22	20	0	2
Foliculitis/pustulosis	12	9	0	3
Furúnculo	3	3	0	0
Queilitis	7	3	1	3
Dactilitis/panadizos/paroniquias	11	10	0	1
Celulitis	4	3	1	0
Mastitis	2	2	0	0
Intertrigos	16	14	2	0
Balanitis	1	0	0	1
Endonasales	5	0	3	2
Total	133	112	8	13

SA: *Staphylococcus aureus* coagulasa positivo; SARM-AC: *Staphylococcus aureus* resistente a metilina de origen comunitario; SARM-AH: *Staphylococcus aureus* resistente a metilina de origen hospitalario.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3220811>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3220811>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)