

ROUND MICROBIOLOGÍA

Posgr. Dra Maria Elena Calgaro

Posgr. Dr Leandro Alvarez

Asist. Dra Elisa Cabeza

CASO 1

SM, 42 años Procedente de Montevideo. Taxista. Vive solo.

AP: DM NIR, mal control metabólico, abandono de tratamiento. Tabaquista intenso
Niega alergias medicamentosas.

MC: lesión en pulpejo del primer dedo de mano derecha.

AEA:

2/9 consulta en Hospital de Cerro y Hospital Maciel por lesión puntiforme de dos semanas de evolución en pulpejo de 1er dedo de mano derecha, acompañada de signos fluxivos, sin supuración. Amoxicilina 500 mg/8hs por 7 días.

6/9 reconsulta en HC por persistencia de síntomas, con aumento del dolor.
Rx de mano: sin hallazgos patológicos. PC 6/9: Leu 10.44, neu 7.84. PCR 27.2.
Valoración por cirugía plástica (CP) se decide alta a domicilio con TMP-SMX 160/800 c/8hs y Amoxicilina-Ac. clavulánico 875/125 mg c/12 hs por 10 días.

9/9 Control en policlínica de CP, agrega colección a nivel de pulpejo de dedo, se realiza drenaje con obtención de material purulento. Muestra mediante hisopo desarrolla SAMS (S: Cipro, clinda, Meticilina, tmp-smx)

23/9 Control en policlínica de CP donde se evidencia peoría de la lesión, con supuración purulenta, drenaje , se indica amoxicilina-sulbactam 1 comp/12 hs y TMP-SMX 160/800 c/8hs.

CASO 1

25/9 Evolución tórpida, continua con supuración.

Rx de mano: compromiso óseo a nivel de la segunda falange, distal.

Se inicia Clindamicina 600 mg / 6 hs y Ciprofloxacina 400mg / 12 iv.

Paraclínica: Hb 13.7 g/dL, Leu 6.910/mm³, PCR 5.43. Glicemia 482.

Drenaje de contenido purulento de lesión, cultivo bacteriológico desarrolla SAMS.

26/9 RNM de mano derecha: osteomielitis de la falange distal del 1er dedo der.

Evaluated por Infectología con planteo de IPPB complicada con osteomielitis de falange distal del 1er dedo de mano derecha a SAMS.

Se rota a cefazolina 2gr c/8hs + TMP-SMX 3 ampollas cada 8hs.

30/9 Persistencia de supuración y elementos fluxivos, ampliación de HQ y drenaje de exudado purulento, cultivo: SAMS.

1/1-3/3 Lavado con SF + jabón de clorhexidina, resección de tejido desvitalizado colocación de mecha húmeda con clorion durante 5 minutos, mecha iodoformada y cura plana.



Cultivo bacteriológico

Los medios sembrados presentaron abundante desarrollo de

Dedo Mano
Hisopo con medio de cultivo

Informe Final:
Sí

Staphylococcus aureus

	Staphylococcus aureus
Ac.Fusídico	Sensible
Cefazolina	Sensible
Ciprofloxacina	<=0.5 Sensible
Clindamicina	0.25 Sensible
Eritromicina	<=0.25 Sensible
Meticilina	Sensible
Mupirocina	Sensible
Trimetoprim/sulfametoxazol	<=10 Sensible

Herida Quirúrgica: estudio bacteriológico

Cultivo bacteriológico

Desarrolla

Hisopo con medio de cultivo

Informe Final:
Sí

Staphylococcus aureus

	Staphylococcus aureus
Ac.Fusídico	Sensible
Cefazolina	Sensible
Clindamicina	0.25 Sensible
Eritromicina	<=0.25 Sensible
Meticilina	Sensible
Mupirocina	Sensible
Trimetoprim/sulfametoxazol	<=10 Sensible

DC: Herida de dedo

Bacteriológico de muestra de tejido

Localización anatómica

Tejido de panadizo,
dedo pulgar

Cultivo bacteriológico

Desarrolla

Sin dato

Informe Final:
Sí

Staphylococcus aureus

	Staphylococcus aureus
Ac.Fusídico	Sensible
Cefazolina	Sensible
Ciprofloxacina	<=0.5 Sensible
Clindamicina	0.25 Sensible
Eritromicina	<=0.25 Sensible
Meticilina	Sensible
Mupirocina	Sensible
Trimetoprim/sulfametoxazol	<=10 Sensible

Cultivo de Enriquecimiento

Desarrollo idéntico a los medios
primarios

Sin dato

Informe Final:
Sí



CASO 2

SF, 52 años. Montevideo. Desempleada. Ex PPL. Hipertiroidismo. Niega tóxicos y alergias medicamentosas.

EA: lesión ampollosa de 24 hs de evolución con contenido hemático de 2 cm de diámetro a nivel de cara latero medial de BD que de forma rápidamente progresiva llegando a medir aprox 10 cm de diámetro, agrega necrosis y supuración con fetidez.

EF: Sin elementos de SIRS. Lesión en cara AM de BD, de 15x10 cm, flictena destechada con fondo necrótico e indurado, supuración con fetidez. Signos fluxivos desde hombro hasta tercio distal de brazo.

PC: Hb 10,6 N, H, Pqt 232 mil, GB 8900, PCR 33. Fibrinógeno 551. Crea 1,13 Azo 1,04. Serologías, VIH y VDRL no reactivas.

Se inicia Ampicilina/sulbactam (AMS) 1,5g c/ 6 horas + TMP-SMX 2 ampollas c/ 12 horas. Se realiza LQ que requiere fasciotomía con miotomía, se extraen muestras para microbiología.

Bacteriológico: Se observan CGP en acúmulos. Desarrolla *Staphylococcus aureus* meticilino resistente, resistente a mupirocina, sensible a TMP-SMX. Vancomicina CIM 1,0.

TAC MSD: Alteración a nivel de las partes blandas a nivel de BD, y del músculo bíceps. Burbujas de enfisema adyacentes al músculo deltoides. Sin colecciones ni alteraciones de la morfoestructura ósea.

En suma: IPPB supurada severa con necrosis, con fascitis y miositis de origen comunitario a SAMR, que requirió amplio desbridamiento quirúrgico. Se ajusta dosis de TMP-SMX y se agrega Vancomicina. Se suspende AMS. Descolonización de SAMR. Aislamiento de contacto.



Herida Quirúrgica: estudio bacteriológico

Examen directo

Se observan cocos Gram positivos en acúmulos

Cultivo bacteriológico

Desarrolla

Sin dato
Hisopo sin medio de cultivo

Informe Final:
Sí

Staphylococcus aureus

		Staphylococcus aureus
Ac.Fusídico		Sensible
Cefazolina		Resistente
Clindamicina	0.25	Sensible
Eritromicina	<=0.25	Sensible
Meticilina		Resistente
Mupirocina		Resistente
Trimetoprim/sulfametoxazol	<=10	Sensible
Vancomicina	1	Sensible

Staphylococcus aureus metilino resistente
Absceso de MSD.

Herida Quirúrgica: estudio bacteriológico

Examen directo

Se observan cocos Gram positivos en acúmulos
Se observan elementos sanguíneos.

Cultivo bacteriológico

Los medios sembrados presentaron abundante desarrollo de

Miembro superior derecho
Frasco estéril

Informe Final:
Sí

Staphylococcus aureus

		Staphylococcus aureus
Ac.Fusídico		Sensible
Cefazolina		Resistente
Ciprofloxacina	1	Sensible
Clindamicina	0.25	Sensible
Meticilina		Resistente
Mupirocina		Resistente
Trimetoprim/sulfametoxazol	<=10	Sensible
Vancomicina	1	Sensible

S.aureus metilino resistente (mecA)
Absceso de MSD.

Absceso: Estudio Bacteriológico

Cultivo de Enriquecimiento

Desarrollo idéntico a los medios primarios

Miembro superior derecho
Aspirado

Informe Final:
Sí

Paciente	AP	IPPB	Muestra	Aislamiento
SM, 33 años. 26/8- 07/09	Tabaquista VIH reciente diagnóstico.	Absceso en cara ventral de mano izquierda.	Drenaje absceso con toma de muestra con hisopo.	SAMR
SF, 52 años 8/8- 5/9	Hipertiroidismo	Celulitis extensa (mano, antebrazo, brazo y mama ipsilateral)	Exudado de flictenas de piel.	SAMS
SM, 39 años 6/8 -	VIH positivo, CD4 66. Ex PPL	IPPBB supurada, absceso glúteo, bacteriémica, complicada con embolias sépticas pulmonares	Drenaje absceso glúteo, HC	SAMR
SM, 45 años FI: 25/9 - actualidad	Tabaquista DM NIR sin tratamiento	Absceso complicado con osteomielitis de falange distal del 1er dedo de mano derecha.	Drenaje colección con toma de muestra con exudado	SAMS
SF, 56 AÑOS FI: 25/9- actualidad	Hipertiroidismo TB pulmonar hace 23 años. Ex PPL	IPPBB supurada severa con fascitis, miositis y extensa necrosis	Limpieza quirúrgica toma de tejidos blandos.	SAMR

Aprendizajes

- *Staphylococcus aureus* sin importar su perfil de resistencia antimicrobiana, desempeña un papel crucial en las infecciones de piel y tejidos blandos.
- Este puede encontrarse transitoriamente colonizando las fosas nasales anteriores y la piel, aumentando así el riesgo de desarrollar infecciones.
- En estos últimos meses hemos notado en nuestro centro hospitalario un aumento en las IPyPB graves causada por este microorganismo.
- Como especialistas en enfermedades infecciosas debemos contribuir a la prevención de propagación de *Staphylococcus aureus* y control de infecciones en el ámbito nosocomial, promoviendo el buen lavado de manos, desinfección adecuada, descolonización y aislamiento de contacto maximizado en el caso de SAMR.



Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas, 2024.