



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Carta al Editor

Absceso en tendón de la mano por *Staphylococcus condimenti*



Hand tendon abscess due to *Staphylococcus condimenti*

Sra. Editora,

Los estafilococos coagulasa negativos son comensales de la piel y mucosas humanas¹. Actualmente, se han identificado más de 45 especies de estos microorganismos². *Staphylococcus condimenti* (*S. condimenti*) es un estafilococo coagulasa negativo, descrito en 1998³, generalmente considerado como no patógeno⁴. Este microorganismo no forma parte de la microbiota de la piel humana, pero se ha encontrado en alimentos fermentados y en salsa de soja¹. Su genoma contiene varios factores de virulencia, incluidas proteínas similares a la leucocidina⁵. El primer caso de infección documentada por este microorganismo fue una bacteriemia relacionada con el catéter en una paciente con miocardiopatía dilatada grave⁶. Otros casos descritos han sido una infección grave de piel y tejidos blandos⁵, meningitis⁴, infección del sitio quirúrgico⁷ y espondilodiscitis¹.

Presentamos un caso de tenosinovitis por *S. condimenti* en una mujer de 43 años, educadora de profesión, sin contacto con animales de compañía ni relación con actividades rurales o jardinería, que acude a urgencias porque desde hace 4 días presenta dolor e impotencia funcional, inflamación, calor y rubor del tercer dedo de mano izquierda. Los síntomas se producen de forma súbita, sin traumatismo, picadura de insecto o cuerpo extraño previo. Dichas molestias asientan sobre una lesión nodular que la paciente presentaba desde hacía 5 meses. No presenta fiebre ni otra clínica acompañante. La paciente no presentaba ningún tipo de inmunodepresión ni otros factores de riesgo y como antecedentes personales cabe destacar que presentaba obesidad mórbida.

La paciente consultó inicialmente en su centro de salud, donde se le pautó tratamiento antimicrobiano con amoxicilina/ácido clavulánico (875/125 mg 3 veces al día) con adecuado cumplimiento. Ante ausencia de mejoría, acude a Urgencias donde tras descartar afectación ósea, mediante radiografía simple, se decide alta hospitalaria con el mismo tratamiento. Sin embargo, vuelve a Urgencias a las 48 h por progresión de la afectación. En este momento a nivel analítico presentaba leucocitosis con desviación a la izquierda ($21,80 \times 10^3/\mu\text{L}$), elevación de la proteína C reactiva (3,60 mg/dl) y procalcitonina en niveles normales (0,02 ng/ml).

En la exploración física se observa ligera tumefacción con edema en falanges media y proximal del tercer dedo que impide flexión y extensión completa del mismo, con dolor a la palpación local, ligero aumento de temperatura y sin supuración ni herida. Tras la valoración se establece como diagnóstico: tenosinovitis del tercer dedo de la mano izquierda, recomendándose ingreso para cirugía.

Durante el acto quirúrgico que consistió en drenaje del absceso y de la vaina tendinosa se extraen 3 muestras de la lesión que se enviaron al laboratorio de Microbiología en recipiente estéril. Se realizó una tinción de Gram y las muestras se sembraron en agar sangre, agar chocolate, agar MacConkey, agar Sabouraud que se incubaron en atmósfera de CO₂ y en placas de agar Bruce-lla y agar BBE-amikacina en anaerobiosis. En la tinción de Gram se observaron cocos grampositivos con morfología de estafilococos.

Tras 48 h de incubación se observó crecimiento de unas colonias blanquecinas en agar sangre y agar chocolate, catalasa positivas, oxidasa negativas y no hemolíticas. Mediante espectrometría de masas MALDI-TOF (Becton Dickinson™ Bruker MALDI Biotyper® CA System) se identificaron como *S. condimenti* con un score de 2,50. Este microorganismo se aisló en cultivo puro en las 3 muestras enviadas al laboratorio. El microorganismo se envió al Centro Nacional de Microbiología donde se confirmó la identificación mediante PCR y secuenciación de los genes 16S ARNr y *tuf*. El estudio de sensibilidad antibiótica se realizó utilizando paneles de microdilución en caldo (MicroScan WalWay96 plus System Beckman Coulter®), siendo sensible a penicilina, oxacilina, cefoxitina, gentamicina, levofloxacino, moxifloxacino, vancomicina, teicoplanina, eritromicina, clindamicina, linezolid y trimetoprim/sulfametoxazol tomando como puntos de corte los establecidos por el European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST; www.eucast.org). Se realizó una PCR comercial (GeneXpert powered by Cepheid innovation: Xpert® MRSA/SA SSTI [REF: GXM RSA/SA-SSTI-10]) en la que la detección del gen *mecA* fue negativa.

Destacamos el carácter agresivo e invasivo de esta infección ya que, a pesar del drenaje y la antibioticoterapia adecuada con amoxicilina/ácido clavulánico, fue necesaria una segunda intervención quirúrgica debido a la mala evolución, probablemente debida a la presencia residual del microorganismo en el foco. Finalmente, el postoperatorio transcurre sin incidencias y se decide el alta hospitalaria a las 2 semanas.

En este caso, al igual que en otros estudios⁵, se demuestra la patogenidad de *S. condimenti* sensible a múltiples antimicrobianos como agente causal de infecciones de piel y tejidos blandos en pacientes sin inmunodepresión.

Consideramos que el curso prolongado de la infección que requirió varias intervenciones quirúrgicas se pudo deber a la agresividad del microorganismo y a su falta de eliminación total del foco. La infección por *S. condimenti* es poco frecuente; sin embargo, puede producir infecciones graves en personas sanas. El aislamiento de nuevas especies de estafilococos coagulasa negativos obtenidos de muestras quirúrgicas, que no forman parte de la microbiota de la piel y en cultivo puro nos obliga a valorar estos nuevos patógenos en la etiología de las infecciones de piel y tejidos blandos. Asimismo, la existencia de nuevos métodos diagnósticos como la espectrometría

de masas (MALDI-TOF), nos permite identificar estos microorganismos de forma adecuada y precoz.

Financiación

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

Conflicto de intereses

Los autores señalan no tener ningún conflicto de interés

Agradecimientos

A la Dra M.^a José Medina Pascual, del Centro Nacional de Microbiología (ISCIII, Majadahonda, Madrid), por la secuenciación del aislado.

Bibliografía

1. Kobayashi T, Nakajima K, Oshima Y, Ikeda M, Kitaura S, Ikeuchi K, et al. First reported human case of spondylodiscitis by *Staphylococcus condimentii*: A case report and literature review. *Intern Med*. 2021;60:635–7, <http://dx.doi.org/10.2169/internalmedicine.5180-20>.
2. Becker K, Skov RL, Von Eiff C. *Staphylococcus, micrococcus and other catalase-positive cocci*. En: Jorgensen JH, Pfaller MA, Carroll KC, Funke G, Landry L, Richter SS, Warnock DW, editores. *Manual of clinical microbiology*. Washington DC: ASM PRESS; 2015. p. 354–83.
3. Probst AJ, Hertel C, Richter L, Wassill L, Ludwig W, Hammes WP. *Staphylococcus condimentii* sp. nov., from soy sauce mash, and *Staphylococcus carnosus* (Schleifer and Fischer 1982) *subsp. utilis subsp. nov.* *Int J Syst Bacteriol*. 1998;48:651–8, <http://dx.doi.org/10.1099/00207713-48-3-651>.

4. Zecca E, Costanzo M, Croce A, Sola D, Pirovano A, Martino E, et al. First reported human case of meningitis by *Staphylococcus condimentii*. *Infection*. 2019;47:651–3, <http://dx.doi.org/10.1007/s15010-018-01266-2>.
5. Gabrielsen C, Kols NI, Øye C, Bergh K, Afset JE. Characterization of the virulence potential of *Staphylococcus condimentii* isolated from a patient with severe soft tissue infection. *New Microbes New Infect*. 2017;18:8–14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nmni.201703006>.
6. Misawa Y, Yoshida A, Okugawa S, Moriya K. First reported case of *Staphylococcus condimentii* infection associated with catheter-related bacteremia. *New Microbes New Infect*. 2014;3:18–20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nmni.201410002>.
7. Tajdar M, Reynders M, Van Praet J, Argudin MA, Vandecasteele SJ, Nulens E. A case of a surgical-site infection with *Staphylococcus condimentii*. *Infection*. 2019;47:853–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s15010-019-01276-8>.

Carmen Piña Delgado^{a,*}, Margarita Bolaños Rivero^a, Christian Betancort Plata^b e Isabel de Miguel Martínez^a

^a Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical, Hospital Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cpindel@gobiernodecanarias.org (C. Piña Delgado).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2023.10.009>

0213-005X/ © 2023 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Estandarización de los informes de sensibilidad antibiótica acumulada: una necesidad



Standardization of cumulative antimicrobial susceptibility reports: A need

Sra. Editora,

El Comité Ejecutivo del *European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing* (EUCAST)¹ decidió en el año 2019 redefinir las categorías clínicas Sensible (S) e Intermedio (I) utilizadas en la interpretación de los resultados de sensibilidad, pero manteniendo las abreviaturas, de manera que «sensible» pasa a ser «sensible a dosis estándar» (S) e «intermedio» pasa a ser «sensible cuando se incrementa la exposición» (I).

Este cambio afecta directamente a la elaboración de los informes de sensibilidad antibiótica acumulada (ISAA) que periódicamente venimos realizando en los servicios/unidades de microbiología, dejando de ser adecuado combinar las categorías «Resistente» e «Intermedio» como «no Sensibles». En su lugar, el comité español del antibiograma (COESANT) aconseja presentar las 3 categorías de manera independiente, y en caso de necesidad, combinar S e I, pero indicando en el pie de la tabla aquellos casos en los que existan 2 dosificaciones². Sin embargo, no establece recomendaciones en relación con el umbral de porcentaje de cepas sensibles para el uso empírico de un antibiótico.

Aunque no existe un umbral de sensibilidad universalmente reconocido para el uso empírico de un antibiótico, es habitual en los ISAA la consideración del 80%, en función de las recomendaciones de expertos para ciertas infecciones (umbrales superiores en infec-

ciones graves)³. Así, en los ISAA que solo muestran el porcentaje de sensibilidad, es frecuente la asignación de un código de colores para orientar al clínico, utilizando el verde o el rojo en función de que el porcentaje esté por encima o por debajo del 80% (en otros informes, 85 o 90%). Algunos ISAA añaden un tercer color para resaltar porcentajes entre el 50 y el 80–85%, rango que no corresponde a ninguna categoría de prescripción y que no aporta información que no transmita el propio porcentaje⁴.

Como consecuencia del cambio de categorías clínicas nos parece especialmente importante diferenciar las combinaciones de antibiótico/microorganismo que alcanzan el umbral de uso empírico a expensas de las cepas que requieren un aumento de exposición. Por ello, consideramos necesario asignar un nuevo color a dicha categoría. Si hemos aceptado el verde y el rojo para diferenciar los antibióticos que debemos o no usar, lo lógico es que asignemos el amarillo para la nueva categoría; al igual que interpretamos las luces de un semáforo, el clínico entenderá que puede usar un antibiótico, siempre que se aumente la exposición al mismo (fig. 1).

Por la gran heterogeneidad existente en la elaboración y presentación de los ISAA, que no siempre aportan toda la información que el clínico pueda necesitar, y considerando que su principal objetivo es el ser guía en la elección del tratamiento antibiótico empírico más adecuado, es, a nuestro juicio, una prioridad su estandarización y, por ello, proponemos:

- Unificar el umbral de porcentaje de cepas sensibles para recomendar el uso empírico de un antibiótico. Por la extensión de su uso, para preservar los antibióticos más potentes y hasta que se llegue a un consenso, sugerimos el 80% (reflejando en los ISAA que