



<http://www.elsevier.es/semergen>

413/29 - UNOS GRANOS MUY RESISTENTES

K. Ramrath

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente, varón de 32 años, sin antecedentes personales de interés acude en abril 2018 por un absceso de 2 cm de diámetro, de consistencia dura en mejilla derecha. Dos meses más tarde acude de nuevo por otro absceso en región occipital, también de 2 cm de diámetro. En ambas ocasiones se trata con un ciclo de amoxicilina/clavulánico y aplicaciones de mupirocina tópica con buena respuesta. Un mes más tarde acude por tercera vez con otro absceso tras picadura con importante celulitis perilesional en MSD, habiendo iniciado tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulánico por su cuenta. Dado la frecuencia de episodios, iniciamos un estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: ACP normal. No adenopatías. Pruebas complementarias: 1. Analítica: Todo normal. A destacar: leucocitos $6,85 \times 10^3$, neutrófilos 50%, PCR 5,9 (0,1-10), VSG 4, inmunoglobulinas en rango. 2. a) Exudado nasal: positivo para *Staphylococcus aureus* con antibiograma, donde destaca resistente para amoxicilina/clavulánico. Sensible para ciprofloxacino y fosfomicina; b) Exudado nasal tras ciclo con ciprofloxacino: negativo.

Juicio clínico: Portador de *Staphylococcus aureus* con colonización en múltiples localizaciones.

Diagnóstico diferencial: Impétigo, vasculitis, foliculitis, hidrosadenitis.

Comentario final: El principal reservorio de SARM es la nasofaringe y se estima que entre 20-40% de los adultos sanos son portadores. Entre los factores que aumentan el riesgo de infección se encuentra el estado de portador nasofaríngeo. No se pautará tratamiento antimicrobiano de forma rutinaria, sino como tratamiento descolonizador si existe un riesgo de transmisión, en situaciones de brote, en pacientes de alto riesgo o en colonización en múltiples localizaciones. El tratamiento debe ser una combinación entre tratamiento tópico y sistémico y como antibiótico sistémico se propone trimetroprim-sulfametoxazol o doxiciclina mas rifampicina.

Bibliografía

Ruiz López M, Figuerola Tejerina À. Protocolo de actuación ante pacientes infectados/colonizados por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM). Revista Prescripción de fármacos. 2008;4(5):67-70.

Falcón M, et al. Portación Nasal de *Staphylococcus aureus* y su Asociación con Forunculosis a Repetición. Rev Inst Med Trop. 2017;12(2):20-3.

Fosch S, et al. Portación nasal de *Staphylococcus aureus* en individuos de la comunidad: factores epidemiológicos. *Acta Bioquím Clín Latinoam*. 2012;46(1).

Palabras clave: Pruebas de sensibilidad microbiana. Absceso. Infecciones estafilocócicas.