

## *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) adquirido en la comunidad (Dermatol Argent 2008;14:367-371). Comentario

---

### Sra. Editora:

He leído con mucho interés el trabajo publicado por Rita Leitner y cols. en *Dermatología Argentina*. Los tres casos presentados resultan muy representativos e ilustran claramente la problemática del SAMR CO (*S. aureus* meticilino resistente comunitario) en la patología de piel y partes blandas.

Los autores señalan, dentro de los factores de riesgo para la adquisición del SAMR CO, antecedente de internación durante el último año. Nos llama la atención este punto, ya que la definición epidemiológica del SAMR CO excluye el contacto hospitalario, que constituye uno de los principales factores de riesgo para la adquisición de SAMR hospitalario. Está claro que en el ámbito hospitalario puede adquirirse el SAMR CO, pero no es la norma. Si se quiere evaluar a pacientes con contacto hospitalario debe distinguirse entre SAMR CO y SAMR HO, y para ello se debe recurrir invariablemente a los métodos moleculares establecidos para la diferenciación entre ambas cepas, éstos son, detección de LPV (leucocidina de Panton Valentine), determinación de los tipos *cassettes* o *pulsed-field gel electrophoresis* (PFGE).

Históricamente, se consideró a la LPV como la principal mediadora en la patogenia sobre los tejidos invadidos. Se trata de un punto conflictivo y en revisión en la actualidad. Diversas publicaciones mostraron que otros componentes bacterianos, entre ellos los péptidos catiónicos pequeños, tendrían un papel más importante en la lisis de los neutrófilos que la LPV; y que no todas las cepas de SAMR CO que producen las formas invasivas son positivas para la LPV. Por lo tanto, la presencia de la LPV no es condición necesaria y excluyente para el desarrollo de las formas clínicamente más graves.

Paganini y cols. recientemente publicaron en *Archivos Argentinos de Pediatría* el estudio epidemiológico más grande hecho en nuestro país. En dicho trabajo se evaluó, entre otros puntos, la resistencia antibiótica en más de 200 cepas aisladas. Se observó 13% de resistencia para la eritromicina -la más alta- y 1% o menos para trimetoprima-sulfametoxazol, minociclina o ciprofloxacina. Teniendo esta información, producto de datos locales, creo que en nuestro medio no debería ser la eritromicina la primera opción. Dentro de los criterios de exclusión en este trabajo estaban los pacientes con enfermedades de base que condicionaban su concurrencia asidua al hospital o aquellos que hubiesen estado hospitalizados durante el último año.

Por último, me gustaría agregar que se trata de infecciones con una alta tasa de recurrencia, raramente requieren internación y habitualmente resuelven con el drenaje, espontáneo o quirúrgico.

Luis Daniel Mazzuocolo

Dermatología CEMIC

### Referencias

1. Leitner R, Korte C, Edo D, Braga E y cols. *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) adquirido en la comunidad. *Dermatol Argent* 2008;14:367-371.
2. Jappe U, Heuck D, Strommenger B, Wendt C, et al. *Staphylococcus aureus* in Dermatology Outpatients with special emphasis on Community-Associated Methicillin-Resistant strains. *Journal of Investigative Dermatology* 2008;128:2655-2664.
3. Paganini H, Della Latta M, Muller Opet B, Ezcurra G y cols. Estudio multicéntrico sobre las infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente provenientes de la comunidad en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2008;106:397-403.

## Respuesta

**Sra. ditora: E**

22 de abril de 2009

Agradecemos la carta al editor del Dr. Mazzuocolo, ya que conocemos la existencia de un protocolo que se está realizando sobre el tema. El estafilococo meticilino resistente comunitario constituye un problema emergente mundial, y ya no hay seguridad de que el paciente medicado por su infección cutánea o de partes blandas con cefalexina sea curado.

Para comunicar nuestra experiencia, y sobre todo que se realice el control del tratamiento en 72 horas, se realizó este trabajo.

Dentro de la bibliografía que fue utilizada se encuentra la cita N° 8: Risk factors for colonization with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in patients admitted to an urban hospital: emergence of community-associated MRSA nasal carriage. *Clin Infect Dis* 2005;41:159-166. En este trabajo, en una muestra de 726 pacientes que ingresaron por diferentes causas a un servicio de emergencias se tomaron muestras de fosas nasales dentro de las primeras 48 horas de la internación. El 7,3% tuvo SAMR y el 16,4%, SAMS. El análisis multivariado mostró que haber sido hospitalizado en los últimos 12 meses es estadísticamente significativo como factor de riesgo para adquirir un SAMR (odds ratio = 4,0; IC de 95%: 2,0-8,2). De este 7,3%, los estudios moleculares realizados mostraron que el 30% correspondía a una cepa de SAMR CO (USA300).

En nuestro trabajo mencionamos a la toxina Pantón Valentine producida por el SAMR CO como relacionada con necrosis. En el quinto párrafo de la discusión del trabajo del Dr. Paganini (médico infectólogo pediatra) se lee: "Un 10% cursa en forma invasiva y la neumonía necrosante es su expresión más grave. Esta forma clínica más temida resulta causada por una toxina producida por SAMR CO, denominada Pantón Valentine: se trata de una leucocidina que también tendría un rol patogénico en las infecciones cutáneas". No menciona tampoco péptidos catiónicos.

No mencionamos el trabajo del Dr. Paganini porque nuestro trabajo y el suyo estaban en imprenta al mismo tiempo.

Creo que sería interesante agregar datos de este trabajo infectológico pediátrico multicéntrico (Hospital Garrahan, Hospital Pedro de Elizalde, Hospital Alassia de Santa Fe, Hospital Juan Pablo II de Corrientes, Hospital de Niños J. Vilela de Rosario, Hospital Pediátrico de Resistencia, Hospital de Niños Dr. Quintana de Jujuy y Hospital Materno Infantil de Mar del Plata V. Tetamanti): de 316 niños, 186 presentaron abscesos subcutáneos y celulitis como manifestación inicial. De los 316, el 10% presentó un foco posterior: de osteomielitis, artritis, empiema, neumonía, endocarditis, absceso cerebral, mastoiditis y absceso de pulmón. La mortalidad en niños con SAMR CO fue del 1%.

La resistencia hallada a la trimetoprima-sulfametoxazol fue del 1%.

Para concluir, debemos estar alertas en la elección del antibiótico y de ser posible cultivar el foco; si el paciente tiene factores de riesgo para SAMR CO y no es alérgico, utilizar trimetoprima-sulfametoxazol, sin olvidar de realizar el control a las 72 horas.

Le enviamos un saludo cordial

**Rita Leitner**

*Dermatóloga*

*Docente adscripta U.B.A.*



### Lupus y cáncer.

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen más susceptibilidad para ciertos tipos de cáncer, especialmente linfomas no Hodgkin en una proporción 3 a 4 veces mayor que la población general. También está aumentado el riesgo de carcinoma pulmonar y de displasia cervical, especialmente en mujeres en tratamiento con inmunosupresores. Estos aspectos deben tenerse en cuenta para efectuar los estudios correspondientes.

*Gayed M, et al.*

*Lupus* 2009;18: 479-485.

**Lilian Moyano de Fossati**



### Tratamiento de liquen plano erosivo vulvovaginal.

Cuatro mujeres con liquen plano erosivo vulvovaginal severo de larga duración fueron tratadas con metotrexato a las dosis habituales, con buena respuesta en 1 a 2 meses.

*Jang N, Fischer G.*

*Australas J Dermatol* 2008;49:216-219.

**Lilian Moyano de Fossati**