

PRIMER AISLAMIENTO EN ARGENTINA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (CAMRSA) CON SENSIBILIDAD INTERMEDIA A VANCOMICINA (VISA) Y NO SENSIBILIDAD A DAPTOMICINA (NS-DAP).

ERRECALDE, LAURA(1); CERIANA, PAOLA(3); GAGETTI, PAULA(3); ERBIN, MARIANA(1); CORSO, ALEJANDRA(3); DUARTE, ANDREA(2); ROLON, MARIA JOSE(2); CUATZ, DANIEL(2); KAUFMAN, SARA(1).

(1) Sección Microbiología y (2) División Infectología- Hospital General de Agudos J. Fernández. (3) Servicio Antimicrobianos. INEI-ANLIS Dr. Malbrán.

Staphylococcus aureus es agente frecuente de infección hospitalaria y de la comunidad. Vancomicina (VAN) se utiliza como tratamiento empírico en infecciones por MRSA. Recientemente emergieron cepas VISA (CIM 4-8 ug/ml), hetero-VISA (h-VISA) sensibles por CIM (CIM =2ug/ml) pero con subpoblaciones VISA y NS-DAP (CIM =2ug/ml). Estos mecanismos se asociaron a falla de tratamiento.

Objetivos:

Describir el caso clínico y las características moleculares de la primera cepa de CAMRSA de Argentina que evoluciona a h-VISA, VISA y NS-DAP intratratamiento con VAN y DAP.

Materiales y métodos:

La sensibilidad de 4 MRSA obtenidos de hemocultivos (HC) del mismo paciente se evaluó, según CLSI 2010, por: sistema automatizado Phoenix, CIM a VAN por dilución en agar y CIM a DAP por E-test. El h-VISA se confirmó por Macro-Etest y GRD VAN/TEI+S. La detección de panton-valentine leukocidin factor (PVL) se realizó por PCR y la caracterización del SCCmec por PCR multiplex. Se estableció relación clonal por Smal-PFGE.

Caso clínico: paciente 22 años masculino con antecedente de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis y osteosíntesis de cadera debido a fractura. Consulta por síndrome febril persistente luego de desplazamiento de prótesis por un traumatismo. Se aísla de HC MRSA con fenotipo de la comunidad y CIM a VAN =1µg/ml (CAMRSA 1). Inicia tratamiento con VAN (1gr IV post diálisis). Luego de 15 días el paciente continúa febril, se agrega rifampicina (RFA) (600 mg/día VO). Se aísla nuevamente MRSA, RFA resistente (R), CIM VAN 2µg/ml (h-VISA) y CIM DAP 0,25 µg/ml (CAMRSA 2). Se suspenden VAN y RIF e inicia tratamiento con DAP (6 mg/kg post diálisis). Se aísla de HC MRSA, RIF R, CIM VAN 4µg/ml (VISA) y CIM DAP 2µg/ml (NS-DAP) (CAMRSA 3). Se suspende DAP e inicia linezolid (600 mg 2 veces por día IV). Tomografía axial computada revela probable foco de bacteriemia en cadera, se retira prótesis. El paciente se externa afebril, HC negativo. Tres meses después reingresa con fiebre. Se aísla de HC MRSA, RIF R, ciprofloxacina I, CIM VAN 1µg/ml y CIM DAP 0.25µg/ml (CAMRSA 4). Se realiza centellograma que muestra hipercaptación en fístula arteriovenosa (FAV). Inicia tratamiento con linezolid (igual dosis) y TMS/SMX (800/160 mg/día IV), se retira prótesis de FAV. Se externa afebril, HC negativo.

Las cepas CAMRSA 2, 3 y 4 poseían SCCmec tipo IV, PVL+ y presentaron idéntico perfil clonal. De acuerdo al perfil Smal-PFGE fueron indistinguibles del clon epidémico de CAMRSA dominante en la Argentina: ST5-SCCmec tipoIV, PVL+.

Conclusiones

Se describe el primer caso en Argentina de CAMRSA VISA y NS-DAP. Durante el tratamiento con VAN y DAP se observó un aumento gradual de la CIM a VAN (h-VISA a VISA) y la emergencia de NS-DAP. Al suspender VAN y DAP, la cepa revirtió al fenotipo de sensibilidad a estas drogas. Es fundamental evaluar por CIM la sensibilidad a VAN y DAP durante el tratamiento de pacientes donde estas drogas van a ser usadas como terapia.