



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## A-203. - OSTEOMIELITIS DURANTE 1 AÑO EN EL HOSPITAL DE GUADALAJARA. ESTUDIO MICROBIOLÓGICO Y TERAPÉUTICO

M. Martínez Lasheras<sup>1</sup>, E. Vilalta Castel<sup>1</sup>, A. Ballano Ruiz<sup>2</sup>, M. Cubilla Salinas<sup>3</sup>, E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, S. Lainez Justo<sup>1</sup>, M. Rodríguez Zapata<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Dermatología, <sup>3</sup>Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

### Resumen

**Objetivos:** El *Estafilococo aureus* es el microorganismo más frecuente, el *estafilococo epidermidis* se relaciona con prótesis articulares y material de osteosíntesis, *estreptococo* y *H. influenzae* en niños y *Pseudomonas aeruginosa* en infecciones por pie diabético, heridas quirúrgicas y adictos a drogas por vía parenteral. Las quinolonas son los fármacos más utilizados, por sus excelentes características farmacocinéticas, pero el elevado porcentaje de resistencias en *S. aureus*, *E. coli* y *Pseudomonas* desaconsejan su uso en monoterapia. Analizamos los datos microbiológicos y el tratamiento utilizado en nuestro hospital.

**Métodos:** Recogida de los casos de osteomielitis a través del servicio de información asistencial, revisión de historias clínicas, y recogida y estudio de los datos obtenidos. Análisis con el paquete estadístico SPSS 20.0.

**Resultados:** Se recogieron 38 casos. 7 hemocultivos positivos y 46 gérmenes (15 exudados de herida y 7 abscesos). El 52,17% (12) eran flora polimicrobiana. En los hemocultivos se aislaron 4 SAMS, un *fusobacterium necroforum*, un *streptococo agalactie* y un *estafilococo epidermidis* (portador de catéter para diálisis). De los aislamientos del drenaje de abscesos hay 2 *pseudomonas*, 2 *micobacterium tuberculosis complex* (hay un tercer caso de TBC pero el diagnóstico fue anatomopatológico) y un *estafilococo aureus*. El total de aislamientos fue 16 *estafilococos* (34,8%) (9 meticilín sensibles y 7 SAMR), 10 *pseudomonas* (21,7%), 9 *enterococos* (19,5%), 6 *enterobacterias* (13%) 4 *streptococos* (8,7%) 3 *S. agalactie* y un *S. viridans* y 2 TBC. Las resistencias de los *estafilococo aureus*, el 58,33% (7) son resistentes a meticilina, el 50% (8) a levofloxacino, siendo del 87,5% (7) en los SAMR. El 12,5% (2) son resistentes a ciprofloxacino y el 18,7% a penicilinas. En las *Pseudomonas* el 50% (4) son resistentes a ciprofloxacino y el 25% (2) a levofloxacino. Todas las *pseudomonas* eran resistentes a cotrimoxazol, el 62,5% a penicilinas y cefalosporinas de 2ª y 3ª generación y el 37,5% amoxicilina-clavulánico. En los *enterococos* la resistencias es igual para levofloxacino y para ciprofloxacino, un 22,2% (3). Los *enterococos* el 66,6% eran sensibles a penicilina. En las *enterobacterias* el 50% (3) son resistentes a levofloxacino y el 16,6% (1) a ciprofloxacino. Tuvimos 2 casos de *E. coli* BLEE. En general obtuvimos un 41,3% de resistencia a penicilinas, 32,6% a ciprofloxacino, 30,43% a levofloxacino, 26% a cefalosporinas de 2ª y 3ª generación, 23,9% a cotrimoxazol, 15,2% a amoxicilina-clavulánico y un 10,86% a clindamicina. Sólo hubo un caso de resistencia a cefalosporinas de 4ª generación, y no hubo casos de resistencia a vancomicina, teicoplanina ni linezolid. Los antibióticos más utilizados en el ámbito hospitalario fueron ciprofloxacino y rifampicina en igualdad de porcentaje (21%), vancomicina (18,4%), carbapenem (15,78%), cloxacilina y cefalosporinas con el mismo porcentaje (13,15%), amoxicilina-clavulánico y piperacilina tazobactam con el mismo porcentaje (10,52%) y linezolid, clindamicina y aminogluósidos (7,9% cada uno). Los antibióticos más utilizamos al alta fueron rifampicina (28,9%), ciprofloxacino (23,65%), cotrimoxazol (18,42%), amoxicilina-clavulánico (13,15%), y

levofloxacin (10,52%). La media de duración del tratamiento fueron 3 semanas.

*Conclusiones:* En nuestra serie coincidimos con los gérmenes habituales, destacando la pseudomona en el pie diabético. Destacamos las resistencias a quinolonas, y concluimos que con nuestras resistencias la utilización de rifampicina asociada a clindamicina, vancomicina o cotrimoxazol es una opción adecuada. Si utilizamos quinolonas elegiremos ciprofloxacino si se sospecha un estafilococo aureus, y levofloxacin si sospechamos una enterobacteria. Ante una sospecha de pseudomona evitar penicilinas y cefalosporinas por su elevada resistencia.