



***Enfermedades Infecciosas
y Microbiología***

Órgano de la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC,
y del Consejo Mexicano de Certificación en Infectología AC.

<http://www.amimc.org.mx>



XLI Congreso Anual de la Asociación
Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC.

Monterrey, Nuevo León

25 - 28 de mayo de 2016

Centro de Convenciones CINTERMEX

Indizada en IMBIOMED <http://www.imbiomed.com>

Revista registrada en LatIndex, LILACS (Literatura Latinoamericana y de Caribe de la Salud), BIBLIOMEX, CENDS, Secretaría de Salud,
Subdirección de Investigación IMSS, PUIS, Periódica, Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias-UNAM; EMBASE, EXCERPTA MEDICA.

Núm. especial

VOL.36 SUPLEMENTO 2016

***Kocuria kristinae* COMO PATÓGENO OPORTUNISTA EN PIEL**

TOVAR-OVIEDO J¹; AGUILAR-LÓPEZ HM¹; HERRERA-WARBURTON R²;
FLORES-SANTOS A³.

¹Facultad de Ciencias Químicas, UASLP., ²Centro de Salud Universitario, UASLP.,
³Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" San Luis Potosí, S.L.P., México.

Introducción:

El género *Kocuria* fue nombrado en honor al microbiólogo eslovaco Miroslav Kocur, y está formado por cocos Gram positivos pertenecientes al reino *Bacteria*, filo *Actinobacteria*, orden *Actinomycetales* y familia *Micrococcaceae*. Son aerobios estrictos, con excepción de *Kocuria kristinae*, que es un anaerobio facultativo y habitan como comensales en piel humana, membranas mucosas, cavidad oral, canal auditivo externo, etc. Es causa rara de infección en humanos, y recientemente se han reportado casos de infecciones por *Kocuria kristinae* en pacientes con bacteriemia asociada a catéter e inmunocomprometidos, colecistitis aguda, endocarditis y peritonitis. Por lo anterior, el caso que se presenta está relacionado a una infección de piel, del cual no se encontró información en la literatura actual.

Descripción del caso:

Paciente femenino de 93 años de edad, diagnosticada con Alzheimer de 10 años de evolución, artroplastia de cadera derecha hace 4 años, fibrilación auricular hace 2 años en actual manejo con anticoagulante oral. Inicia hace 18 meses con úlceras por presión en ambos talones de 5 cm de diámetro que afectaban dermis y tejido celular subcutáneo sin afectar fascia muscular. Las condiciones clínicas de la paciente obligaban a que permaneciera en cama la mayor parte del día. Mediante cuidados generales para las heridas se logró la remisión completa de la úlcera en talón izquierdo. Sin embargo hace 8 meses la úlcera del talón derecho presentó eritema y exudado purulento, por lo que se intensificó asepsia de la herida y se inició manejo con dicloxacilina y clindamicina, de manera empírica, con aparente mejoría del cuadro llegando a disminuir la úlcera hasta 2 cm de diámetro. Recientemente presentó secreción purulenta, eritema y dolor en la regional del talón derecho, por lo que se decide tomar muestra para cultivo. Se aisló e identificó *Kocuria kristinae* y *Staphylococcus lugdunensis* mediante el equipo automatizado VITEK® 2 bioMérieux. La sensibilidad a las dos cepas mostró que el *Staphylococcus lugdunensis* presentó una sensibilidad del 100% a los antibióticos probados (incluyendo clindamicina), mientras que *Kocuria kristinae* presentó resistencia a clindamicina y azitromicina. Posteriormente se inició manejo con moxifloxacino. Actualmente la paciente presenta evolución favorable con un cierre casi total de la úlcera.

Discusión:

El VITEK® 2 es un equipo confiable para la identificación de estos microorganismos, *Kocuria kristinae* se consideró como agente etiológico en este caso clínico debido a la resistencia que presentó frente a clindamicina y azitromicina, y a los factores predisponentes de la paciente, así como a la evolución favorable que confirman la certeza en el diagnóstico y tratamiento.