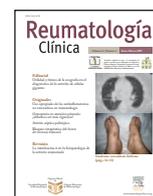




Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Carta al Director

Artritis séptica por *Staphylococcus lugdunensis*

Septic arthritis caused by *Staphylococcus lugdunensis*

Sr. Director:

Presentamos un caso de artritis infecciosa por *Staphylococcus lugdunensis*, tras artrocentesis, en un paciente con artropatía psoriásica en tratamiento con anti-TNF. El interés de este caso radica en la infrecuencia de este germen; en nuestro conocimiento es el primer caso descrito de infección articular por *S. lugdunensis* tras este procedimiento.

Varón de 41 años con antecedentes personales de artritis psoriásica en tratamiento con etanercept 25 mg dos veces por semana y deflazacort 6 mg/24 h. Ingresó por síndrome febril de 48 h de evolución junto con dolor, tumefacción e impotencia funcional de rodilla derecha. La semana previa a la hospitalización se le realizó artrocentesis e infiltración intraarticular de 1 ml de acetónido de triamcinolona.

A su ingreso presentaba fiebre de 38 °C, sin repercusión sistémica. La exploración física reveló lesiones eritematodescamativas en el tronco y las extremidades inferiores y signos de artritis en la rodilla derecha, sin otros hallazgos físicos de interés. Posteriormente se procedió a la realización de artrocentesis, que obtuvo 30 ml de líquido articular purulento. Se enviaron muestras para estudio bioquímico, microbiológico y de microcristales.

Las pruebas complementarias: hemograma, bioquímica básica, estudio de coagulación y radiografía de tórax, resultaron normales. Destacó una velocidad de sedimentación globular de 40 mm/h y una proteína C reactiva de 52,9 mg/l. La radiografía simple presentó un pinzamiento asimétrico de la interlínea articular con aumento de partes blandas.

Ante la sospecha de artritis séptica tras la infiltración, se suspendió el tratamiento con etanercept y se inició antibioterapia empírica con cloxacilina intravenosa 2 g/6 h y ceftriaxona intravenosa 2 g/24 h.

El análisis bioquímico del líquido articular presentó más de 50.000 células, con un 98% de polimorfonucleares y escasez de glucosa. No se objetivaron microcristales al microscopio óptico de luz polarizada. El estudio microbiológico reveló estafilococo coagulasa negativo (ECN), *S. lugdunensis* resistente a betalactámicos y sensible a macrólidos y quinolonas.

Tras la identificación del germen y según antibiograma, se inició tratamiento con ciprofloxacino intravenoso 400 mg/12 h y rifampicina oral 600 mg/24 h durante 4 semanas, con artrocentesis diarias y lavados articulares. La ecocardiografía y los hemocultivos seriados resultaron negativos.

A pesar de la mejoría clínica del paciente y la negativización de los cultivos tras el inicio de la antibioterapia dirigida, la evolución de la artritis no fue satisfactoria, con importante tabicación del derrame, que precisó drenaje quirúrgico con sinovectomía total a cielo abierto. Al alta el paciente se encontraba asintomático, pendiente de artroplastia total de la rodilla derecha.

S. lugdunensis fue descrito en 1988 por Freney et al¹; es un ECN similar a *S. aureus*. Su incidencia ha aumentado en los últimos años gracias a su correcta identificación microbiológica. Forma parte de la flora bacteriana cutánea y se lo aísla con mayor frecuencia en el área perineal². Causa infecciones de piel y tejidos blandos, aunque también se han comunicado casos de endocarditis sobre válvulas nativas, abscesos mamarios, osteomielitis, etc.^{3,4}. Está relacionado con infecciones recidivantes de prótesis articulares y tras procedimientos como la artroscopia⁵⁻⁸.

S. lugdunensis causa fundamentalmente infecciones en pacientes inmunodeficientes^{3,4}. Entre sus factores de virulencia, destaca la capacidad de unión a la matriz proteica extracelular, la fibronectina y el fibrinógeno. Al igual que *S. aureus*, produce limo que facilita las infecciones periprotésicas y dificulta la penetración de los antibióticos, lo que explica la tendencia a recidivar de estas infecciones⁵.

Para su identificación existen pruebas bioquímicas que permiten diferenciarlo del resto de los ECN, como son la ornitina descarboxilasa, la prueba de la pirrodilamidasasa y la prueba de la acidificación de la manosa.

La sensibilidad de los ECN a los antibióticos depende de la especie y de la procedencia hospitalaria o extrahospitalaria de la cepa. *S. lugdunensis* muestra sensibilidad a todos los grupos de antibióticos utilizados en el tratamiento de las infecciones estafilocócicas, incluidas las penicilinas⁹. En nuestro medio, *S. lugdunensis* presenta una buena sensibilidad a los betalactámicos; las cepas productoras de betalactamasas se encuentran en un 4 frente a un 29% de las cepas productoras de betalactamasas en el medio americano¹⁰. Se ha comunicado la existencia de aislamientos resistentes a macrólidos y a las fluorquinolonas.

Ante el aislamiento de un ECN y en particular *S. lugdunensis*, debemos estar alerta por su acción como germen patógeno de características agresivas en el paciente inmunodeficiente. El interés de este caso radica en la infrecuencia de este germen, en el patrón de resistencia a betalactámicos y en la evolución hacia el deterioro articular precisando finalmente la artroplastia total de rodilla.

Bibliografía

1. Freney J, Brun Y, Bes M, Meugnier H, Grimont F, Grimond P, et al. *Staphylococcus lugdunensis* sp. nov. and *Staphylococcus schleiferi* sp. nov., two species from human clinical specimens. *Int J Syst Bacteriol*. 1988;38:168-72.
2. Van der Mee-Marquet N, Achard A, Mereguetti L, Danton A, Minier M, Quentin R. *Staphylococcus lugdunensis* infections: high frequency of inguinal area carriage. *J Clin Microbiol*. 2003;41:1404-9.
3. Ros MJ, Ramirez A, Arteaga E, Alberto C, Gil J, Reina J. Infection by [*Staphylococcus lugdunensis*: clinico-microbiologic characterization of 25 cases]. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1999;17:223-6.
4. Sánchez P, Buezas V, Maestre JR. Infección por *Staphylococcus lugdunensis*: Presentación de trece casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:475-8.
5. Losada I, Moure R, Freire M, Graña G. Artritis séptica recidivante por *Staphylococcus lugdunensis* sobre prótesis de rodilla. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2003;21:214.
6. Weightman NC, Allerton KE, France J. Bone and prosthetic joint infection with *Staphylococcus lugdunensis*. *J Infect*. 2000;40:98-9.
7. Mei-Dan O, Mann G, Steinbacher G, Ballester SJ, Cugat RB, Alvarez PD. Septic arthritis with *Staphylococcus lugdunensis* following arthroscopic ACL revision with BPTB allograft. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2008;16:15-8.
8. Hernández JL, Calvo J, Antolinez, Gutiérrez- Rubio, Fariñas Carpos. Artritis séptica por *Staphylococcus lugdunensis*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:414.
9. Mateo M, Maestre JR, Aguilar L, Catini F. Genotypic versus phenotypic characterization with respect to susceptibility and identification of 17 clinical isolates osteofit to *Staphylococcus lugdunensis*. *J Antimicrob Chemother*. 2005;56:287-91.
10. Kragstbjerg P, Bomfim-Loogna J, Tornqvist E, Soderquist B. Development of antimicrobial resistance in *Staphylococcus lugdunensis* during treatment-report of a case of bacterial arthritis, vertebral osteomyelitis and infective endocarditis. *Clin Microbiol Infect*. 2000;6:496-9.

María Lisbona Muñoz^{a,*}, Manuel Anaya Rojas^b,
Clara Aguilera Cros^a y Juan Povedano Gomez^a

^aSección de Reumatología, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España.

^bServicio de Traumatología y Ortopedia, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ma_lisbona@hotmail.com (M. Lisbona Muñoz).