

6. Dupon M, Winnock S, Rogues AM, Janvier G, de Barbeyrac B, Saric J. *Achromobacter xylosoxidans* (*Alcaligenes xylosoxidans* subspecies *xylosoxidans*) bacteremia after liver transplantation. *Intensive Care Med* 1993; 19: 480.
7. Granowitz EV, Keenholz SL. A pseudoepidemic of *Alcaligenes xylosoxidans* attributable to contaminated saline. *Am J Infect Control* 1998; 26: 146-148.

Artritis séptica por *Staphylococcus lugdunensis*

Sr. Director. Los estafilococos coagulasa negativas (ECN) desempeñan hoy en día un importante papel como agentes causales de infecciones en humanos, especialmente en pacientes hospitalizados¹. En la última década el desarrollo de sofisticados métodos microbiológicos ha permitido caracterizar nuevas especies de ECN. *Staphylococcus lugdunensis* ha sido aislado habitualmente en infecciones cutáneas y de tejidos blandos, aunque se han descrito también casos de endocarditis, abscesos mamarios, osteomielitis, peritonitis, linfangitis, bacteriemias e infecciones asociadas a catéter²⁻⁶.

Presentamos el caso de un paciente con una artritis séptica por *S. lugdunensis* tras un procedimiento artroscópico. En nuestro conocimiento es el primer caso descrito en nuestro país y el segundo en la literatura mundial, por lo que nos ha parecido de interés su comunicación.

Un varón de 54 años ingresó en el hospital por presentar dolor y tumefacción en la rodilla izquierda. Diez días antes se había realizado una artroscopia que mostró una rotura del menisco interno de dicha rodilla. Al ingreso su temperatura era de 39°C y existían evidentes signos flogóticos en la rodilla izquierda. El resto de la exploración física no mostró hallazgos significativos. El hemograma y el perfil bioquímico fueron normales. La velocidad de sedimentación globular era de 100 mm/ 1ª hora y la proteína C reactiva de 3,5 mg/dl (normal < 0,3 mg/dl). Las radiografías de la rodilla

no evidenciaron ninguna anomalía ósea, objetivándose únicamente un aumento de densidad de partes blandas. Se realizó una artrocentesis que dio salida a un líquido sinovial turbio. La tinción de Gram no evidenció microorganismos y en el cultivo se detectó el crecimiento de ECN sensibles a la meticilina que fueron identificados como *S. lugdunensis*. La identificación de presunción se realizó mediante el kit Pastorex Staph-Plus (Sanofi Diagnostics Pasteur, Marnes-la-Coquette, France). La identificación bioquímica y el patrón de antibiograma fueron realizados con el sistema de paneles MicroScan (Dade International Inc.; West Sacramento, California, EE.UU.) de acuerdo con los procedimientos recomendados por el fabricante. Los resultados fueron leídos por un equipo MicroScan, Walkaway-96 o autoScan-4. Estos resultados fueron confirmados en sucesivas muestras de líquido sinovial. No se hallaron otros patógenos adicionales. Los hemocultivos extraídos al ingreso fueron estériles. El paciente fue tratado con cloxacilina por vía intravenosa (2 g/4 horas) durante dos semanas. Tras tres días de tratamiento los cultivos de líquido sinovial se negativizaron y el paciente quedó asintomático. No se objetivó recurrencia de la artritis tras dos años de seguimiento.

Los ECN tienen su nicho ecológico en la piel y las superficies mucosas. La distinción entre agente etiológico y flora contaminante representa aún hoy un importante reto para el clínico⁷. En nuestro conocimiento, hasta la fecha solamente se ha comunicado un caso de artritis por *S. lugdunensis*. Al igual que en nuestro paciente, la artritis fue una complicación de un procedimiento artroscópico de rodilla⁸. En un reciente estudio de 4.256 artroscopias de rodilla, se objetivó artritis séptica en el 0,4% de los casos, siendo *S. aureus* el patógeno más frecuentemente implicado. Estos autores observaron que la mayoría de los once pacientes con artritis por ECN presentaron una tinción de Gram negativa, ausencia de leucocitosis y moderados síntomas de infección, como en

nuestro caso⁹.

Aunque tradicionalmente *S. lugdunensis* ha sido considerado como mero agente contaminante con dudosa significación clínica, la relación entre aislamiento e infección está hoy claramente probada¹⁰.

José Luis Hernández, Jorge Calvo^a,
Xabier Antolínez, Francisco
Gutiérrez-Rubio y M. Carmen
Fariñas

Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Departamento de Medicina Interna.
^aServicio de Microbiología. Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla.
Universidad de Cantabria. Santander.

Bibliografía

1. Rupp ME, Archer GL. Coagulase-negative staphylococci: pathogens associated with medical progress. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 231-245.
2. Ortiz de la Tabla V, Gutiérrez-Rodero F, Martín C, Zorraquino A, Belinchón I. *Staphylococcus lugdunensis* as a cause of abscesses in the perineal area. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1996; 15: 405-407.
3. Vandenesch F, Etienne J, Reverdy ME, Eykyn SJ. Endocarditis due to *Staphylococcus lugdunensis*: report of 11 cases and review. *Clin Infect Dis* 1993; 17: 871-876.
4. Waghorn DJ. *Staphylococcus lugdunensis* as a cause of breast abscess. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 814-815.
5. Murdoch DR, Everts RJ, Chambers ST, Cowan IA. Vertebral osteomyelitis due to *Staphylococcus lugdunensis*. *J Clin Microbiol* 1996; 34: 993-994.
6. Herwaldt LA, Geiss M, Kao C, Pfaller MA. The positive predictive value of isolating coagulase-negative staphylococci from blood cultures. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 14-20.
7. Kloos WE, Bannerman TL. Update on clinical significance of coagulase-negative staphylococci. *Clin Microbiol Rev* 1994; 7: 117-140.
8. Palazzo E, Pierre J, Besbes N. *Staphylococcus lugdunensis* arthritis: a complication of arthroscopy. *J Rheum* 1992; 19: 327-328.
9. Armstrong RW, Bolding F, Joseph R. Septic arthritis following arthroscopy: clinical syndromes and analysis of risk factors. *Arthroscopy* 1992; 8: 213-223.
10. Herchline TE, Ayers LW. Occurrence of *Staphylococcus lugdunensis* in consecutive clinical cultures and relationship of isolation to infection. *J Clin Microbiol* 1991; 29: 419-421.