

Artritis séptica recidivante por *Staphylococcus lugdunensis* sobre prótesis de rodilla

Sr. Editor: Recientemente se ha publicado el primer caso¹, en nuestro país, de artritis séptica secundaria a artroscopia por *S. lugdunensis*. Además, están descritos pocos casos de artritis por *S. lugdunensis*²⁻⁴. En nuestro hospital se ha diagnosticado otro caso de artritis recidivante por *S. lugdunensis* y creemos interesante la descripción del caso para poner énfasis en su poder patógeno y en el tratamiento en pacientes portadores de prótesis articulares.

Se trata de un varón de 69 años, con artritis reumatoide evolucionada, portador de una prótesis de rodilla derecha desde agosto de 1996 y con prótesis de cadera derecha y la cadera izquierda desarticulada. Estando a tratamiento con corticoides y ciclosporina el 5 de septiembre de 2001 acudió a la consulta por dolor, aumento de volumen en la rodilla derecha y fiebre de 38 °C. El resto de la exploración no mostró hallazgos significativos, salvo estigmas típicos de artritis reumatoide. En el hemograma destacó anemia y leucocitosis. El ecocardiograma transtorácico no mostró datos indicativos de endocarditis. La gammagrafía corporal con galio mostró un depósito anómalo de trazador en la rodilla derecha compatible con un cuadro infeccioso. Ingresó para tratamiento antibiótico. Se realizó cultivo de líquido sinovial en frascos de hemocultivos (Bact-Alert, Organon). El primer día de incubación ante el crecimiento de estafilococos coagulasa negativos sensibles a todos los antibióticos, se realizó ornitina descarboxilasa (ODC), que fue positiva, y API 32 Staph (Biomérieux) con código 567136600 que confirmó con una probabilidad del 99,9% la identificación de *S. lugdunensis*. La cepa se identificó también mediante paneles MicroScan (Dade Behring), como *S. haemolyticus* (90,39%), *S. hominis* (7,91%), *S. lugdunensis* (1,38%), *S. simulans* (0,31%). Tras negativizarse los cultivos, el paciente fue dado de alta tras un tratamiento de 4 semanas con cloxacilina por vía intravenosa y 2 semanas más con cloxacilina oral. Dos meses más tarde recidivó *S. lugdunensis* en el líquido sinovial. Se procedió entonces al tratamiento con cloxacilina intravenosa y rifampicina oral durante 3 semanas y tras 2 cultivos negativos, el paciente fue dado de alta

con tratamiento ambulatorio con ciprofloxacino y rifampicina orales. Se continuó con el tratamiento antibiótico supresor durante 11 meses. Dos meses más tarde el paciente acudió por tumefacción en la rodilla y estado afebril y en el líquido sinovial de aspecto purulento volvió a aislarse *S. lugdunensis* por lo cual se reinició tratamiento antibiótico con cloxacilina intravenosa durante 10 días y posteriormente se pasó a vía oral con ciprofloxacino y rifampicina. El paciente presentó buena evolución del proceso infeccioso pero presentó una flebitis en la misma pierna que se complicó con un tromboembolismo pulmonar que condicionó su evolución, y finalmente falleció en situación de insuficiencia respiratoria.

S. lugdunensis es una especie de estafilococo coagulasa negativo que se ha relacionado con endocarditis, osteomielitis, artritis, peritonitis, infecciones relacionadas con catéter, sepsis, mastitis no puerperal e infecciones de piel y tejidos blandos⁵. Desde el punto de vista de la identificación, puede ser confundido con *S. aureus*, pero su principal característica es la producción de ODC. Algunos sistemas comerciales no la incluyen entre sus pruebas bioquímicas, por lo cual pueden no identificarlo correctamente⁶, esto ocurrió en nuestro caso cuando se identificó la cepa con paneles de MicroScan (Dade Behring).

Este microorganismo se ha relacionado con implantación de material protésico en la rodilla, y Sampathkumar et al³ afirman que *S. lugdunensis* es más virulento que otros estafilococos coagulasa negativos y que la evolución clínica puede ser semejante a la de *S. aureus*, de ahí la importancia de su correcta identificación. En los pacientes portadores de prótesis articulares el tratamiento de elección es el reemplazamiento de la prótesis junto con antibióticos. En nuestro paciente, debido a la gran morbilidad que supondría el recambio de la prótesis, por otra parte estable, se decidió un tratamiento crónico con rifampicina y ciprofloxacino. Este tratamiento está indicado cuando el implante es estable, la duración de la infección es corta, se ha realizado desbridamiento inicial y el paciente tolera el tratamiento prolongado⁷. Segreti et al⁸ también afirman que el tratamiento prolongado antibiótico es una alternativa a la cirugía, pero refieren que la duración óptima del tratamiento antibiótico es desconocida. En nuestro paciente, el tratamiento, que inicialmente se

programó para 6 meses, se prolongó durante 11 meses y finalmente se suspendió por falta de adherencia al tratamiento por parte del paciente y porque los cultivos de control de líquido sinovial fueron negativos, lo cual condicionó una nueva recidiva de la artritis por *S. lugdunensis*.

A la vista del caso descrito consideramos que en una muestra de líquido sinovial ante el crecimiento de estafilococos coagulasa negativos sensibles a todos los antibióticos, la ODC es un buen método de cribado para detección de *S. lugdunensis*⁶ y la galería API 32 Staph (bioMérieux) un buen método de identificación^{6,9}. En pacientes con prótesis articulares estables infectadas por *S. lugdunensis* y que no puedan ser reemplazadas, el tratamiento antibiótico supresor constituye una alternativa a la intervención quirúrgica aunque hay que tener en cuenta que si se retira el tratamiento *S. lugdunensis* vuelve a recurrir, por lo cual consideramos que el tratamiento antibiótico supresor debe ser indefinido.

Isabel Losada^a, Rita Moure^a,
Mercedes Freire^b y Genaro Graña^b

Servicios de ^aMicrobiología y de
^bReumatología. Complejo Hospitalario
Universitario Juan Canalejo.
A Coruña. España.

Bibliografía

- Hernández JL, Calvo J, Antolínez X, Gutiérrez-Rubio F, Fariñas C. Artritis séptica por *Staphylococcus lugdunensis*. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:414.
- Weightman NC, Allerton KE, France J. Bone and prosthetic joint infection with *Staphylococcus lugdunensis*. *J Infect* 2000;40:98-9.
- Sampathkumar P, Osmon DR, Cockerill FR. Prosthetic joint infection due to *Staphylococcus lugdunensis*. *Mayo Clin Proc* 2000;75:511-2.
- Palazzo E, Pierre J, Besbes N. *Staphylococcus lugdunensis* arthritis: A complication of arthroscopy. *J Rheumatol* 1992;19:327-8.
- Sánchez P, Buevas V, Maestre JR. Infección por *Staphylococcus lugdunensis*: presentación de trece casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19:475-8.
- Verdaguer R. *Staphylococcus lugdunensis*. *Boletín de Control de Calidad SEIMC* 2000;12: 13-7.
- Zimmerli W, Widmer AF, Blatter M, Frei R, Ochsner PE. Role of rifampin for treatment of orthopedic implant related staphylococcal infections. A randomized controlled trial. *JAMA* 1998;279:1537-41.
- Segreti J, Nelson JA, Trenholme GM. Prolonged suppressive antibiotic therapy for infected orthopedic prostheses. *Clin Infect Dis* 1998;27: 711-3.
- Ros MJ, Ramírez A, Arteaga E, Alberto C, Gil J, Reina J. Infección por *Staphylococcus lugdunensis*: caracterización clinicomicrobiológica de 25 casos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999;17: 223-6.