

## Endocarditis por *Micrococcus luteus*

**Sr. Editor:** Las distintas especies del género *Micrococcus* se encuentran formando parte de la flora normal de la piel del hombre. Cuando se aíslan en muestras clínicas, con frecuencia se consideran contaminantes del ambiente, de la piel, o de la superficie de las mucosas<sup>1</sup>, aunque excepcionalmente pueden causar infecciones como endocarditis o bacteriemia en huéspedes susceptibles.

Se presenta un caso de endocarditis bacteriana por *M. luteus* en un paciente portador de válvula aórtica protésica. Se trata de un varón de 52 años de edad, con antecedentes de colitis ulcerosa de mala evolución (varios episodios de rectorragia que requirieron ingreso hospitalario), portador de válvula aórtica protésica desde hace 10 años por enfermedad reumática, con tratamiento anticoagulante asociado. Es remitido al servicio de urgencias de nuestro hospital por el médico de atención primaria con un cuadro febril (de hasta 40 °C) de 5 días de evolución, acompañado de escalofríos y artromialgias generalizadas, ligera disuria y disnea de esfuerzo con ortopnea, asociadas a dolor torácico que empeora con la inspiración profunda. No había mejorado con antitérmicos y tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 h v.o. En la exploración física de ingreso el paciente presentaba regular estado general, sudación profusa, presión arterial de 100/70 mmHg, temperatura axilar de 38 °C, frecuencia respiratoria de 28 resp./min, frecuencia cardíaca de 80 ppm, con auscultación de tonos ritmicos y click protésico. A la auscultación pulmonar presentaba murmullo vesicular conservado, con crepitantes en ambas bases. Edemas en miembros inferiores y puñoperCUSión lumbar no dolorosa. Tacto rectal con próstata congestiva, dolorosa a la palpación. Hemograma: 16.000 leucocitos (87% segmentados); Hb, 8,6 g/dl; Htc, 27%; VCM, 71 fl; INR, 8,44. Sedimento: bacteriuria intensa; proteínas, 400 mg/dl; hemoglobinuria, y 5-10 hematíes por campo. Radiografía de tórax: cardiomegalia sin signos de edema. ECG: ritmo sinusal; BIRIHH. Se

inició tratamiento con ciprofloxacino 200 mg i.v./12 h por sospecha de prostatitis aguda y se suspendió el tratamiento anticoagulante por el cuadro de anemia que presentaba el paciente. Se solicitó un urocultivo (que fue negativo) y tres hemocultivos seriados, así como ecocardiografía transesofágica.

Los primeros 3 días tras el ingreso, el paciente presentó fiebre de hasta 39 °C, por lo que se solicitaron nuevos hemocultivos. Al cuarto día remitió la fiebre pero persistían molestias difusas epigástricas y episodios de ortopnea. En los días sucesivos fue apareciendo hipotensión arterial y anemia progresiva que hizo necesaria la transfusión de dos concentrados de hemáties. De la primera serie de hemocultivos se aisló, tras 3 días de incubación, *Micrococcus* spp. en los tres frascos aerobios (procesados por el sistema BacTAlert de Organon Teknika). Dos días después se aisló el mismo germe en dos frascos aerobios de la segunda serie de hemocultivos, por lo que se realizó una identificación más precisa con ApiStaph (BioMérieux), tratándose de la especie *M. luteus*. Al realizarse la ecocardiografía transesofágica se observó vegetación en válvula protésica, prótesis obstructiva e insuficiencia mitral por probable perforación. La evolución posterior fue de rápido y grave deterioro de su estado general, con presión arterial de 70/40 mmHg, disnea súbita, sudoración profusa, soplo sistólico en foco mitral IV/V y ausencia de pulsos periféricos, por lo que ingresó en UCI, donde se realizaron las maniobras de reanimación, se colocó marcapasos transitorio por bradicardia con pausas de asistolia y se inició tratamiento con tobramicina, cefotaxima y metronidazol, pero el paciente falleció por endocarditis aguda y shock cardiogénico refractario.

*Micrococcus* crece bien en agar sangre tras 48 h de incubación en aerobiosis (son aerobios estrechos). Las colonias miden de 1 a 2 mm de diámetro, tienen un aspecto mate y son muy convexas con bordes enteros. Algunas especies pueden producir pigmento (colonias amarillas: *M. luteus*). Son cocos grampositivos, de frecuente disposición en tetradas, catalasa positivos, que se diferencian de las especies de *Staphylococcus* por su incapacidad de producir ácido a partir de la glucosa en anaerobiosis, su resistencia a lisostafina y a furazolidona, sensibilidad a bacitracina y positividad en la prueba de la oxidasa modificada<sup>2</sup>. De las nueve especies que tradicionalmente formaban parte del género

*Micrococcus*, tras los análisis de secuencias de ARN ribosomal 16S (realizados en 1995 por Stackebrandt et al), actualmente sólo se incluyen *M. lylae* y *M. luteus*.

Hemos realizado una revisión bibliográfica del papel de *M. luteus* como causa de patología humana y apenas existen publicaciones al respecto (Medline, años 1991 a 2001). En lo referente a aislamientos en sangre se han encontrado 3 casos de bacteriemia<sup>3</sup> (uno de ellos relacionado con abscesos hepáticos múltiples<sup>4</sup> y otro en paciente portador de catéter<sup>5</sup>) y 2 casos de endocarditis sobre válvula protésica<sup>6,7</sup>. Aunque *Micrococcus* se considera habitualmente una especie contaminante es importante tener en cuenta su posible implicación como patógeno en el ser humano, sobre todo si es aislado en diferentes series de hemocultivos y, como en nuestro caso, aparece en un paciente con prótesis valvular.

Jordi Usó<sup>a</sup>, María Gil<sup>b</sup>, Bárbara Gomila<sup>b</sup> y M.<sup>a</sup> Dolores Tirado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Sección de Enfermedades Infecciosas.  
<sup>b</sup>Servicio de Microbiología. Hospital General de Castellón. España.

## Bibliografía

- Koneman EW, Allen SD, Janda WM, Schreckenberger PC, Winn WC. Diagnóstico Microbiológico, 5<sup>a</sup> ed. Médica Panamericana, 1999; 528-9.
- Balows A, Hausler WJ, Herrmann KL, Isenberg HD, Shadomy HJ. Manual of clinical microbiology, 5<sup>th</sup> ed. 1991;222-3.
- VonEiff C, Kuhn N, Herrmann M, Weber S, Peters G. *Micrococcus luteus* as a cause of recurrent bacteremia. Pediatr Infect Dis J 1996; 15:711-3.
- Andreopoulos T, Papanikolaou G, Politou M, Konstanlopoulos K, Stefanou J, Loukopoulos D. *Micrococcus luteus*: A putative cause of hepatic abscess? Panminerva Med 2000;42:231-2.
- Peces R, Gago E, Tejada F, Laures AS, Álvarez-Grande J. Relapsing bacteraemia due to *Micrococcus luteus* in a haemodialysis patient with a Perm-Cath catheter. Nephrol Dial Transplant 1997;12:2428-9.
- Durst UN, Bruder E, Egloff L, Wust J, Schneider J, Hirzel HO. *Micrococcus luteus*: A rare pathogen of valve prosthesis endocarditis. Z Kardiol 1991;80:294-8.
- Seifert H, Kalttheuner M, Perdreau-Remington F. *Micrococcus luteus* endocarditis: Case report and review of the literature. Zentralbl Bakteriol 1995;282:431-5.