



Figura 2 RM de tobillo, secuencia STIR (supresión grasa) en plano sagital. Se aprecia bursitis retroaquilea, engrosamiento del tendón de Aquiles con rotura parcial (flecha) y edema óseo en el calcáneo.

varios criterios de medida para diagnosticarla, el método más usado es el de las líneas de inclinación paralelas (*parallel pitch lines*, PPL). Consiste en trazar una línea tangente a la superficie inferior del calcáneo, y otra paralela a ésta en la cara superior, a la altura del punto más alto de la cara posterior de la superficie de la articulación subastragalina³. Si la tuberosidad supera esta línea se puede considerar deformidad de Haglund².

El síndrome de Haglund produce una sintomatología orientativa, con un característico aumento de partes blandas en el talón, dolor focal en la inserción del tendón de Aquiles y dorsiflexión dolorosa del pie.

Habitualmente el estudio radiológico comienza y termina con la radiografía lateral de tobillo, sobre todo si se aprecia una deformidad de Haglund y alteración en la grasa de Kager. La RM se suele reservar para casos que no mejoran con el reposo o dudosos.

El hallazgo clásico es la tríada tendinitis aquilea, bursitis retrocalcánea y deformidad de Haglund. También se puede apreciar líquido en la bursa retroaquilea. El tendón de Aquiles está engrosado en su inserción y su afectación puede incluir la degeneración mucosa o la rotura parcial. Como tendinitis insercional, no es raro apreciar edema óseo en la región posterior del calcáneo⁵. Nuestro caso tiene la particularidad de presentar una erosión en la cortical de la región posterosuperior del calcáneo, descrita en casos de bursitis retrocalcánea de largo tiempo de evolución⁴.

En el diagnóstico diferencial se debe incluir la xantomatosis (produce un engrosamiento parecido del tendón de Aquiles), algunas entesitis (como el síndrome de Reiter), y las artritis gotosa y reumatoide, que pueden provocar un aumento de partes blandas similar.

Este cuadro suele ceder con el tratamiento médico conservador. Si a los 6 meses no lo ha hecho, se plantea el tratamiento quirúrgico. Éste consiste en un procedimiento abierto, mediante el cual se retira la bursa retrocalcánea y

se reseca la deformidad de Haglund. El resultado suele ser bueno en la gran mayoría de los casos⁴.

Bibliografía

1. Lee JC, Calder JC, Healy JC. Posterior impingement syndromes of the ankle. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2008;12:154-69.
2. Schweitzer ME, Karasick D. MR imaging of disorders of the Achilles tendon. *AJR Am J Roentgenol.* 2000;175:613-25.
3. Pavlov H, Heneghan MA, Hersh A, Goldman AB, Vigorita V. The Haglund syndrome: initial and differential diagnosis. *Radiology.* 1982;144:83-8.
4. Frey C. Surgical advancements: arthroscopic alternatives to open procedures: great toe, subtalar joint, Haglund's deformity, and tendoscopy. *Foot Ankle Clin.* 2009;14:313-39.
5. Rosenberg ZS, Beltran J, Bencardino JT. MR imaging of the ankle and foot. *Radiographics.* 2000;20:S153-79.

A. Sierra-Solís^{a,*}, A.I. Romero-López^a
y J.L. Martín-Rodrigo^b

^a Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España

^b Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albersierra@hotmail.com

(A. Sierra-Solís).

doi:10.1016/j.semrg.2011.08.001

Aislamientos por *Staphylococcus lugdunensis*. ¿Patógeno o contaminante en pacientes oncohematológicos?

Isolation by *Staphylococcus lugdunensis*. Pathogens or contaminants in haematology-oncology patients?

Sr. Director:

Los estafilococos coagulasa negativos han sido considerados generalmente contaminantes de probable origen cutáneo^{1,2}, pero su significado clínico en pacientes inmunodeprimidos presenta ciertas dudas⁴. *Staphylococcus lugdunensis* fue descrito por Freney et al.² en 1988. Término derivado de Lugdunum, nombre latino de Lyon, donde fue aislado por primera vez. Su incidencia en procesos patológicos ha adquirido un notable aumento³, derivado de la utilización de sistemas comerciales de identificación de estafilococos y sistemas de identificación semiautomáticos, cuyos paneles tienen incorporado 2 pruebas fundamentales para su identificación como son la producción de ornitina descarboxilasa (ODC) y la prueba de pirrolidonil-arilamidasa (PYR). Su patogenicidad fue demostrada en modelos experimentales⁵, así como su carácter destructivo en válvulas cardíacas nativas, asociada a la posibilidad de creación de abscesos con una mortalidad elevada. La identificación microbiológica más habitual se lleva a cabo mediante cultivos en agar sangre, con un periodo de incubación de 18-24 h, dando

una expresión fenotípica mediante colonias heterogéneas, de diversos tamaños y expresión de β -hemólisis. Se presentan como colonias blanco-amarillentas, cremosas y un pequeño halo de β -hemólisis, catalasa positivo, presencia de *clumping-factor* en un 60% de los casos, ODC positivo y PYR positiva.

Nuestro objetivo fue analizar durante el primer trimestre de 2010 en nuestro hospital, el número de aislados por *S. lugdunensis* procedentes de pacientes inmunodeprimidos que presentaron fiebre ($\geq 38^\circ\text{C}$) sin otro aislamiento a considerar.

Se realizó un estudio retrospectivo de aislados de *S. lugdunensis*, procedentes de múltiples localizaciones, mediante cultivos en agar sangre y agar chocolate (bioMérieux) y lectura de los cultivos a las 24 h a 37°C con 5% de CO_2 . Su identificación se llevó a cabo mediante el sistema semiautomático MicroScan® de Siemens y su lectura se realizó a las 24 h.

Se aislaron 3 cepas de *S. lugdunensis*. Una cepa procedente de un paciente externalizado del servicio de hematología, y 2 cepas en pacientes ingresados en la planta de cirugía. Dos de los aislados procedían de catéter y uno de exudado de herida purulento (ingresado en cirugía). En todos y cada uno de los pacientes se objetivó un único aislado y cuadros febriles asociados, que remitieron al poco tiempo de iniciar la antibioterapia.

Los 3 aislados presentaron patrones de sensibilidad adecuados para ser considerados sensibles a todos los betalactámicos, aminoglucósidos, macrólidos, quinolonas y glucopéptidos, salvo una cepa procedente de catéter, que presentó una penicilinasa (R ampicilina, CIM = $8\text{ }\mu\text{g/ml}$ y R penicilina, CMI $> 8\text{ }\mu\text{g/ml}$). Los 3 aislamientos fueron negativos al cribado de cefoxitina (CIM $\leq 4\text{ }\mu\text{g/ml}$).

Como conclusión, los aislamientos por *S. lugdunensis* deben considerarse, a priori, patógenos potencialmente desencadenantes de cuadros febriles en pacientes inmunodeprimidos.

Los patrones de sensibilidad que presentan no son preocupantes, aunque debemos considerar la presencia de penicilinasas como desencadenantes de resistencias múltiples a la penicilina y ampicilina.

Bibliografía

1. Böcher S, Tonning B, Skov RL, Prag J. *Staphylococcus lugdunensis*, a common cause of skin and soft tissue infections in the community. J Clin Microbiol. 2009;47:946–50.
2. Freney J, Brun Y, Bès M, Meugnier H, Grimont F, Grimont PA, 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.
3. Herchline TE, Ayers LW. Occurrence of *Staphylococcus lugdunensis* in consecutive clinical cultures and relationship of isolation to infection. J Clin Microbiol. 1991;29:419–21.
4. Hubiche T, Del Giudice P, Roudière L. *Staphylococcus lugdunensis* in skin infections: pathogen or colonizing bacterium? J Clin Microbiol. 2009;47:3057.
5. Lambe DW, fergguson KP, Keplinger JL, Gemmell CG, Kalbfleisch JH. Pathogenicity of *Staphylococcus lugdunensis*, *Staphylococcus schleiferi*, and three other coagulase-negative staphylococci in a mouse model and possible virulence factors. Can J Microbiol. 1990;36:455–63.

T. García-Lozano*
y E. Aznar Oroval

Laboratorio de Análisis Clínicos y Microbiología, Fundación Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: tglmicro@gmail.com
(T. García-Lozano).
doi:10.1016/j.semerg.2011.07.009