



I-197 - EL ESTAFILOCOCO *LUGDUNENSIS*: UN LOBO CON PIEL DE CORDERO

M. Aparicio López¹, A. García Vallina¹, M. Ballesteros Solares¹, L. Sánchez Suárez¹, M. Tejero Delgado¹, A. García Morán¹, G. Viejo de la Guerra², N. Solís Marquín¹

¹Medicina Interna, ²Laboratorio de Microbiología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Resumen

Objetivos: El estafilococo *lugdunensis* es un estafilococo coagulasa negativo diferente a otros de su mismo grupo, ya que presenta un comportamiento más agresivo que en ocasiones se ha comparado con el del estafilococo aureus por su gran virulencia y su capacidad para producir infecciones graves y asociadas a una elevada mortalidad. Nuestro objetivo fue analizar su comportamiento en las infecciones asociadas a él en nuestro hospital y determinar los factores que pueden influir en la evolución del paciente y su morbimortalidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado entre enero de 2006 y diciembre de 2015 en el que se revisaron todos los pacientes que tenían al menos un hemocultivo en el que se hubiera aislado un estafilococo *lugdunensis*. De ellos, se seleccionaron todos los casos en los que el diagnóstico fuera de endocarditis, infección asociada a marcapasos, fiebre/shock de origen no filiado o infección de piel o partes blandas, así como aquellos casos en los que el germen fuera aislado en dos o más hemocultivos, no acompañado de otros gérmenes que fueran más compatibles con la clínica. La información se obtuvo de los registros del laboratorio de Microbiología y de la historia clínica. Los datos se analizaron mediante el sistema informático SPSS.

Resultados: Durante el periodo a estudio se obtuvieron 52 hemocultivos positivos para el germen, de los cuales 48, pertenecientes a 13 pacientes, cumplían las características del estudio. De ellos, 4 casos (30,8%) fueron detectados durante el último año. Casi la mitad de las infecciones estaban asociadas al ámbito hospitalario. De los 13 pacientes, tres presentaban una patología cutánea (brucelosis, varicela y úlcera cutánea de larga evolución), que inicialmente evolucionó bien con el tratamiento habitual. El paciente que presentaba la úlcera, en el que se registraron 6/6 hemocultivos positivos para el estafilococo *lugdunensis* sin otros contaminantes, reingresó y tuvo una evolución tórpida pese al tratamiento dirigido. Dos de los pacientes presentaron una endocarditis, que fue tratada con cloxacilina y un aminoglucósido, con buena evolución. Dos de los pacientes presentaron una infección asociada a marcapasos, y ambos precisaron recambio del dispositivo y fueron tratados con vancomicina y un aminoglucósido, con buena evolución. Uno de los pacientes presentó una artritis séptica, con recidiva en varias ocasiones pese a tratamiento dirigido. En cuanto al resto de pacientes, dos habían acudido por patología respiratoria (en un caso, de origen embólico), uno presentaba una infección urinaria en la que no se aislaron otros gérmenes y dos un shock de origen no filiado, de los cuales uno, de origen nosocomial, fue exitus a las pocas horas. La sensibilidad a oxacilina fue testada en 14 pacientes (56%), siendo en todos ellos sensible. La sensibilidad a penicilina únicamente en 4 casos, siendo también en todos sensible. Todos los pacientes salvo dos (el

paciente de la brucelosis y el de la varicela) presentaban al menos un factor de riesgo para infección por estafilococo *lugdunensis*.

*Discusión:*El estafilococo *lugdunensis*, descrito en 1988, ha cobrado una especial importancia en los últimos años al detectarse su asociación con un amplio rango de infecciones, de curso agresivo en ausencia de un tratamiento adecuado. No obstante, la mayoría de las cepas son sensibles a un gran número de antimicrobianos, lo que hace que la evolución, al menos en nuestro medio, sea favorable si se instaura un tratamiento precoz y el foco de la infección es accesible a los fármacos o se puede retirar quirúrgicamente el dispositivo implicado.

*Conclusiones:*El estafilococo *lugdunensis* se asocia con relativa frecuencia a infecciones en dispositivos intravasculares, así como articulares y de partes blandas. Hay que instaurar un tratamiento precoz tan pronto como se tenga sospecha del germen, más agresivo si la localización es poco accesible a fármacos. Se debe prestar especial atención a los pacientes con factores de riesgo y recordar la importancia de la endocarditis asociada a este germen.