

Espondilodiscitis por “*Staphylococcus lugdunensis*”

Spondylodiscitis caused by “Staphylococcus lugdunensis”

Ricardo Fernández Rodríguez, Ignacio Soto Iglesias, Rocío del Carmen Gómez Fernández, María Bustillo Casado, Pedro Prieto Casal*, Ovidio Fernández Álvarez

Servicio de Medicina Interna - Enfermedades Infecciosas. Servicio de Radiología*. Hospital Cristal. Complejo Hospitalario de Ourense

Staphylococcus lugdunensis es un estafilococo coagulasa negativo (SCN) descrito por primera vez en 1988 en la ciudad de Lyon. Es comensal de la piel, en especial en la zona perineal, y actualmente es reconocido como patógeno en un amplio espectro de infecciones: endocarditis, sepsis/bacteriemias, infecciones asociadas a catéter y a prótesis intravasculares, infecciones de piel y tejidos blandos, mastitis, artritis y osteomielitis, infecciones urinarias, infecciones del sistema nervioso central, peritonitis asociadas a diálisis, endoftalmítis postquirúrgicas y conjuntivitis, otitis, ... entre otras. En todas ellas *S. lugdunensis* es una etiología infrecuente, a menudo de adquisición nosocomial y relacionado con estados de inmunodepresión, aunque también puede ser responsable de infecciones comunitarias y en individuos sanos^{1,3}. Las infecciones que causa se asemejan más a las producidas por *S. aureus* que a las ocasionadas por otros SCN; destaca el curso agresivo de las endocarditis que a menudo requieren tratamiento quirúrgico^{4,5}. Son excepcionales los casos de infecciones óseas o articulares por *S. lugdunensis*; presentamos una espondilodiscitis por este germen en una paciente previamente sana.

Mujer de 54 años que consulta por lumbalgia de 1 mes de evolución. No refería síndrome constitucional ni sensación febril. Exploración: Tª 37°C, auscultación cardíaca normal, existía dolor a la presión en apófisis espinosa de L3 y L4. La exploración neurológica era normal. PPD (+) 18 mm. Hemograma: 4600 leucocitos /µl, Hb 12,2 g/dl, VSG 25 mm. Rx de Tórax: normal. Rx de columna: rectificación lumbar sin otras anomalías. RMN lumbar (FIG 1): Hallazgos sugestivos de espondilodiscitis con irregularidad de los platillos vertebrales, alteración de la señal de la esponjosa ósea en L3 y L4, e hiperseñal en T2 del disco intervertebral. Hemocultivos y urocultivo: negativos. Serología a Brucella: negativa. Se procedió a punción-biopsia discal percutánea guiada por TAC. En la extensión de la muestra se observaron polimorfonucleares y cocos Gram (+); se cultivó *S. lugdunensis* sensible a ciprofloxacino, gentamicina, rifampicina, eritromicina, linezolid y glicopéptidos, resistente a cloxacilina y amoxicilina-clavulánico. En el estudio anatomopatológico no había granulomas. La tinción de auramina fue negativa y el cultivo de Lowenstein resultó negativo a las seis semanas. Se realizó ecocardiograma transtorácico que fue normal. Se indicó tratamiento con levofloxacino 500 mg vía oral / 24 h y

Figura 1: RM con secuencias sagitales ponderadas T1 (a) y T2 (b): Hallazgos sugestivos de espondilodiscitis con irregularidad de los platillos vertebrales, alteración de la señal de la esponjosa ósea e hiperseñal en T2 del disco intervertebral.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPECTRACEF 200 mg comprimidos recubiertos con película. SPECTRACEF 400 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA:** SPECTRACEF 200 mg comprimidos recubiertos con película: Cada comprimido recubierto con película contiene 200 mg de cefditoren, correspondientes a 245,1 mg de cefditoren pivoxilo. **SPECTRACEF 400 mg comprimidos recubiertos con película:** Cada comprimido recubierto con película contiene 400 mg de cefditoren, correspondientes a 490,2 mg de cefditoren pivoxilo. **Excipientes:** Núcleo: Caseinato de sodio, croscarmelosa de sodio, manitol E421, tripolifosfato de sodio, estearato de magnesio. Cubierta: Opadry Y-1-7000 (hipromelosa, dióxido de titanio E171, macrogol 400) y cera carnauba. **Tinta de impresión OPACODE S-1-20986 azul** (goma de barniz, laca azul brillante, dióxido de titanio E171, propilenglicol, solución concentrada de amoníaco). **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido recubierto con película. Comprimido blanco de forma elíptica impreso por una cara con el logotipo "TMF" en tinta azul. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** SPECTRACEF está indicado en el tratamiento de las siguientes infecciones producidas por microorganismos sensibles (ver apartado 5.1. Propiedades farmacodinámicas): Faringoamigdalitis aguda. Sinusitis maxilar aguda. Exacerbación aguda de bronquitis crónica. Neumonía adquirida en la comunidad, leve a moderada. Infecciones no complicadas de piel y tejidos blandos, tales como celulitis, heridas infectadas, abscesos, foliculitis, impétigo y forunculosis. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración:** La pauta posológica recomendada está en función de la gravedad de la infección y el estado basal del paciente, así como de los microorganismos potencialmente implicados. **Forma de administración:** Los comprimidos deben ingerirse enteros, con una cantidad suficiente de agua. Los comprimidos deben ser administrados con comidas. **Posología: Adultos y adolescentes (mayores de 12 años):** Faringoamigdalitis aguda: 200 mg de cefditoren cada 12 horas durante 10 días. Sinusitis maxilar aguda: 200 mg de cefditoren cada 12 horas durante 10 días. Exacerbación aguda de bronquitis crónica: 200 mg de cefditoren cada 12 horas durante 5 días. Neumonía adquirida en la comunidad: En casos leves: 200 mg de cefditoren cada 12 horas durante 14 días. En casos moderados: 400 mg de cefditoren cada 12 horas durante 14 días. Infecciones no complicadas de piel y tejidos blandos: 200 mg cada 12 horas durante 10 días. **Niños menores de 12 años:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de SPECTRACEF en pacientes menores de 12 años. **Anzianos:** En pacientes de edad avanzada no se precisarán ajustes de dosis excepto en casos de deterioro avanzado de las funciones hepática y/o renal. **Insuficiencia renal:** No se precisa ajuste de dosis en pacientes con alteración de la función renal de carácter leve. En pacientes con insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina 30-50 ml/min) la dosis diaria total no debe superar 200 mg de cefditoren cada 12 horas. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) se recomienda una dosis única de 200 mg al día. No se ha determinado la dosis apropiada en pacientes sometidos a diálisis (ver apartados 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo y 5.2. Propiedades farmacocinéticas). **Insuficiencia hepática:** En pacientes con insuficiencia hepática leve (Child-Pugh A) a moderada (Child-Pugh B) no es necesario modificar la posología. En casos de insuficiencia grave (Child-Pugh C), no se dispone de datos que permitan hacer una recomendación de dosis (ver apartado 5.2. Propiedades farmacocinéticas). **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a cefditoren u otra cefalosporina o alguno de los excipientes del comprimido. En pacientes con hipersensibilidad a la caseína, deberá tenerse en cuenta que este medicamento contiene caseinato de sodio. **Alergia reciente y/o reacción de hipersensibilidad grave a penicilina o cualquier otro principio activo beta-lactámico.** Al igual que otros fármacos que dan lugar a la formación de pivalato, cefditoren pivoxilo está contraindicado en casos de deficiencia primaria de carnitina. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Antes de instaurar la terapia con cefditoren, se debe solicitar información para determinar si el paciente ha tenido reacciones de hipersensibilidad anteriores al cefditoren, cefalosporinas, penicilinas, u otro principio activo beta-lactámico. Cefditoren debe administrarse con precaución en pacientes que hayan tenido algún tipo de reacción de hipersensibilidad a penicilina o cualquier otro principio activo beta-lactámico. Se ha detectado diarrea asociada a antibióticos, colitis y colitis pseudomembranosa con el uso de cefditoren. Estos efectos deberán ser tenidos en cuenta en cualquier paciente que desarrolle diarrea durante, o en un breve periodo de tiempo tras el tratamiento. La administración de cefditoren se ha de suspender si durante el tratamiento aparece diarrea grave y/o diarrea sanguinolenta, instaurando un tratamiento sintomático adecuado. Cefditoren se ha de utilizar con precaución en individuos con historia de molestias gastrointestinales, en particular colitis. En pacientes con insuficiencia renal de moderada a grave, la concentración y duración de la exposición al cefditoren se incrementa (ver sección 5.2.). Por esta razón, la dosis total diaria debe reducirse cuando cefditoren se administra a pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica, de moderada a grave, para evitar posibles consecuencias clínicas, tales como convulsiones (ver sección 4.2). Los antibióticos cefalosporínicos se deben administrar con precaución en pacientes que estén recibiendo tratamiento concomitante con principios activos nefrotóxicos, como antibióticos aminoglucósidos o potentes diuréticos (como la furosemida), ya que estas combinaciones pueden tener un efecto indeseable sobre la función renal y se han asociado con ototoxicidad. El uso prolongado de cefditoren puede dar lugar a un sobrecrecimiento de microorganismos no sensibles, como *Enterococci* y *Candida* spp. Durante el tratamiento con cefalosporinas puede producirse un descenso en la actividad de la protrombina, por lo que el tiempo de protrombina debería monitorizarse en pacientes de riesgo tales como pacientes con insuficiencia hepática o renal o pacientes que estén en tratamiento con terapia anticoagulante. La administración de profármacos de pivalato se ha asociado con la disminución en plasma de la concentración de carnitina. Sin embargo, estudios clínicos concluyeron que la disminución de carnitina asociada con la administración de cefditoren pivoxilo no tenía efectos clínicos. SPECTRACEF 400 mg comprimidos recubiertos con película contiene 1,14 mmole (aprox. 26,2 mg) de sodio por dosis, lo que debe ser tenido en cuenta en pacientes con dietas pobres en sodio. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Anticídios: La administración simultánea de anticídios conteniendo hidróxido de magnesio y aluminio y cefditoren pivoxilo junto con comida reduce la C_{max} y el AUC del 14% y 11% respectivamente. Se recomienda dejar transcurrir un periodo de 2 horas entre la administración de anticídios y cefditoren pivoxilo. **Antagonistas de los receptores H₂:** La administración simultánea de famotidina por vía intravenosa y cefditoren pivoxilo oral, reduce la C_{max} y el AUC de cefditoren en un 27% y un 22% respectivamente. Por tanto no se recomienda el uso concomitante de cefditoren pivoxilo con antagonistas de los receptores H₂. **Probenecid:** La administración simultánea de cefditoren pivoxilo con probenecid reduce la excreción renal de cefditoren, produciendo un aumento del 49% en la C_{max}, del 122% en el AUC y del 53% en la semivida de eliminación. **Anticonceptivos orales:** La administración de cefditoren pivoxilo no alteró las propiedades farmacocinéticas del anticonceptivo etinil estradiol. Cefditoren pivoxilo puede tomarse simultáneamente con anticonceptivos orales que contengan etinil estradiol. **Medicamentos/Interacciones con pruebas de laboratorio:** Las cefalosporinas pueden inducir resultados falsos positivos en la prueba directa de Coombs, que puede interferir con pruebas cruzadas de compatibilidad sanguínea. Pueden darse resultados falsos positivos en la determinación de glucosa en orina mediante métodos de reducción de cobre, pero no con los métodos enzimáticos. Pueden obtenerse resultados falsos negativos con el método del ferrocianuro en la determinación de glucosa en sangre o plasma, por lo que se recomienda utilizar el método de la glucosa oxidada o hexoquinasa para determinar los niveles de glucosa en sangre o plasma en pacientes que reciban cefditoren pivoxilo. **Embarazo y lactancia:** Embarazo. No se dispone de datos clínicos de cefditoren pivoxilo en mujeres embarazadas. Aunque los estudios en animales no indican que se produzcan efectos embriotóxicos o teratogénicos, debido a la ausencia de datos, la administración de SPECTRACEF durante el embarazo no está recomendada. **Lactancia:** No se dispone de datos suficientes que permitan descartar la presencia del fármaco en la leche materna, por lo que no se recomienda la administración de SPECTRACEF durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** Cefditoren pivoxilo puede causar mareos y somnolencia (ver sección 4.8), que puede interferir con la capacidad de conducir vehículos y utilizar maquinaria. **Reacciones adversas:** En los ensayos clínicos aproximadamente 6000 pacientes recibieron cefditoren en dosis de 200 mg o 400 mg dos veces al día hasta un máximo de 14 días. Aproximadamente el 24% de los pacientes comunicaron al menos una reacción adversa. En un 2,6% de los pacientes se interrumpió el tratamiento como consecuencia de las reacciones adversas. Las reacciones adversas más comunes descritas con cefditoren pivoxilo fueron las de tipo gastrointestinal. En la mayoría de los estudios, se observó aparición de diarrea en más del 10% de la totalidad de los pacientes y más frecuente con la dosis de 400 mg que con la de 200 mg. Las reacciones adversas observadas se describen a continuación: **Infecciones e infestaciones. Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Infección fúngica. **Sistema orgánico: Trastornos en sangre y sistema linfático. Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Anemia hemolítica, linfadenopatía. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición. Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Anorexia. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Deshidratación. **Desórdenes psiquiátricos: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Demencia, despersonalización, debilidad emocional, euforia, alucinaciones, alteraciones del pensamiento, incremento de la libido. **Trastornos del sistema nervioso: Reacciones adversas frecuentes (>1/100, <1/10):** Cefalea. **Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Nerviosismo, mareos, insomnio, somnolencia, trastornos del sueño. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Amnesia, descoordinación, hipertensión, meningitis, tremor. **Trastornos oculares: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Fotosensibilidad, ambliopía, trastorno ocular, dolor ocular, blefaritis. **Trastornos del oído y del laberinto: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Tinnitus. **Trastornos cardíacos: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Fibrilación auricular, fallo cardíaco, síncope, taquicardia, extrasístole ventricular. **Trastornos vasculares: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Hipotensión postural. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Faringitis, rinitis, sinusitis. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Asma. **Trastornos gastrointestinales: Reacciones adversas muy frecuentes (>1/10):** Diarrea. **Reacciones adversas frecuentes (>1/100, <1/10):** Náuseas, dolor abdominal, dispepsia. **Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Estreñimiento, flatulencia, vómitos, candidiasis oral, eructación, sequedad de boca, dispepsia. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Estomatitis, úlceras bucales, colitis hemorrágica, colitis ulcerosa, hemorragia gastrointestinal, glositis, hipo, decoloración de la lengua, diarrea asociada a *Clostridium difficile*. **Trastornos hepatobiliares: Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Alteración de la función hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Erupción cutánea, prurito, urticaria. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Acné, alopecia, eccema, dermatitis exfoliativa, herpes simple. **Trastornos musculoesqueléticos, del tejido conectivo y del hueso: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Mialgia. **Trastornos renales y urinarios: Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Disuria, dolor en la cavidad renal, nefritis, nicturia, poliuria, incontinencia, infección urinaria. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama: Reacciones adversas frecuentes (>1/100, <1/10):** Candidiasis vaginal. **Reacciones adversas poco frecuentes (>1/1.000, <1/100):** Vaginitis, leucorrea. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Mastalgia, trastornos menstruales, metrorragia, disfunción eréctil. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Fiebre, astenia, dolor, sudoración. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Olor corporal, escalofríos. **Hallazgos del laboratorio: Reacciones adversas poco frecuentes (>1/10.000, <1/100):** Reacciones adversas poco frecuentes (>1/1.000, <1/100): Leucopenia, trombocitosis, elevación de ALT. **Reacciones adversas raras (>1/10.000, <1/1.000):** Prolongación del tiempo de coagulación, hiperiglicemia, hipocalemia, bilirrubinemia, elevación de AST, elevación de las fosfatasa alcalina, albuminuria, eosinofilia, trombocitopenia, disminución del tiempo de tromboplastina, alteración plaquetaria, elevación de LDH, hipoproteíнемia y elevación de creatinina. Las siguientes reacciones adversas se han observado con otras cefalosporinas por lo que pueden aparecer tras la administración de cefditoren: reacciones de hipersensibilidad incluyendo síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, reacción de la enfermedad del suero y necrosis epidérmica tóxica, disfunción renal, nefropatía tóxica, colestasis y anemia aplásica. **Sobredosis:** No se han descrito casos de intoxicación con SPECTRACEF. Con antibióticos cefalosporínicos se ha descrito que la sobredosisificación puede producir irritación cerebral que da lugar a convulsiones. En caso de sobredosis deberá practicarse el lavado gástrico. El paciente deberá ser sometido a observación estrecha y se le administrará el tratamiento sintomático y de apoyo preciso. Cefditoren pivoxilo puede ser eliminado parcialmente a través de hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS: Incompatibilidades:** No procede. **Periodo de validez:** SPECTRACEF 200 mg comprimidos recubiertos con película: 3 años. SPECTRACEF 400 mg comprimidos recubiertos con película: 2 años. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en su envase original. **Naturaleza y contenido del recipiente:** Blister alveolar unidosis de Aluminio/PVC y lámina de PVC/Aluminio/PA. Cada envase de SPECTRACEF 200 mg contiene 20 ó 500 comprimidos recubiertos con película. Cada envase de SPECTRACEF 400 mg contiene 10 ó 500 comprimidos recubiertos con película. Pueden no estar comercializados todos los formatos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** GLAXOSMITHKLINE, S.A. Severo Ochoa 2, 28760 - Tres Cantos (España). **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. **PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO:** Spectracef 200 mg, comprimidos recubiertos con película: Envase con 20 comprimidos: PVP: 38,47€. PVP IVA: 40,01€. Spectracef 400 mg, comprimidos recubiertos con película: Envase con 10 comprimidos: PVP: 38,47€. PVP IVA: 40,01€. *"Para más información consultar la ficha técnica completa del producto"*. Fecha de última actualización: Febrero 2006.

Licencia de Meiji Seika Kaisha, Ltda.

Bibliografía: 1. Ficha técnica Spectracef (feb 2006). 2. Granizo JJ, Jiménez MJ, Barberán J, et al. The efficacy of Cefditoren Pivoxil in the treatment of lower respiratory infections, with a focus on the peritubercular bacteriologic response in infections caused by streptococcus pneumoniae and haemophilus influenzae: A pooled analysis of seven clinical trials. *Clinical Therapeutics* 2006; 17: 2061-2069. 3. Fogarty CM, Cyganowski M, Palo WA, Hom RC, Craig WA. A comparison of cefditoren pivoxil and amoxicillin/clavulanate in the treatment of community-acquired pneumonia: a multicenter, prospective, randomized, investigator-blinded, parallel-group study. *Clin Ther*. 2002 Nov;24(11):1854-70. 4. Wellington K, Curran MP. Cefditoren pivoxil. A review of its use in the treatment of bacterial infections. *Drugs* 2004; 64:2597-2618. 5. Reyes Calzada S, Martínez Tomas S, Menéndez Villanueva R, et al. Pacientes hospitalizados con infección del tracto respiratorio inferior: ventajas del tratamiento secuencial. *Med Clin*. 2006; 7:30-35. 6. Hernández-Martin J, Romá E, Salavert M, Doménech L, Poveda JL. Cefditoren pivoxil: A new oral cephalosporin for skin, soft tissue and respiratory tract infections. *Rev Esp Quimioter*. 2006 Sep;19(3):231-46. 7. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEPAR-ALAT, 2007. www.separ.es (<http://www.taiss.com/gepoc/e011.htm>). 8. Guía Sanford Guía de terapéutica antimicrobiana 2007. Versión española de la edición 2007. Baquero F, Bouza E, Garau J, García-Rodríguez JA, Gobernado M, Honorato J, Prieto J, Editorial Médica.

rifampicina 600 mg vía oral /24 h, seis semanas. La enferma tuvo una franca mejoría clínica con desaparición de la lumbalgia a las 3- 4 semanas de iniciar antibioterapia. La RMN lumbar a los 4 meses de finalizar el tratamiento apreció una disminución de la señal en la esponjosa de L3-L4, con altura normal de los cuerpos vertebrales y señal normal en el disco. Al año de finalizar el tratamiento antibiótico la paciente continúa asintomática.

SCN son una importante causa de infecciones nosocomiales, sobre todo bacteriemias e infecciones asociadas a dispositivos médicos. El curso de estas infecciones suele ser subagudo a diferencia de las producidas por *Staphylococcus aureus*. Las especiales características microbiológicas, de virulencia y de sensibilidad a antimicrobianos hacen que *S. lugdunensis* sea un caso especial de SCN que destaca por su capacidad para producir infecciones supuradas, agresivas y de rápida evolución. *S. lugdunensis* tuvo gran notoriedad por ser causa de endocarditis severas, tanto en válvulas nativas como protésicas, que requerían tratamiento quirúrgico y se asociaban con una alta mortalidad. Las complicaciones con destrucción valvular y abscesos piógenos remedian las endocarditis causadas por *S. aureus*^{2,5}.

El amplio espectro de infecciones en las que se reconoce actualmente como patógeno a *S. lugdunensis* son a menudo abacteriémicas y de menor agresividad que las endocarditis. La virulencia de *S. lugdunensis* se debe a múltiples mecanismos: producción de proteínas de superficie adherentes, formación de biofilm, factor de afinidad por el fibrinógeno o *clumping factor*, hemolisina δ like. Puede ser confundido con *S. aureus* debido a la producción de *clumping factor* que permite a *S. lugdunensis* dar un resultado positivo tanto en la prueba de coagulasa en el portaobjetos con plasma humano como en las pruebas rápidas comerciales de aglutinación con látex. La prueba de la coagulasa "en tubo" es negativa y la identificación bioquímica completa de *S. lugdunensis* se basa en la producción de ornitina descarboxilasa y la positividad de la prueba de la pirrolidónil-arilamidasa. Otra característica que lo diferencia de otros SCN es que la mayoría de las cepas de *S. lugdunensis* tienen sensibilidad a un gran número de antimicrobianos; la producción de betalactamasas es poco frecuente^{2,3}.

Se han descrito casos aislados de infecciones óseas o articulares por *S. lugdunensis*, algunos asociados a cirugía previa o prótesis articulares, otros sin factores de riesgo aparente. En algunas de estas excepcionales comunica-

ciones se alerta sobre la gravedad del cuadro clínico, la dificultad diagnóstica y terapéutica de las infecciones osteoarticulares por *S. lugdunensis*, entre ellas espondilodiscitis y discitis; en otros casos se señala un cuadro clínico más benigno y una evolución satisfactoria^{6,10}. Como ocurre con nuestra enferma, la ausencia de fiebre y de leucocitosis con una VSG normal no debe hacer excluir el diagnóstico de espondilodiscitis por este germen⁹. La duración del tratamiento antibiótico en las espondilodiscitis por *S. lugdunensis* no está determinada: 6-8 semanas como en nuestra paciente que tuvo una pronta y favorable evolución⁹ hasta un año en el caso de una respuesta clínica tardía al mismo⁸.

Es preciso identificar la especie de SCN para un mejor conocimiento de los factores de virulencia de microorganismos como *S. lugdunensis*. La incidencia de infecciones por *S. lugdunensis* puede seguir aún subestimada si no se efectúa una búsqueda activa del mismo diferenciándolo de *S. aureus* y de otras especies de SCN. Un patrón de sensibilidad a los antimicrobianos tan amplio, como en el caso de nuestra enferma, debe hacer sospechar *S. lugdunensis*. Su pronta identificación con la instauración de la antibioterapia adecuada puede evitar un peor pronóstico^{3,6,10}. Se debe descartar la presencia de una endocarditis por las implicaciones pronósticas y terapéuticas que comporta.

Bibliografía

1. Frank KL, Del Pozo JL, Patel R. From clinical microbiology to infection pathogenesis: how daring to be different works for *Staphylococcus lugdunensis*. Clin Microbiol Rev. 2008; 21: 111-33.
2. Cercenado E. *Staphylococcus lugdunensis*: un estafilococo coagulasa negativo diferente de los demás. Enf Infecc Microbiol Clin 2009; 27:139-42.
3. Hellbacher C, Törnqvist E, Söderquist B. *Staphylococcus lugdunensis*: clinical spectrum, antibiotic susceptibility and phenotypic and genotypic patterns of 39 isolates. Clin Microbiol Infect 2006; 12:43-9
4. Zinkernagel AS, Zinkernagel MS, Elzi MV, Genomi M, Gubler J, Zbinden R, Mueller NJ. Significance of *Staphylococcus lugdunensis* bacteremia: report of 28 cases and review of the literature. Infection 2008;36:314-21.
5. Liñares P, Moure R, Cerqueiro J, Abalde M, Míguez E, Echániz A, Guerrero A. Endocarditis causada por *Staphylococcus lugdunensis*. Enf Infecc Microbiol Clin 1998;16:233-6.
6. Mei-Dan O, Mann G, Steinbacher G, Ballester SJ, Cugat RB, Álvarez PD. Septic arthritis with *Staphylococcus lugdunensis* following arthroscopic ACL revision with BPTB allograft. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2008;16:15-8
7. Hernández JL, Calvo J, Antolínez X, Gutiérrez-Rubio F, Fariñas C. Artritis séptica por *Staphylococcus lugdunensis*. Enf Infecc Microbiol Clin 2001 ; 19:414.
8. Camacho M, Guis S, Mattei JP, Costello R, Roudier J. Spondylodiscite à *Staphylococcus lugdunensis*: suivi à trois ans. Rev Rhum 2002;69:94-6
9. Guttman G, Garazi S, Van Linthoudt D. Spondylodiscitis due to *Staphylococcus lugdunensis*. Clin Exp Rheumatol 2000;18:271-2
10. Cooke R.P.D., James S.E., Sallomi D.F. Infective endocarditis due to *Staphylococcus lugdunensis* – a case of missed opportunity. Br J Biomed Sci 2003;60:162-4