



# Endocarditis por staphylococcus lugdunensis: una causa rara de fiebre en hemodiálisis

M. C. Ferrer\*, B. Moragrega, E. Castellón y J.E. Ruiz Laiglesia

\*Servicio de Nefrología y Cardiología\*. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Sr. Director:

La fiebre es un hecho frecuente en los pacientes en hemodiálisis. La incidencia de bacteriemia de 10 episodios /1.000 meses pacientes. Las infecciones son la causa más habitual y originan hasta el 20% de los fallecimientos. Sus orígenes más frecuentes son: acceso vascular (24%), pulmonar (22%), abdominal (22%), genitourinarias (11%) y las endocarditis (5,6%)<sup>1</sup>. Recientemente se ha descrito un nuevo agente causal de endocarditis de escasa incidencia pero de gran trascendencia clínica: staphylococcus lugdunensis<sup>2,3</sup>.

## CASO CLINICO

Varón de 58 años, en hemodiálisis desde hacia dos meses por IRC no filiada. Portador de fístula arteriovenosa interna. Sin otros antecedentes personales de interés. Acude a la sesión de diálisis con ortopnea, dolor torácico y fiebre de 39°. En la anamnesis relataba febrícula y astenia desde hace varios días. Exploración física: mal estado general. TA 120/60. Auscultación cardíaca: soplo rudo en foco aórtico de nueva aparición. Ingurgitación yugular. Auscultación pulmonar: normal. Analítica: creatinina 9,7 mg7dl, hematocrito 22,3%, leucocitos 20.600/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 85%, plaquetas 83.000/mm<sup>3</sup>, ionograma y coagulación normal. Tres hemocultivos seriados positivos a staphylococcus lugdunensis. Rx tórax: cardiomegalia. Ecocardiograma: transtorácico: gran derrame pericárdico, regurgitación válvula aórtica no existente hace dos meses. Trasladado a UCI donde fallece. La autopsia demostró la presencia de una verruga en válvula aórtica y hemopericardio.

En 1988, Smith<sup>2</sup> comunicaba una endocarditis sobre válvula nativa de evolución agresiva. En el mismo año Freney<sup>3</sup> describía en el Centre National

de Référence des Staphylocoques una nueva especie de este género: S. Lugdunensis. Llinares y cols. detectaron en el Hospital Juan Canalejo, de A Coruña, una incidencia del 0,7/100.000 h. y un 1,2% de todos los staphylococcus coagulasa negativos aislados en hemocultivos<sup>4</sup>. Se caracteriza por producir endocarditis con una rápida destrucción valvular y bacteriemias. A pesar de ser altamente sensible a casi todos los antimicrobianos testados cursa con gran mortalidad (incluso tras negativizarse los hemocultivos). Se ha aislado en otros procesos graves: abscesos cerebrales, osteomielitis crónicas, artritis, sepsis, infecciones de catéteres y prótesis vasculares<sup>5,6</sup>.

En muchos pacientes se ha demostrado que previamente hubo un daño en piel o mucosas. Otros autores han demostrado su preferencia por perine como flora resistente habitual e incluso un hallazgo ocasional<sup>5</sup>.

En la bibliografía revisada sólo hemos encontrado dos casos de endocarditis por S. lugdunensis en paciente en hemodiálisis<sup>4,8</sup>. Si tan frecuente es su relación con catéteres piel y prótesis sería esperable un mayor número de reseñas describiendo este cuadro en nuestros pacientes<sup>7,8</sup>. La falta de identificación de esta bacteria es debida tanto a la frecuente similitud de sus colonias con las del S. aureus como a diversas coincidencias bioquímicas con éste y otros staphylococcus. Su principal característica bioquímica, siempre presente, es la producción de ODC (ornitina descarboxilasa)<sup>9</sup>. En Europa casi todas las cepas del S. lugdunensis son sensibles a la mayoría de antibióticos, a pesar de lo cual casi todos los que sobreviven precisan recambio valvular<sup>4</sup>.

Llamamos, pues, la atención en la importancia del diagnóstico precoz y búsqueda activa del S. lugdunensis ante todo cuadro febril de un paciente en hemodiálisis que se sospeche endocarditis.

## BIBLIOGRAFIA

1. Tratado de Nefrología Clínica. L. Hernando Avendaño. Cap. 7: Tratamientos especiales en patología renal: 646. Edición 1997.

Correspondencia: Dr. José Esteban Ruiz Laiglesia  
C/ Camino de las Torres, 21, 10º B  
50008 Zaragoza

M. C. FERRER y cols.

2. Smith EG, Wright DE, Marples RR: New type of staphylococcal endocarditis. *J Clin Pathol* 41: 809-814, 1988.
3. Freney J, Brun Y, Bes M y cols.: Staphylococcus lugdunensis spp. nov. And staphylococcus schleiferi spp. nov., two especies from human clinical specimens. *Int J Syst Bacteriol* 38: 168-173, 1988.
4. Linares P, Moure R, Cerqueiro J, Abalde M, Míguez E, Echainz A, Guerrero A: Endocarditis por staphylococcus lugdunensis. Incidencia hospitalaria. *Enferm Infec Microbiol Clin* 16: 233-236, 1998.
5. Gomis M, Sánchez B, Merino P, Sánchez P, Olmeda J, Benetzet E: Infecciones de tejidos blandos por staphylococcus lugdunensis. Presentación de dos casos y revisión general. *Rev Clin Esp* 198: 7, 1998.
6. Lessing MPA, Crook DWM, Bowler ICJ, Gribbin B: Native-valve endocarditis caused by staphylococcus lugdunensis. *Q J Med* 89: 855-858, 1996.
7. Sanchís-Bayarri Vaillant V, Llucian Rambla R, Sanchís-Bayarri Bernal V: Estudio de siete casos de infección por staphylococcus lugdunensis. *An Med Interna* 16 (7): 361-362, 1999.
8. Schonheyder HC, Hansen VK, Asschenfeldt P, Rosdahl VT: Staphylococcus lugdunensis: an important cause of endocarditis. A case report. *AP MIS* Oct, 101 (10): 802-804, 1993.
9. Herbert GA: Hemolysis and other characteristics that help differentiate and biotype staphylococcus lugdunensis an staphylococcus schleiferi. *J Clin Microbiol* 28: 2, 2425-2431, 1990.