



Cartas al Editor

Artritis séptica de hombro debida a *Corynebacterium striatum*

Septic arthritis of the shoulder due to Corynebacterium striatum

Sr. Editor:

Las especies de *Corynebacterium* forman parte de la flora habitual de piel y mucosas. El *Corynebacterium striatum* (*C. striatum*) es un bacilo grampositivo, que suele ser clasificado como un contaminante. La frecuencia de las infecciones por este patógeno ha aumentado por el mayor número de pacientes inmunodeprimidos^{1,2} y se considera un agente nosocomial emergente³. Exponemos el primer caso de artritis de hombro por esta bacteria en una paciente inmunocompetente. Se trata de una mujer de 59 años que acude por dolor y tumefacción del hombro derecho de 48 h de evolución, previamente había presentado omalgia mecánica esporádica, por lo que en su centro de atención primaria había recibido una infiltración del hombro con corticoides 4 días antes del inicio de la clínica. Como antecedentes destacaba hipercolesterolemia. En la exploración presentaba febrícula (37,5 °C) e impotencia funcional a la abducción y rotaciones del hombro, con tumefacción y aumento de temperatura local, siendo el resto normal. Analíticamente destacaba, PCR de 150 mg/dl y VSG de 54 mm/h. En la radiografía simple, se objetivó un aumento de partes blandas y ecográficamente se evidenció derrame en la bursa subacromial y receso posterior de la articulación glenohumeral. Se realizó una bursocentesis, obteniendo líquido sinovial inflamatorio con glucosa <5 mg/dl y leucocitos $111,9 \times 10^9/l$. Se identificaron bacilos grampositivos, por lo que se inició antibioterapia empírica con ceftriaxona 2 g por vía intravenosa diarios y cloxacilina 2 g por vía intravenosa cada 6 h. Tras 24 h de cultivo del líquido sinovial, creció *C. striatum* (sensible a penicilina y vancomicina, y resistente a quinolonas y rifampicina), por lo que se continuó en monoterapia con ceftriaxona. En la imagen por resonancia magnética de hombro aparecieron signos de artritis, bursitis y afectación de estructuras tendinosas, musculares y óseas de vertiente anterior del hombro, con probable rotura parcial del supraespinoso. El servicio de traumatología desestimó la actuación quirúrgica. El cuadro se resolvió a los 15 días de iniciar el antibiótico, con normalización de reactantes de fase aguda, y se mantuvo la ceftriaxona hasta completar un mes de tratamiento por vía intravenosa. En un estudio de imagen por resonancia de control a los 2 meses, quedó demostrada la resolución del proceso.

Se han publicado diversos casos de infecciones por *C. striatum*, siendo más frecuentes en inmunodeprimidos y con origen nosocomial⁴; tras revisar la literatura, hemos encontrado casos de infecciones respiratorias, peritonitis, endometritis, úlceras crónicas⁴, endocarditis⁵, septicemia, osteomielitis, un absceso mamario, infecciones urinarias, oculares y de catéteres centrales⁶, transmisión persona a persona en unidades de cuidados intensivos⁷, meningitis⁸ e infecciones en prótesis articulares⁹. En los últimos años, se han descrito diversas resistencias antibióticas;

por esta razón, se suele utilizar vancomicina, ya que no se ha publicado resistencia in vitro a la misma. En la endocarditis por *C. striatum*, además de vancomicina sola o con gentamicina³, se ha usado penicilina y en algunos pacientes se ha descrito buena respuesta a daptomicina en monoterapia o asociada a rifampicina⁵. Solamente hay descritos en la literatura 2 casos de infección articular nativa por *C. striatum*^{4,10}, ambos en pacientes con un estado inmunitario comprometido. Una artritis de codo tras una lesión cutánea adyacente¹⁰, que se trató con vancomicina por vía intravenosa, aztreonam y cirugía, con cambio a ciprofloxacino por efectos adversos, y una artritis de rodilla espontánea que se resolvió con vancomicina y cirugía⁴.

Este es el primer caso de artritis de hombro por *C. striatum*, en una paciente inmunocompetente y sin factores de riesgo, probablemente secundaria a una infiltración local con corticoides. Se demostró sensibilidad del germen a la penicilina y el cuadro se resolvió con ceftriaxona por vía intravenosa durante un mes, sin necesidad de cirugía.

Bibliografía

- Vargas Superti S, De Souza Martins D, Caierão J, Soares F, Prochnow T, Cantarelli VV, et al. *Corynebacterium striatum* infecting a malignant cutaneous lesion: the emergence of an opportunistic pathogen. *Rev Inst Med trop S Paulo*. 2009;51:115–6.
- Funke G, Von Graevenitz A, Clarridge III JE, Bernard KA. Clinical microbiology of coryneform bacteria. *Clin Microbiol*. 1997;10:125–59.
- Marull J, Casares PA. Nosocomial valve endocarditis due to *Corynebacterium striatum*: a case report. *Cases J*. 2008;1:388.
- Scholle D. A spontaneous joint infection with *Corynebacterium striatum*. *J Clin Microbiol*. 2007;45:656–8.
- Bhat Y, Bal AM, Rochow S, Gould IM. An unusual case of *Corynebacterium striatum* endocarditis and a review of the literature. *Int J Infect Dis*. 2008;12:672–4.
- Campanile F, Carretto E, Barbarini D, Grigis A, Falcone M, Goglio A, et al. Clonal multidrug-resistant *Corynebacterium striatum* strains. *Italy Emerg Infect Dis*. 2009;15:75–8.
- Leonard RB, Nowowiejski DJ, Warren JJ, Finn DJ, Coyle MB. Molecular evidence of person-to-person transmission of a pigmented strain of *Corynebacterium striatum* in intensive care units. *J Clin Microbiol*. 1994;32:164–9.
- Hoy CM, Kerr K, Livingston JH. Cerebrospinal fluid-shunt infection due to *Corynebacterium striatum*. *Clin Infect Dis*. 1997;25:1486–7.
- Cazanave C, Kerry E, Quaintance G, Hanssen AD, Patel R. *Corynebacterium prosthetic joint infection*. *J Clin Microbiol*. 2012;50:1518.
- Cone LA, Curry N, Wuesthoff MA, O'Connell SJ, Feller JF. Septic synovitis and arthritis due to *Corynebacterium striatum* following an accidental scalpel injury. *Clin Infect Dis*. 1998;27:1532–3.

Carlos Manuel Feced Olmos^{a,*}, Juan José Alegre Sancho^a, José Ivorra Cortés^b y José Andrés Román Ivorra^b

^a Sección de Reumatología, Hospital Dr. Peset, Valencia, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosfeced@gmail.com (C.M. Feced Olmos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2013.02.006>