

# Fiebre y edema en miembro inferior izquierdo en varón de 39 años

Raquel Monsalvo<sup>a</sup>, Raúl Moreno<sup>b</sup>, Francisco López-Medrano<sup>c</sup> y José Ramón Costa<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Medicina Interna y <sup>b</sup>Neumología. <sup>c</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

## Descripción del caso

Presentamos a un varón de 39 años, con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), grupo A2, sin tratamiento antirretroviral, consumidor esporádico de cocaína intravenosa. Acudió a urgencias por un cuadro de un mes de evolución consistente en fiebre en picos y edema en miembro inferior izquierdo, a lo que se añadió dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas y tos con expectoración verdosa. Esta sintomatología la relacionaba con la autoadministración de cocaína en la vena femoral izquierda. Había recibido tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico, con mejoría parcial de los síntomas.

En la exploración destacaba la existencia de fiebre de 38,5 °C y edema con fovea desde la raíz del muslo izquierdo, con palpación dolorosa de éste, sin que se encontraran masas o eritema. En la auscultación pulmonar presentaba crepitantes en el tercio inferior del hemitórax derecho. No se auscultaban soplos cardíacos ni mostraba lesiones cutáneas indicativas de endocarditis infecciosa. Analíticamente presentaba leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica y normocrómica y trombocitosis, con bioquímica básica y perfil hepático normales. En el Doppler de miembros inferiores se evidenció la presencia de un trombo fresco en la vena femoral superficial izquierda, y en la radiografía de tórax, lesiones pulmonares redondeadas bilaterales, algunas con cavitación, sugerentes de émbolos sépticos (fig. 1). Se extrajeron hemocultivos e ingresó en nuestra planta con tratamiento antibiótico empírico con cloxacilina y gentamicina.

## Evolución

Con el juicio clínico de tromboflebitis séptica de la femoral, el paciente ingresó en planta. La evolución fue tórpida, con fiebre en picos y deterioro progresivo del estado general. Se realizó un nuevo Doppler de miembros inferiores que demostró progresión de la tromboflebitis hasta la vena femoral profunda y se añadió al tratamiento heparina de bajo peso molecular. En el hemocultivo creció *Lactococcus lactis*, por lo que se cambió la cloxacilina por dosis altas de penicilina (2 millones de unidades por vía intravenosa cada 4 h). Se descartó la existencia de

endocarditis mediante ecocardiografía. Al cabo de una semana de tratamiento, el enfermo empeoró: la fiebre aumentó hasta 40 °C y se palpaba una masa caliente, enrojecida y dolorosa a nivel de la ingle izquierda; mediante tomografía computarizada (TC) se confirmó la presencia de un absceso inguinal y la extensión de la tromboflebitis hasta la vena ilíaca y con posible afectación de la vena cava (fig. 2). Ante estos hallazgos, se realizó una iliocavografía, que descartó la trombosis de la vena cava, practicándose colocación de filtro de cava y drenaje externo del absceso inguinal (fig. 3). El enfermo se encontraba afebril al cabo de 6 días y fue dado de alta poco



Figura 1. Radiografía de tórax: imágenes redondeadas en ambos campos pulmonares, algunas cavitadas.

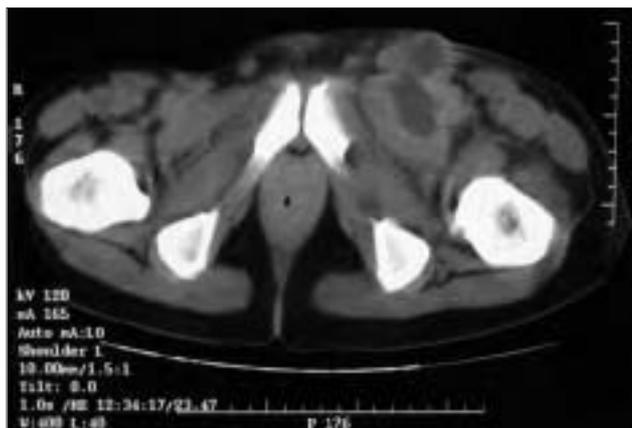


Figura 2. TC: absceso inguinal izquierdo.

Correspondencia: Dra. R. Monsalvo.  
Eusebio Morán, 28, 1º A. 28019 Madrid. España.  
Correo electrónico: raquel\_med@yahoo.es

Manuscrito recibido el 7-4-2003; aceptado el 11-6-2003.

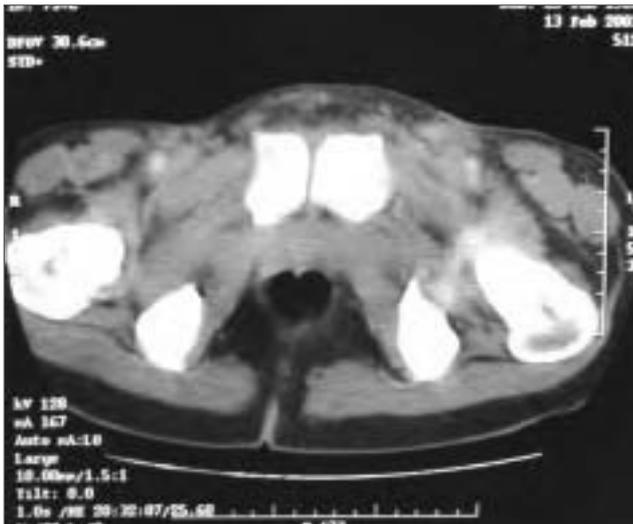


Figura 3. TC pélvica realizada tras el drenaje y el tratamiento antibiótico.

después, con la práctica resolución de las lesiones pulmonares.

## Comentario

Se trata de un caso excepcional de tromboflebitis séptica producida por *L. lactis*. Es un coco positivo, perteneciente al grupo de bacterias acidolácticas, entre las cuales diversos géneros se utilizan para la fabricación de productos alimentarios (quesos), que se encuentra formando parte de la flora saprofita intestinal humana y animal<sup>1</sup> pero que raras veces produce patología. De difícil tipificación, hasta hace unos años era frecuentemente confundido con enterococo<sup>2</sup>. Existen muy pocos casos en la bibliografía descritos de sepsis por este microorganismo<sup>3,4</sup>, y en general se trata de enfermos inmunodeprimidos<sup>5</sup>. Nuestro paciente presentaba como factores de riesgo una inmunosupresión por el VIH moderada (247 linfocitos CD4/ $\mu$ l) y el consumo de cocaína intravenosa como posible puerta de entrada (rotura de la barrera cutánea o vehiculización por el mismo fármaco). El tratamiento de la infección por *L. lactis* no es bien conocido, empleándose penicilina millonaria más un aminoglucósido<sup>6</sup>.

## Bibliografía

1. Guillot A, Gitton C, Anglade P, Mistou MY. Proteomic analysis of *Lactococcus lactis*, a lactic acid bacterium. *Proteomics* 2003;3:337-54.
2. Clark I, Burnie JP. Immunoblotting and culture positive endocarditis. *J Clin Pathol* 1991;44:152-6.
3. Nakarai T, Morita K, Nojiri Y, Nei J, Kawamori Y. Liver abscess due to *Lactococcus lactis* cremoris. *Pediatr Int* 2000;42:699-701.
4. Akhaddar A, El Mostarchid B, Gasas M, Boucetta M. Cerebellar abscess due to *Lactococcus lactis*. A new pathogen. *Acta Neurochir (Wien)* 2002;144:305-6.
5. Mofredj A, Baraka D, Kloeti G, Dumont JL. *Lactococcus garvieae* septicemia with liver abscess in an immunosuppressed patient. *Am J Med* 2000;109:513-4.
6. Mensa J, Gatell JM, Jiménez de Anta MT, Domínguez-Gil A. Guía de terapéutica antimicrobiana. 13ª ed. Barcelona: Masson, 2003.