

Dolor lumbar y bacteriemia por *Streptococcus agalactiae* en un varón de 65 años

J. Gómez-Cerezo, R. Herrero*, J. J. Ríos, I. Suárez, F. J. Barbado y J. J. Vázquez

Servicios de Medicina Interna y *Medicina Intensiva. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Caso clínico

Varón de 65 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consultó por fiebre elevada de 12 días de evolución junto con dolor lumbar en línea media que irradiaba a cara lateral externa de muslo derecho, con parestesias en pantorrilla. Al realizar la exploración física destacaban en la auscultación cardíaca tonos rítmicos a 90 lpm, sin soplos. La auscultación pulmonar y la exploración abdominal eran normales. En la exploración neurológica destacaba un signo de Lasegue positivo en miembro inferior derecho, sin alteraciones de la fuerza y sensibilidad en miembros inferiores y reflejos osteotendinosos normales. El hemograma fue normal salvo leucocitosis de $15.100/\text{mm}^3$ con desviación izquierda. La bioquímica y la coagulación fueron normales salvo un fibrinógeno de 859 mg/ %.



Fig. 1. Espondilodiscitis L5-S1. Resonancia magnética nuclear en corte sagital tras la administración de gadolinio. Pérdida de altura y alteración de la señal del disco intervertebral (flecha hueca) con hipercaptación del mismo, así como de los discos intervertebrales adyacentes. Pequeño componente extraóseo epidural anterior (flecha negra).

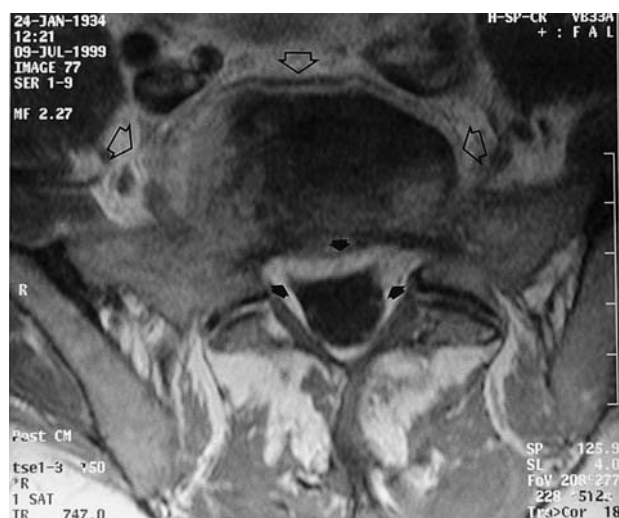


Fig. 2. Espondilodiscitis L5-S1. Resonancia nuclear magnética (RNM) en corte axial con gadolinio. Realce de la lesión en disco intervertebral que infiltra partes blandas adyacentes (flechas huecas) con ocupación de la porción anterior del canal espinal y recesos laterales (flechas negras).

Diagnóstico y evolución

Se realizó una gammagrafía ósea donde se observó un incremento patológico de la captación entre L5-S1 compatible con discitis. En la resonancia nuclear magnética lumbar se apreció una lesión hipointensa perivertebral que rodeaba el espacio L5-S1 con cambios en la intensidad de la señal de la médula ósea de los cuerpos vertebrales adyacentes y ocupación del tercio anterior del canal espinal, recesos laterales y de la porción más caudal de los forámenes de conjunción L5-S1, que realizaba tras la administración de gadolinio. Todo ello compatible con el diagnóstico de espondilodiscitis L5-S1 (figs. 1 y 2). Se recibió el resultado de los tres hemocultivos obtenidos a su ingreso en los que se aisló *Streptococcus agalactiae*. Se realizó un ecocardiograma y un enema opaco que fueron normales.

Tras los estudios realizados no se consiguió evidenciar el origen de la infección por *Streptococcus agalactiae*, por lo que la espondilodiscitis se consideró secundaria a una bacteriemia sin foco aparente en el contexto de un adulto previamente sano. Se instauró tratamiento intravenoso con ampicilina y gentamicina hasta completar un mes. El paciente mejoró progresivamente, quedando al alta afebril y asintomático y con mejoría radiológica.

Discusión

El estreptococo del grupo B (SGB), *S. agalactiae*, es un microorganismo beta-hemolítico grampositivo, conocido principalmente por ser una causa importante de sepsis, meningitis y osteomielitis en neonatos y ni-

ños^{1,2}. En adultos, la mayoría de las infecciones descritas hasta ahora por este patógeno estaban en relación con el embarazo y el parto^{1,3}. En el resto de los adultos se consideraba un patógeno inusual hasta que en los últimos años se describe un aumento en el número de infecciones por SGB, especialmente en ancianos y los que presentan enfermedades crónicas³. La incidencia anual de infecciones invasivas en adultos, excluyéndose las mujeres gestantes, varía entre el 4,4 y 9,2 por 100.000, según las series, siendo aún más elevada en adultos mayores de 60 años³⁻⁵. Las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas en adultos con infección por SGB son las bacteriemias primarias sin puerta de entrada conocida, seguidas por infecciones de partes blandas y piel, infecciones urinarias, neumonías, pericarditis, endocarditis, osteomielitis y artritis³⁻⁶, así como infecciones nosocomiales por el uso de catéteres intravenosos, sondas urinarias y cirugía principalmente^{3,4}. La mayoría de los pacientes presentaban enfermedad de base. Las más comunes fueron la diabetes, neoplasias, alcoholismo, enfermedades hepáticas, cardíacas y renales, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), deterioro cognitivo y otras enfermedades crónicas, todas ellas consideradas como factores predisponentes, así como la edad avanzada (mayor o igual a 60 años)³⁻⁶. Las infecciones osteoarticulares por *S. agalactiae* han sido bien documentadas en neonatos; sin embargo, en raras ocasiones han sido descritas en adultos ya que sólo representan el 2% de todas ellas². Mientras que la localización ósea más común es la vertebral (lumbar y sacra) seguida del pie y huesos largos, la artritis suele anidar en la rodilla, la cadera y el hombro^{2,7}. La localización vertebral lumbosacra tiene como principal origen la vía hematógena y la puerta de entrada de la bacteriemia suele ser la piel, partes blandas y sepsis urinarias². Recientemente el grupo de Solís-García del Pozo ha presentado 4 casos de osteomielitis vertebral y ha revisado otros 20 más de la literatura, de ellos sólo el 37,5% no tenía un factor predisponente⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baker CJ, Edwards MS. Group B streptococcal infections. En: Remington JL, Klein JO, eds. Infectious diseases of the fetus and newborn infant (3.^a ed). Philadelphia, Pa: WB Saunders CO, 1990; 742-811.
2. García-Lechuz JM, Bachiller P, Vasallo FJ, Muñoz P, Padilla B, Bouza E. Group B streptococcal osteomyelitis in adults. Medicine (Baltimore) 1999; 78:1.191-1.199.
3. Muñoz P, Llancaqueo A, Rodríguez-Créixems M, Peláez T, Martín L, Bouza E. Group B streptococcus bacteremia in nonpregnant adults. Arch Intern Med 1997; 157:213-216.
4. Farley MM, Harvey C, Stull T, et al. A population-based assesment of invasive disease due to group B streptococcus in nonpregnant adults. N Engl J Med 1993; 328:1.807-1.811.
5. Wessels MR, Kasper DL. The changing spectrum of group B streptococcal disease. N Engl J Med 1993; 328:1.843-1.844.
6. Jackson LA, Hilsdon R, Farley MM, et al. Risk factors for group B streptococcal disease in adults. Ann Intern Med 1995; 123:415-420.
7. Laster AJ, Michels ML. Group B streptococcal arthritis in adults. Am J Med 1984; 76:910-915.
8. Solís-García del Pozo J, Martínez-Alfaro E, Abad L, Solera J. Vertebral osteomyelitis caused by *Streptococcus agalactiae*. J Infect 2000; 41:84-90.