

Neumonía asociada con bacteriemia por estreptococo del grupo A

Sr. Editor: El estreptococo del grupo A es un organismo que puede llegar a producir infecciones localizadas o generalizadas, así como secuelas inmunológicas. La asociación de shock y bacteriemia por estos microorganismos es inusual, con una prevalencia en algunas series de 0,18 episodios por 1.000 admisiones hospitalarias¹, y puede estar relacionado con factores de riesgo como neoplasia, diabetes, empleo de fármacos intravenosos y alcoholismo². Dentro de esta rareza aún lo es más su asociación con la neumonía por estreptococo del grupo A³. Se presenta el caso de un paciente sin estos factores que desarrolló un cuadro de infección por estreptococo del grupo A de evolución fatal, y se aísla el microorganismo en secreciones y hemocultivo, hecho poco habitual.

Paciente de 48 años de edad, hipertenso en tratamiento con atenolol, que ingresa en nuestra unidad de medicina intensiva por cuadro de afectación de estado general, fiebre alta termometrada (de hasta 39 °C) y livideces, de 2 h de evolución. Su frecuencia cardíaca era de 130 lat./min –sinusal–, mal perfundido e hidratado, con livideces generalizadas a predominio en zonas sacras. Disneico y taquipneico, a la auscultación pulmonar existían crepitantes generalizados, y dolor a la palpación abdominal.

En la analítica destacaba una gasometría arterial con Ventimask® al 50%, 15 lat./min: pH de 7,36, PaCO₂, 15,8 mmHg; PaO₂, 87 mmHg; bicarbonato de 9 mmol/l, y SatO₂ del 96,6%. Actividad de protrombina del 39%, TTPA de 78 s y PDF+; fibrinógeno de 181 mg/dl; plaquetas, 80.000 µl³; 2.300 µl³, leucocitos (80% de ellos polimorfonucleares). Creatinina sérica de 2,5 mg/dl; lactatodeshidrogenasa (LDH), 1.749 U/l; mioglobina, 981 ng/ml; bilirrubina total 4 mg/dl (directa 2,2), con una PCR de 20,7 mg/dl (< 0,9). Aspartato aminotransferasa (AST), 236 U/l; alanino aminotransferasa (ALAT) 153 U/l; creatinfosfocinasa, 384 U/l. En el ECG se objetivaba una taquicardia sinusal como único hallazgo, y en la radiografía de tórax un infiltrado intersticial bilateral (compatible clínicamente con el diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria del adulto) con una tendencia a la consolidación en la base del hemitórax derecho.

Se trató con aporte de volumen, inotropos (noradrenalina y dopamina a alta dosis), y bicarbonato, y fue intubado y conectado a ventilación mecánica por hipoxemia grave. Se extrajeron cultivos, iniciándose tratamiento antibiótico empírico con cefepime, clindamicina, tobramicina y eritromicina. El deterioro fue progresivo, y el paciente falleció a las 2 h de su ingreso en situación de fracaso multiorgánico.

La determinación de antígenos urinarios de *Legionella* y neumococo resultaron negativas, existiendo en los hemocultivos y cultivo de secreciones realizados, crecimiento de abundante cantidad de estreptococo del grupo A, ambas localizaciones con idéntico antibiograma (multisensibles, sólo resistente a aminoglucósidos). El diagnóstico final ante los hallazgos radiológicos (infiltrado alveolar en la base del hemitórax derecho) y microbiológicos (aislamiento del patógeno en las primeras secreciones emitidas tras su intubación orotraqueal) fue de neumonía por estreptococo del grupo A con hipoxemia grave, diagnóstico apoyado por el hecho de ser aislado en hemocultivo.

El estreptococo del grupo A es una bacteria grampositiva cuya patogenicidad se relaciona con los componentes de la pared celular y con la producción de toxinas con diferentes actividades. Las infecciones generales se dividen en síndrome del shock tóxico estreptocócico e infecciones invasivas⁴.

La incidencia de la neumonía ocasionada por este microorganismo va en aumento (0,16/100.000 en 1992 hasta 0,35/100.000 en el año 1999, en concordancia al aumento en la incidencia de las infecciones invasivas). En una reciente revisión⁵ se observa que en el 81% de los casos la infección es de adquisición comunitaria y predominio invernal y que se acompaña en el 61% de los casos de enfermedad crónica (predominando la afección pulmonar previa), con una relación con contactos con pacientes con cuadros “invasivos”, no así en el pasado cuya relación era con pacientes con colonización faríngea del estreptococo del grupo A⁶ y en grupos cerrados.

Se han descrito dos formas de neumonía por estreptococo del grupo A: intersticial, la forma más común, y con menos frecuencia lobular⁷. El comienzo del cuadro es agudo, en ocasiones precedido de infección viral del tracto respiratorio (influenza, varicela, etc.), con fiebre,

dolor de características pleuríticas y otros como síntomas principales. El curso del proceso es rápido y grave, con afectación respiratoria y sistémica, y pueden existir complicaciones como empiema, síndrome de shock tóxico, síndrome de dificultad respiratoria del adulto e, incluso, el fallecimiento en el 38% de los casos, en mayor relación con el desarrollo de síndrome de shock tóxico o edad avanzada (por debajo de los 64 años el porcentaje de mortalidad es del 18%). La alta tasa de mortalidad, así como la rápida progresión desde el diagnóstico hasta la muerte son hallazgos repetidos⁵, a pesar de instaurar una temprana terapia antibiótica (cefalosporinas, macrólidos y penicilinas por ese orden) y el empleo de medidas de soporte vital.

Alberto Córdoba^a,
Inmaculada Bueno^b,
Jesús Monterrubio^a

y Julián Sánchez-Castañón^c

^aUnidad de Cuidados Intensivos.

^bEspecialista en Medicina Familiar y

Comunitaria. ^cServicio de Microbiología.

Hospital Don Benito-Villanueva.

Don Benito. Badajoz. España.

Bibliografía

- Christie C, Havens P, Shapiro E. Bacteriemia with group A streptococci in childhood. Am J Dis Child 1988;142:559-61.
- Burkert T, Watanakunakorn Ch. Group A Streptococcal Bacteriemia in a Community Teaching Hospital – 1908-1989. Clin Infect Dis 1992;14:29-37.
- Baisiliere J, Bistrong H, Spence W. Streptococcal pneumonia. Am J Med 1968;44:580-9.
- Shulman ST. Severe group A streptococcal infections. Crit Care Med 1993;21:314-5.
- Muller MP, Low DE, Green KA, Simor AE, Loeb M, Gregson D, et al. Clinical and epidemiologic features of group a streptococcal pneumonia in ontario, Canada. Arch Intern Med 2003;163:467-72.
- Baisiliere J, Bistrong H, Spence WF. Streptococcal pneumonia: Recent outbreaks in military recruit populations. Am J Med 1969;44: 580-9.
- Molteni R. Group A β-Hemolytic Streptococcal Pneumonia. Am J Dis Child 1977;131: 1366-71.