

Varón con fiebre, dolor y limitación funcional del hombro derecho

José Manuel Ramos^{a,c}, Rosa M^a Blázquez^{a,b}, Cristobal Ramírez^b y Santiago Moreno^{a,b}.

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas, ^bSección de Microbiología, y ^cServicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. Murcia.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 71 años sin antecedentes de interés que consulta por fiebre de 5 días acompañada de dolor en hombro derecho y región supraclavicular con limitación de los movimientos de la cintura escapular derecha. Al realizar la exploración física destacaba fiebre de 38,5°C, tumefacción en área clavicular derecha mal definida y movilidad dolorosa del hombro derecho. La analítica mostraba como datos relevantes una leucocitosis de 11.760/mm³ con neutrofilia (91%); urea de 53 mg/dl; velocidad de sedimentación globular de 77 mm la primera hora, proteína C reactiva de 205 mg/l, factor reumatoide de 57 mg/dl, y GGT de 149 UI/l. La serología para *Brucella* (rosa de Bengala) era negativa y las radiografías de tórax y hombro eran normales.

Se inició tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico parenteral (2 g tres veces al día). A las 48 horas de comenzar el tratamiento el paciente se quedó afebril, pero refería en esos momentos un dolor localizado en área clavículo-esternal derecha. En la exploración que se hizo en ese momento mostraba una tumefacción dolorosa en el área clavículo-esternal y de la primera articulación costocóncro-esternal derecha. Se realizó una punción aspiración con aguja fina de la zona inflamada para cultivo, que fue negativo. La tomografía computarizada del estrecho torácico superior mostraba irregularidad de la porción anterior del primer cartílago costal derecho sin afectación esternal y con área flemonosa adyacente (fig. 1). La gammagrafía ósea con Tc-99 mostraba hipercaptación de la articulación esternoclavicular y primera articulación condrocostal del mismo lado (fig. 2).

Evolución

En los hemocultivos se obtuvo crecimiento de *Streptococcus agalactiae* sensible a penicilina y macrólidos. Tras conocer el resultado de los hemocultivos se cambió el tratamiento antibiótico por penicilina G sódica (12 MU al día). Durante 15 días completó el tratamiento parenteral, y continuó tras el alta con amoxicilina (1 gramo tres veces al día) otras 4 semanas más. A los 6 meses de seguimiento el paciente se encuentra afebril, y sin limitación de la movilidad de la cintura escapular derecha.

Figura 1.

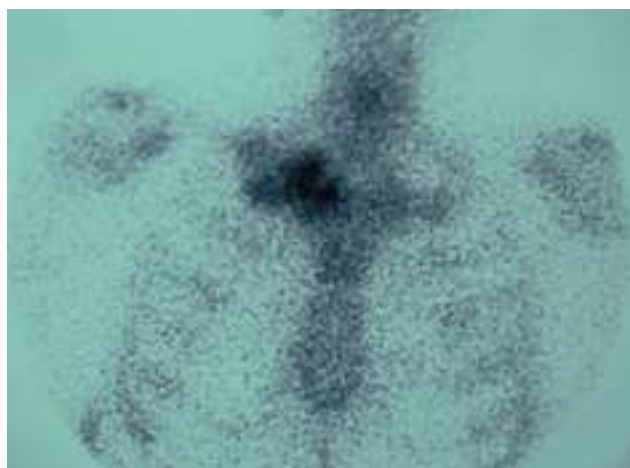


Figura 2.

Correspondencia: Dr J. M. Ramos Rincón.
Avda. Ancha de Castelar, 79 6^a-B.
03690 San Vicente del Raspeig. Alicante.

Manuscrito recibido el 16-07-1999; aceptado el 26-04-2000.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2001; 19: 229-230

Comentario

La incidencia de las infecciones invasoras por *S. agalactiae* en adultos es de 2,4 a 9,2 casos cada 100.000 habitantes/año^{1,2}. El aislamiento de *S. agalactiae* en las formas invasoras en más de las dos terceras partes se realiza a partir de los hemocultivos¹. La bacteriemia por *S. agalactiae* es cada vez más frecuente en adultos³, debido probablemente a un aumento en el número de pacientes con alteraciones de la inmunidad. El origen óseo y/o articular de la bacteriemia por *S. agalactiae* y las metástasis osteoarticulares son variables según las series y oscila entre ningún caso hasta el 17% de las bacteriemias³⁻⁶.

De las infecciones invasoras por *S. agalactiae*, las formas osteoarticulares representan entre el 4% y 14%^{2,7}. Del conjunto de infecciones osteoarticulares la infección articular es más frecuente que la ósea^{8,9}. La artritis suele ser monoarticular u oligoarticular y afecta a las grandes articulaciones como rodilla, caderas, tobillo, codos, y muñecas^{7,9}. Un 50%-60% de los pacientes con artritis cursan con bacteriemia^{7,9}. Las infecciones osteoarticulares por *S. agalactiae*, como sucede con otras formas invasivas aparecen en pacientes con situaciones predisponentes como diabetes mellitus cirrosis hepática o inmunodepresión grave, si bien se han comunicado casos de artritis por *S. agalactiae* sin enfermedad de base⁸, como en el caso que se presenta. Como sucede en otras artritis bacterianas, la existencia de lesión articular previa o material protésico predispone a la infección articular por *S. agalactiae*^{7,9}.

El tratamiento de elección de las infecciones osteoarticulares por *S. agalactiae* es la penicilina combinada o no con un aminoglucósido⁸. Se recomienda prolongar el tratamiento parenteral durante un mínimo de 3-4 semanas a 6 semanas en caso de existir material protésico. En nuestro caso debido a la buena evolución se mantuvo el

tratamiento parenteral durante 2 semanas seguido de 4 semanas de tratamiento oral. La mortalidad de las infecciones osteoarticulares por *S. agalactiae* se asocia con el aislamiento en el torrente sanguíneo⁹, con la infección en otros órganos como el endocardio⁹, y con la mayor gravedad de la enfermedad de base^{7,8}. Las complicaciones locales como la osteomielitis crónica es infrecuente en la artritis por *S. agalactiae* comparado con la artritis por *S. pyogenes*⁷.

Bibliografía

1. Schwartz B, Schuchat A, Oxtoby MJ, Cochi SL, Hightower A, Broome CV. Invasive group B streptococcal disease in adults. JAMA 1991; 266: 1.112-1.114.
2. Farley MM, Harvey C, Stull T, Smith D, Schuchat A, Wenger JD, et al. A population-based assessment of invasive disease due to group B streptococcus in nonpregnant adults. N Engl J Med 1993; 328: 1.807-1.811.
3. Muñoz P, Llancaqueo A, Rodríguez-Creixems M, Peláez T, Martín L, Bouza E. Group B streptococcus bacteremia in nonpregnant adults. Arch Intern Med 1997; 157: 213-216.
4. Ramos JM, Fernández-Roblas A, Núñez A, Fernández-Guerrero ML, Soriano F. Bacteriemia por estreptococo beta-hemolítico de los grupos A y B en adultos. Rev Clin Esp 1995; 195: 541-545.
5. Ribera E, Villegas G, Pigrau C, Planes A, Coira A, Martínez-Vázquez JM. Bacteriemia por *Streptococcus agalactiae* en adultos: estudio de 46 casos ingresados en el Hospital Vall d'Hebron (1978-1985). Med Clin 1988; 91: 211-213.
6. Opal SM, Cross A, Palmer M, Almazan R. Group B Streptococcal sepsis in adults and infants. Contrast and comparisons. Arch Intern Med 1988; 148: 641-645.
7. Schattner A, Kenneth LV. Bacterial arthritis due to beta-hemolytic streptococci of serogroup A, B, C, F and G. Analysis of 23 cases and review of the literature. Medicine (Baltimore) 1998; 77: 122-139.
8. Gómez-Rodríguez, Ferreiro JL, Willish A, Miñoz-López R, Formigo E, González-Mediero. Infecciones osteoarticulares por *Streptococcus agalactiae*. Aportación de 4 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin 1995; 13: 99-103.
9. Giménez M, Sopena N, Viñado B, Cardona PJ, Pedro-Botet ML, Coroleu W, Arnal J. Infecciones invasivas por *Streptococcus agalactiae* en una hospital general universitario durante un periodo de 10 años. Enferm Infecc Microbiol Clin 1996; 14: 300-303.