

Cefalea frontal y fiebre de evolución subaguda en una mujer previamente sana

Gerardo Falcó Jover^a, Pablo Roig Rico^b y José Ramón Domínguez Escribano^c

^aServicio de Urgencias, ^bServicio de Medicina Interna y ^cServicio de Endocrinología. Hospital Universitario San Juan. Alicante. España.

Caso clínico

Mujer de 44 años de edad que consultó por un cuadro de 8 días de evolución de cefalea frontal, náuseas y fiebre elevada. Como único antecedente de interés, destacaba haber sido diagnosticada de hipertiroidismo por enfermedad de Graves-Basedow 5 años antes. Tras el diagnóstico siguió tratamiento con antitiroideos durante 2 años que se suspendió posteriormente. En la exploración física destacaba: temperatura, 38,5 °C; presión arterial, 120/80 mm Hg; frecuencia cardíaca, 90 lat./min. La paciente se encontraba consciente y orientada. Bien hidratada. Ausencia de rigidez de nuca y signos meníngeos. Pares craneales conservados. Discreto exoftalmos bilateral con signos de Grafe y Moebius negativos. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal eran normales. En el hemograma destacaba: 14.900 leucocitos/ μ l (6% cayados). El resto de los parámetros hemáticos y de la bioquímica plasmática sistemática fueron normales.

A las 24 h de su ingreso comenzó con protrusión ocular y quemosis rápidamente progresivas con disminución de la motilidad ocular extrínseca.

En la radiografía simple de senos paranasales (fig. 1) se visualizó un nivel hidroaéreo en el seno maxilar izquierdo. La tomografía computarizada (TC) orbitario-maxilar (figs. 2 y 3) confirmaron una ocupación de las celdillas etmoidales izquierdas, del seno esfenoidal en lado izquierdo, un nivel hidroaéreo en el seno maxilar izquierdo y un engrosamiento de las partes blandas perioculares izquierdas con proptosis, sin observarse interrupción de la lámina papirácea del etmoides. No se apreciaron colecciones en la fosa anterior del cráneo.

Al ingreso se extrajeron 3 hemocultivos donde crecieron exclusivamente en medio anaerobio colonias de *Streptococcus intermedius*, que resultaron sensibles a penicilina. Antes de conocerse el resultado de los hemocultivos se inició antibioterapia con cefotaxima a 2 g por vía intravenosa cada 6 h, que se mantuvo tras conocer el antibiograma. Tres días después de su ingreso la paciente fue intervenida en el Servicio de Otorrinolaringología, practicándose extirpación de mucosa sinusal hiperémica en seno maxilar izquierdo y resección ósea para facilitar el drenaje. Una muestra del material drenado se cultivó y fue positivo para *S. intermedius*. Seis

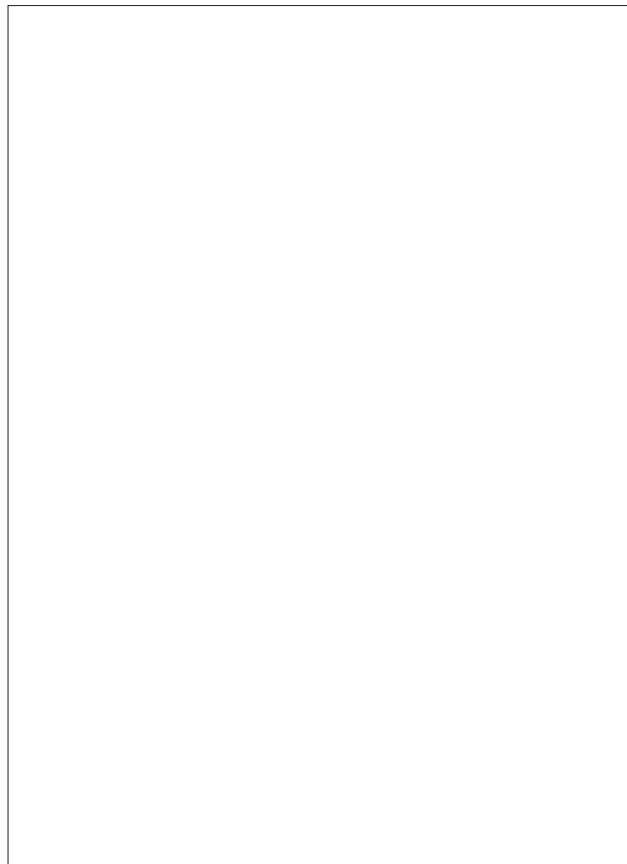


Figura 1. Radiografía simple de senos paranasales que muestra nivel hidroaéreo en el seno maxilar izquierdo.

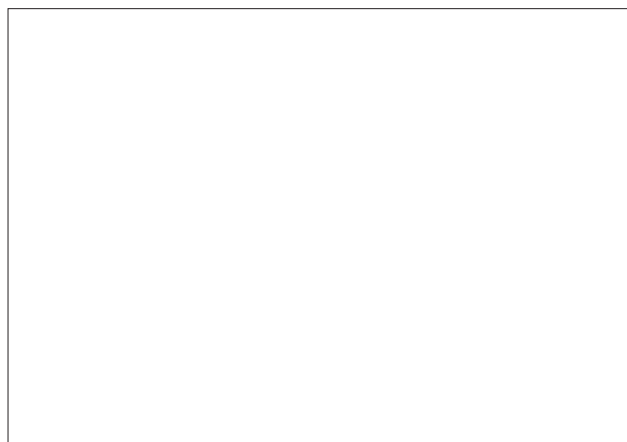


Figura 2. Tomografía computarizada orbitario-maxilar. Visión frontal.

Correspondencia: Dr. G. Falcó Jover.
Servicio de Urgencias.
Hospital Universitario San Juan de Alicante.
Ctra. Alicante-Valencia, s/n. 03550 San Juan. Alicante.
Correo electrónico: gfal@hotmail.com

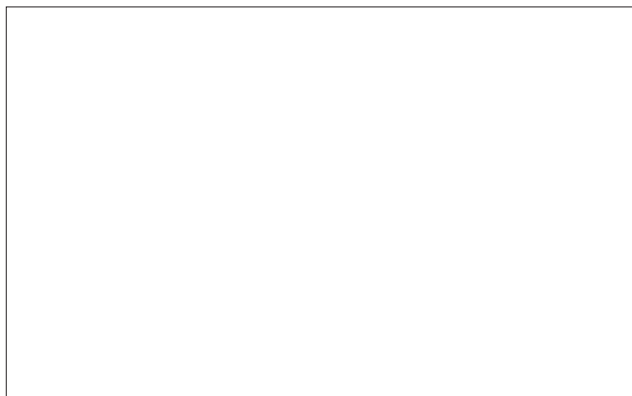


Figura 3. Tomografía computarizada orbitario-maxilar. Visión superior.

días más tarde recibió el alta hospitalaria encontrándose afebril, asintomática y con normalización del recuento leucocitario, aunque persistía un atenuado nivel hidroaéreo en el seno maxilar izquierdo en el control radiológico.

El diagnóstico final fue: sinusitis aguda en senos paranasales izquierdos y celulitis orbitaria izquierda por *S. intermedius*.

Discusión

Los estreptococos pertenecientes al grupo *S. milleri* forman parte de la flora de la boca, orofaringe, tracto digestivo y urogenital y se dividen en tres especies diferentes: *S. anginosus*, *S. intermedius* y *S. constellatus*^{1,2}. Este grupo es una causa rara de bacteriemia³, correspondiendo en la mayoría de las series amplias a sólo el 1-2% del total^{2,5}. Generalmente se relaciona con una infección previa localizada^{1,4}. Se han descrito infecciones localizadas en diferentes zonas del organismo¹. Las más frecuentes son los senos paranasales, aislándose tanto en sinusitis agudas como en crónicas, aunque no se encuentra entre los agentes etiológicos más frecuentes^{1,5,6}. La especie *S. intermedius* se asocia con mayor frecuencia que las otras dos con infecciones del sistema nervioso central como los abscesos cerebrales o el

empiema subdural, en pacientes con sinusitis u otitis media causadas por esta especie^{2,7,8}. La meningitis es rara⁸.

La principal característica clínica del grupo *S. milleri* es la tendencia a producir infecciones supurativas probablemente debido a la producción de enzimas hidrolíticas^{2,8}, lo que a menudo se traduce a nivel radiológico en la existencia de niveles hidroaéreos según la región afectada. El principal factor predisponente para este tipo de infección parece ser la presencia previa de una lesión en la mucosa^{1,3}. La afección del tejido periorbitario por parte de este patógeno, como ocurrió en nuestro caso, no se ha sido descrito previamente. Es posible que la oftalmopatía infiltrativa de Graves-Basedow preexistente contribuyera como factor predisponente.

En el 60% de las bacteriemias por el grupo *S. milleri* existen enfermedades graves subyacentes, como neoplasias, inmunodeficiencias o diabetes mellitus³.

La mayoría de las cepas del grupo *S. milleri* son sensibles a penicilina G^{1,8}. También es sensible a cefalosporinas, clindamicina, vancomicina y eritromicina, que es una buena elección en el caso de alergia a penicilina^{7,8}. Las resistencias a penicilina son raras; sin embargo, es frecuente la resistencia a metronidazol⁷. En ocasiones el drenaje quirúrgico es necesario para controlar la infección^{3,8}.

Bibliografía

1. Gossling J. Occurrence and pathogenicity of the *Streptococcus milleri* Group. Rev Infect Dis 1988;10:257-85.
2. Sánchez-Porto A, Torres-Tortosa M, Canueto J, Domínguez MC. Bacteriemias por el grupo *Streptococcus milleri*. Análisis de 18 episodios. Rev Clin Esp 1997;197:393-7.
3. Jacobs JA, Pietersen HG, Stobberingh EE, Soeters PB. Bacteriemia Involving the *Streptococcus milleri* Group: Analysis of 19 Cases. Clin Infect Dis 1994; 29:704-13.
4. Casariego E, Rodríguez A, Corredoira JC, Alonso P, Coira A, Bal M, et al. Prospective Study of a *Streptococcus milleri* Bacteriemia. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1996;15:194-200.
5. Evans FO, Sydnor JB, Moore WEC, Moore Gr, Manwaring JL, Brill AH, et al. Sinusitis of the maxillary antrum. N Engl J Med 1975;293:735-9.
6. Brook I. Bacteriologic features of chronic sinusitis in children. JAMA 1981; 246:967-9.
7. Salavert M, Gómez L, Rodríguez-Carballeira M, Xercavins M, Freixas N, Garau J. Seven-Year Review of Bacteriemia Caused by *Streptococcus milleri* and Other Viridans Streptococci. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1996;15: 365-71.
8. Piscitelli SC, Shwed J, Schreckenberger P, Danziger LH. *Streptococcus milleri* Group: Renewed Interest in an Elusive Pathogen. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1992;11:491-8.