

Cuadro febril con disminución del nivel de conciencia

Julia Lobo, José A. Nuevo, Juan González del Castillo y Concepción González-Galán

Servicio de Medicina Interna III. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente diagnosticado inicialmente de neumonía y meningitis con afectación ocular en el que posteriormente apareció endocarditis mitral, encontrándose en los cultivos *Streptococcus pneumoniae*. Dada la gravedad de este último diagnóstico es fundamental la sospecha clínica con el fin de iniciar precozmente el tratamiento adecuado.

Varón de 40 años, indigente, fumador y bebedor importante, con fiebre, deposiciones diarreicas y disminución del nivel de conciencia. Exploración física: temperatura 40 °C, somnoliento. Hiperemia conjuntival bilateral. La auscultación pulmonar mostró crepitantes en el tercio inferior del pulmón derecho. La auscultación cardíaca fue normal. En el abdomen destacaba hepatomegalia a 4 cm del reborde costal. En la exploración neurológica se observaba pupila izquierda poco reactiva; rigidez de nuca con signo de Kernig positivo y signo de Brudzinski negativo. En la exploración oftalmológica se encontró hiperemia ocular mixta 3+, edema supepitelial central, atalámia central, atrofia del iris temporal, rubeosis, condensación en cristalino anterior central con ramificaciones de fibrina, catarata intumescente con sinequias posteriores 360°, disminución de la agudeza visual en el ojo izquierdo. El resto de la exploración física fue normal. El hemograma mostraba: 16.590 leucocitos con 90,8% de neutrófilos y 3,4% de linfocitos; hemoglobina de 9,4 g/dl y hematocrito de 28,7%; volumen corpuscular medio (VCM), 105,2 fl. La velocidad de sedimentación globular (VSG) era de 64 mm. Bioquímica: sin alteraciones. Líquido cefalorraquídeo (LCR): glucosa, 40 mg/dl; proteínas, 200 mg/dl; 370 células (93% neutrófilos). Hemocultivos positivos para *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), sensible a penicilina (concentración inhibidora mínima [CIM], 0,025 µg/ml), vancomicina y eritromicina. El cultivo de LCR resultó positivo para neumococo. En la radiografía de tórax se observó condensación en lóbulo medio derecho. La tomografía computarizada (TC) craneal no mostró lesiones agudas. La serología de VIH fue negativa. El resto de las pruebas complementarias realizadas (ácido fólico y vitamina B₁₂, electrocardiograma, sedimento y cultivo de orina, Ziehl, Mantoux, cultivo de humor vítreo) fueron normales. Ante la persistencia de la fiebre y la aparición en la auscultación cardíaca de un soplo pansistólico en foco mitral se realizó ecocardiograma transtorácico: valva anterior engrosada en su borde libre con insuficiencia

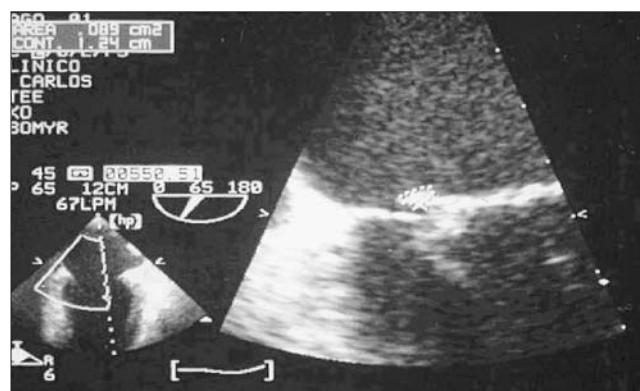


Figura 1. Válvula mitral mixoide con vegetación de 1 cm² sobre la valva anterior en su porción media con insuficiencia mitral excéntrica del grado moderado.



Figura 2. Prolapso del velo anterior de la válvula mitral que produce insuficiencia moderada-grave producida por un jet excéntrico que se dirige haciendo efecto coanda hacia la cara lateral dirigiéndose hasta el techo de la auricular izquierda.

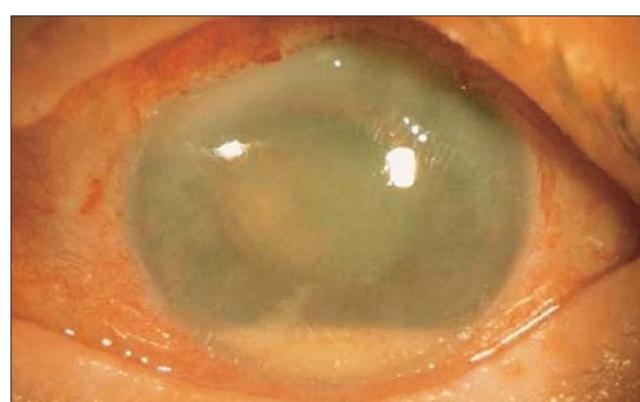


Figura 3. Endoftalmitis neumocócica.

Correspondencia: Dra. J. Lobo.
Galileo, 55, 1º D. 28015 Madrid. España.
Correo electrónico: julialobo@yahoo.es

Manuscrito recibido el 11-12-2002; aceptado el 4-6-2003.

mitral excéntrica de dirección posterior; resto normal (figs. 1-3).

Se realizó ecocardiograma transesofágico con vegetación de aproximadamente 0,5 cm localizada en velo anterior, el cual se prolapsó y produjo una insuficiencia moderada-grave, se estableció el diagnóstico de neumonía neumocócica, endocarditis mitral, meningitis neumocócica, endoftalmitis endógena por neumococo, y se inició tratamiento con eritromicina y ceftriaxona intravenosas y colirios de ceftazidima, vancomicina y corticoides. El paciente presentó una buena evolución clínica, salvo la endoftalmitis, que dejó como secuela ojo amaurótico.

Comentario

El neumococo coloniza la nasofaringe y se aísla del 5 al 19% de los adultos sanos. Entre éstos, los brotes se asocian a situaciones de aglomeración, entre ellos albergues de personas sin hogar (como en nuestro caso). La endocarditis por neumococo representa menos del 1% de los casos de endocarditis, pero con elevada mortalidad a pesar del tratamiento. Cursa habitualmente de forma aguda y generalmente asienta sobre válvulas sanas, siendo la aórtica la afectada con más frecuencia¹⁻³, y excepcional la endocarditis sobre prótesis (en nuestro caso la válvula mitral era la afectada^{1,2}). La asociación de neumonía, meningitis y endocarditis se conoce como síndrome de Austrian, que en 1957 comunicó un total de 8 casos, de los cuales seis fallecieron por rotura de la válvula aórtica.

En la mayor parte de los casos la enfermedad se presenta en varones de mediana edad con enfermedades crónicas. El alcoholismo, al igual que en el caso que presentamos, y la asplenia son los principales factores predisponentes^{1,2,4,5}. La endocarditis suele hacerse evidente después de una aparente recuperación de la neumonía o de la meningitis. Hasta el 20% de los casos presentan náuseas y vómitos o diarrea, a veces llamativos, como en el caso descrito. El hallazgo de un soplo cardíaco sugiere la aparición de una endocarditis^{1,2,6}, una complicación rara, pero grave debido a una rápida destrucción de las válvulas cardíacas. Incluso en ausencia de soplo, la coexistencia de varios focos sépticos como neumonía, meningitis y endoftalmitis sugiere clínicamente una endocarditis. La confusión debe alertar ante una posible meningitis^{1,2}. Ninguna característica clínica ni analítica diferencia la meningitis por neumococo de la debida a otras bacterias. Ante todo paciente diagnosticado de neumonía o meningitis que no mejore o que presente empeoramiento después de la mejoría inicial, o en pacientes con sepsis neumocócica que no mejora a pesar de una antibioticoterapia adecuada, hay que sospechar la aparición de endocarditis. La incidencia de la enfermedad invasiva neumocócica se ha incrementado recientemente debido a la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La aparición de infección neumocócica en otras localizaciones del cuerpo habitualmente estériles indica una diseminación hematogena, y ante la afectación en un adulto joven se recomienda practicar pruebas de detección de infección por el VIH^{1,4,5}. En nuestro caso, el paciente era

seronegativo para el VIH pero presentaba afectación ocular distinta a los casos descritos previamente en el síndrome de Austrian: endoftalmitis^{4,7}. La penicilina se ha considerado el tratamiento de elección; debido a los cada vez más frecuentes casos de resistencia (CIM, 0,5-1 µg/ml), se han utilizado con éxito cefalosporinas de tercera generación, y en los casos excepcionales de alta resistencia a cefotaxima, el antibiótico de elección es la vancomicina^{1,2,7}. La vancomicina ha fallado en casos de meningitis debido a su penetración variable a través de la barrera hematoencefálica, por lo que debe ser utilizada con dosis suplementarias intratecales. Las cepas sensibles a cefotaxima con CIM ≥ 1 µg/ml deben ser tratadas con dosis altas de cefotaxima o con combinación de fármacos cefotaxima y vancomicina, cefotaxima/ceftriaxona, y rifampicina o vancomicina y rifampicina^{1,2,6}. En nuestro caso, la cepa presentaba una CIM de 0,025 µg/ml para penicilina, con buena respuesta a ceftriaxona y eritromicina. Dada la buena respuesta al tratamiento empírico inicial empleado se decidió no sustituir por las pautas comentadas de antibióticos. Debido a la agresividad de la endocarditis la mayoría de los pacientes requieren tratamiento quirúrgico con reemplazo valvular^{1,2}. El riesgo de fallecimiento está asociado al fallo cardíaco izquierdo, independientemente de la resistencia a la penicilina^{1,7}.

El neumococo es un germen que puede producir infecciones con frecuencia, y estas infecciones tienen mayor riesgo de ser invasivas en determinados pacientes predisponentes. La sospecha clínica y el inicio precoz de un tratamiento adecuado será vital para el paciente.

Bibliografía

1. Siles Rubio JR, Anguita Sánchez M, Castillo Domínguez JC, Ramírez Moreno A, Pavlovic D, Berjillos Cortés F, et al. Síndrome de Austrian (endocarditis, meningitis y neumonía por *Streptococcus pneumoniae*). A propósito de un caso poco frecuente. Rev Esp Cardiol 1998;51:1006-8.
2. Muñoz P, Sainz J, Rodríguez-Creixéms M, Santos J, Alcalá L, Bouza E. Austrian Syndrome caused by highly penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. Clin Infect Dis 1999;29:1591-2.
3. Milazzo L, Marchetti G, Negri C. A case of Austrian's syndrome with ocular involvement. Infection 1999;27:46-7.
4. Taylor SN, Sanders CV. Unusual manifestations of invasive pneumococcal infection. Am J Med 1999;107:12S-27S.
5. Carrasco R, Roig P, Salavert M, Nieto A, Bernacer B, Rodríguez M, et al. Síndrome de Austrian e infección por el virus de inmunodeficiencia humana. An Med Interna 1991;8:391-2.
6. Gawryluk D, Kober J, Burakowska B, Wiatr E. Pneumonia and panophthalmitis as first signs of pneumococcal endocarditis. Pneumol Alergol Pol 1998;66:337-45.
7. Martínez E, Miró JM, Almirante B, Aguado JM, Fernández-Viladrich P, Fernández-Guerrero ML, et al. Effect of penicillin resistance of *Streptococcus pneumoniae* on the presentation, prognosis, and treatment of pneumococcal endocarditis in adults. Clin Infect Dis 2002;35:130-9.