



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Desenlace inesperado de amigdalitis pultácea en persona joven sin comorbilidad



Unexpected outcome of pultaceous tonsillitis in a young person without comorbidity

Alejandra Carmen Nasarre Puyuelo^a, Marco Sarrat Torres^b, Antonio Beltrán Rosel^c, Carmen Aspiroz^d y José María Ferreras Amezc^{e,*}

^a Médico Interno Residente, Medicina Familiar y Comunitaria, Sector III, Zaragoza, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^d Servicio de Microbiología, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

^e Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Descripción del caso:

Paciente varón de 39 años de edad sin comorbilidades ni antecedentes de interés que acudió a urgencias por odinofagia y fiebre de tres días de evolución. Previamente había consultado con su médico de atención primaria, quien prescribió tratamiento sintomático. No se practicó ningún test rápido. En la exploración física presentaba exudados faringoamigdalares bilaterales, adenopatías laterocervicales bilaterales, y en la extremidad inferior derecha se evidenciaba mayor consistencia en el abductor, con una extensión de 10 cm de diámetro máximo, que contribuía a un aumento del perímetro respecto a la extremidad contralateral. No había antecedentes traumáticos, ni describía dolor en la extremidad. Se realizó test de antígeno rápido de estreptococo grupo A con resultado positivo.

Evolución y diagnóstico:

Las constantes fueron: presión arterial 98/78, frecuencia cardíaca 110/min, temperatura 36,7 °C. Analítica: leucocitos $21,4 \times 10^3/\mu\text{L}$, PCR 18 mg/dl, ácido láctico 5,9 mmol/l, actividad de protrombina 55%, procalcitonina 4,98 ng/ml, CK 842 U/l. El resultado de la tomografía computarizada (TC) toracoabdominal-extremidades se informó como empastamiento y láminas líquidas que rodean el músculo pectíneo derecho, extendiéndose al inicio de los músculos aductores y en el cuadrado femoral. Hipodensidad, extendiéndose en sentido caudal y con afectación de músculos recto interno, bíceps en porción corta anterior y porción larga, músculo semimembranoso y semitendinoso. Láminas de líquido y trabeculación de la grasa intermuscular hasta el hueso poplíteo (fig. 1).

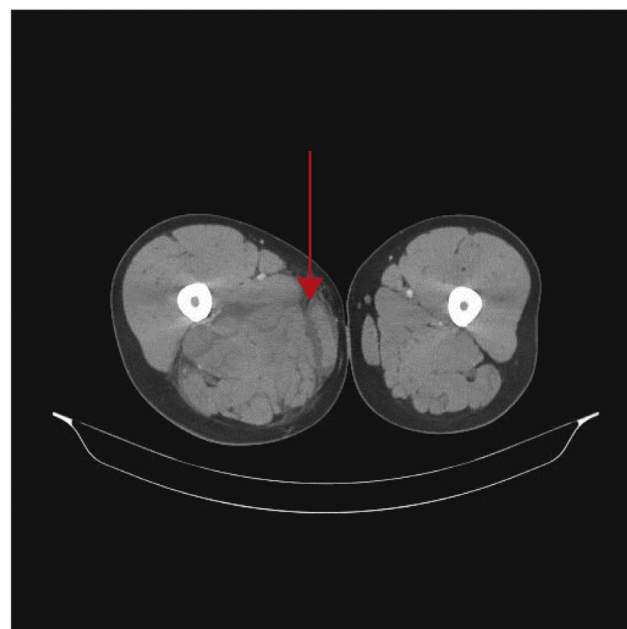


Figura 1. Tomografía computarizada de extremidad. La flecha señala empastamiento y láminas líquidas que rodean músculos y trabeculación de la grasa intermuscular.

Se obtuvieron hemocultivos, se pautó meropenem, linezolid y volumen (30 ml/kg) en las tres primeras horas, no precisó vasopresores por presión arterial media > 65 mmHg y diuresis superior a 0,5 ml/kg/hora. En menos de tres horas se realizó drenaje de extremidad con salida de líquido turbio amarillento no maloliente y amplio desbridamiento de todos grupos musculares, con pérdida de coloración. La herida quirúrgica quedó abierta.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chemafererras@hotmail.com (J.M. Ferreras Amezc).

Tras su ingreso en la UCI, precisó noradrenalina, dopamina y hemodiafiltración venovenosa continua. En los cultivos de las muestras de frotis faríngeo, biopsia muscular y sangre se aisló *Streptococcus pyogenes*. La cepa era sensible a penicilina, clindamicina, eritromicina y tetraciclina. Se remitieron dos aislados de diferentes localizaciones (exudado faríngeo y biopsia de músculo) al Centro Nacional de Microbiología (Majadahonda, Madrid), y se caracterizó como serotipo M89, speB, speC, speF, speG, speH, speJ. El estudio anatomopatológico mostró necrosis de la fascia muscular superficial, con infiltrado de polimorfonucleares y presencia de microorganismos. Se asoció clindamicina (por su efecto antitoxina) ante el diagnóstico de síndrome de shock tóxico estreptocócico (STSS) asociado a fascitis necrosante. El ecocardiograma transesofágico no arrojó signos de endocarditis. A las veinticuatro horas se instauró shock refractario, a pesar de tratamiento con terlipresina, presentando asistolia refractaria a maniobras de resucitación.

En diciembre de 2022, la OMS reportó un aumento de la incidencia de infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* o estreptococo β -hemolítico del grupo A (iGAS) con casos en Europa y Estados Unidos¹. La prevalencia de estas formas invasivas se establece en 2 casos por cada 100.000 habitantes, y, de ellas, un 12% se complican con el llamado STSS, cuya tasa de mortalidad alcanza hasta el 84% de los casos².

A pesar de que existen redes en distintos países que controlan la incidencia de las iGAS, los estudios no determinan las razones del resurgimiento tan agresivo. Factores clásicos como las condiciones socioeconómicas y la falta de atención médica no se han podido relacionar. En España, en 2022, el PedGAS-net alertó del aumento significativo de casos de iGAS, y se especuló que pudiera estar relacionado con la falta de exposición a patógenos respiratorios que sufren los niños debido a su aislamiento social durante la pandemia³.

Por otra parte, si bien se ha hecho un gran esfuerzo para entender y conocer los factores de virulencia, tan solo se ha podido describir una cierta asociación con determinados serotipos productores de proteína M, producción de toxinas y expresión del polisacárido capsular. Sin embargo, teniendo en cuenta que ni un aumento de la resistencia a los antibióticos ni un nuevo tipo de la secuencia del gen *emm* (asociada con la producción de proteína M y responsable

de las formas más invasivas) han sido reportados, la OMS actualmente considera que el riesgo de iGAS para la población general es bajo¹.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para usar las imágenes conforme a la reglamentación del centro. Se han respetado las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki y sus enmiendas posteriores o comparables estándares.

Financiación

No se ha precisado financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este caso es un ejemplo de participación multidisciplinar. Ante la imposibilidad de citar a todos ellos, queremos resaltar la participación de los servicios de Urgencias, Cuidados Intensivos, Traumatología, Radiología, Microbiología, Hematología, Anatomía Patológica y Cardiología, así como la caracterización de las cepas remitidas al Centro Nacional de Microbiología.

Bibliografía

1. World Health Organization, Disease Outbreak News; Increased incidence of scarlet fever and invasive Group A *Streptococcus* infection-multi-country. Ginebra: WHO.int; 2022 [actualizado 15 Dic 2022; consultado 12 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON429>
2. Kanwal S, Vaitla P. *Streptococcus pyogenes*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [actualizado 31 Jul 2023; consultado 12 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554528>
3. Cobo-Vázquez E, Aguilera-Alonso D, Carrasco-Colom J, Calvo C, Saavedra-Lozano J, PedGAS-net Working Group. Increasing incidence and severity of invasive Group A streptococcal disease in Spanish children in 2019–2022. Lancet Reg Health Eur. 2023;27:100597, <http://dx.doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100597>.