



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/10 - BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS ANGINOSUS

F. Martín González^a, J. Bea Martínez^b, M. Ezquerro García^d y B. Pérez Ubago^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Murillo de Río Leza. La Rioja. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Médico Alcanadre. La Rioja. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Ventas Blancas. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 24 años, antecedentes de colitis ulcerosa distal sin tratamiento farmacológico (último brote hace 5 años), sin hábitos tóxicos. Debuta con odinofagia y fiebre de 24 horas de evolución pautándose azitromicina por faringoamigdalitis aguda con empeoramiento progresivo, fiebre mantenida 39 °C y escalofríos. Teniendo en cuenta valores analíticos y fiebre con tiritona (criterios SRIS y sospecha sepsis) se decide ingreso en Servicio Infecciosas. Se inicia tratamiento con ceftriaxona sin respuesta. Se identifica lesión pseudonodular cavitada en LSD que sugiere proceso infeccioso, derrame pleural bilateral y derrame pericárdico circunferencial leve (ecocardiograma). Presenta evolución satisfactoria tras tratamiento con ertapenem.

Exploración y pruebas complementarias: PA 120/63 mmHg, ligera palidez cutánea y mucosas, normohidratado, eupneico, sin signos meníngeos. Orofaringe: eritematosa, hipertrofia amigdalar con exudado en amígdala derecha, sin trismus ni alteraciones de paladar blando, adenopatía laterocervical no dolorosa, no adherida a planos profundos. AC: rítmico, sin soplos ni roces. AR: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. Analítica sanguínea: creatinina 1.20, leucocitos 2.600 (neutrófilos 90%, linfocitos 9,1%), PCR 277, PCT 14,16, tiempo protrombina 63%. Serología VIH, VEB, CMV, Coxsackie negativa. Sistemático orina/urocultivo: sin alteraciones. Rx tórax y abdomen: sin signos de patología aguda. Hemocultivo: Streptococcus anginosus (antibiograma sin resistencias).

Orientación diagnóstica: Faringoamigdalitis aguda, bacteriemia y sepsis por Streptococcus del grupo anginosus (SGA), neumonía cavitada lóbulo superior derecho, pericarditis aguda.

Diagnóstico diferencial: Principalmente con faringitis por adenovirus y mononucleosis infecciosa. Los adenovirus producen hiperemia amigdalar, en ocasiones con exudado purulento, que se acompaña de manifestaciones clínicas parecidas, pero de menor intensidad. La mononucleosis infecciosa origina una amigdalitis congestiva o con abundante exudado purulento, poliadenopatías, esplenomegalia esporádica, fiebre más prolongada, exantema cutáneo y prueba de Paul-Bunnell positiva.

Comentario final: La bacteriemia por SGA es infrecuente, tienen bajo nivel de resistencias y alta tasa de curación. El SGA forma parte de la flora residente de oronasofaringe, tracto gastrointestinal y vagina, desde donde pueden migrar y causar diferentes infecciones piógenas. En nuestro caso, un paciente sin déficits inmunológicos conocidos desarrolla bacteriemia por SGA a partir de un foco ORL (amigdalitis purulenta). El diagnóstico precoz es fundamental para evitar la aparición de complicaciones.

Bibliografía

1. Fazili T, Riddell S, Kiska D, et al. Streptococcus anginosus group bacterial infections. Am J Med Sci. 2017;354(3):257-61.

Palabras clave: Amigdalitis. Streptococcus anginosus. Sepsis.