



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

## 452/102 - SHOCK SÉPTICO EN EL CONTEXTO DE UNA INFECCIÓN POR INFLUENZA A H1N1 SOBREINFECTADA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

F. Angoso Berrocal<sup>1</sup>, J. Sánchez Melús<sup>2</sup>, E. Andrés Vilares<sup>3</sup>, P. Arbués Espinosa<sup>3</sup>, I. Vallespí Puyol<sup>3</sup>, R. Bravo Andrés<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almunia de Doña Godina. Zaragoza.<sup>2</sup>Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.<sup>4</sup>Médico de Atención Continuada. Centro de Salud La Almunia de Doña Godina. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 36 años, sin alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes de interés, acude al Centro de Salud por clínica sugestiva de cuadro catarral asociado a fiebre de hasta 38,4 °C, por lo que se le pauta paracetamol/codeína cada 8 horas. Acude de nuevo pasadas 24 horas por persistencia y aumento de la fiebre (39,2 °C) y dolor en hemicárdia derecha “a punta de dedo”, según refiere. Se decide tratar con diclofenaco im y diazepam por la noche. Sin embargo, esa tarde acude a Urgencias del Centro de Salud refiriendo tos hemoptoica, sensación disnea, prurito generalizado junto con la aparición de un eritema diseminado. Tras la exploración, se decide administrar salbutamol inhalado, 100 mg de hidrocortisona, adrenalina y dexclorfeniramina im. Al no responder adecuadamente al tratamiento, se decide la derivación a Urgencias. Tras la exploración y pruebas que se realizaron en Urgencias, se inició tratamiento con oseltamivir, ceftriaxona, clindamicina y gammaglobulina (3 días). Inicialmente, la evolución fue tórpida, presentando un cuadro de linfocitosis reactiva al cuadro séptico, persistencia de la fiebre por lo que se decidió ampliar tratamiento antibiótico (meropenem, linezolid y colistina), disminución progresiva de la FiO2 que terminó en un drenaje pleural. Con esto, se estabilizó y pasó a planta donde, tras control y mejoría se dio el alta con controles por su médico de Atención Primaria. Finalmente, realizó sus controles tanto a nivel hospitalario como en su Centro de Salud, y la paciente evolucionó de forma satisfactoria, sin ninguna secuela reseñable.

**Exploración y pruebas complementarias:** Centro de Salud: inicialmente, anodina. En Urgencias del Centro de Salud, se auscultó una hipoventilación basal izquierda, con saturación de oxígeno de 62% y TA 75/48. Urgencias: a su llegada, se le realizó una Rx tórax con afectación alveolar bilateral. TAC pulmonar que revela un derrame pleural bilateral junto con múltiples condensaciones algodonosas, predominantes en lóbulos inferiores. La analítica reveló una leucopenia, trombocitopenia, un dímero D negativo (113). La gasometría arterial reveló una acidosis láctica con pH 7,28, pO2 62, pCO2 87, ácido láctico 6,8. Se realizó un frotis de sangre periférica (sospechando analíticamente leucemia promielocítica) y punciación de MO, que resultó negativo. A su vez, se realizó fibrobroncoscopia observándose cese de la hemoptisis y se tomaron muestras donde se aisló S. pyogenes. Además, test de la gripe A positivo.

**Juicio clínico:** Shock séptico en el contexto de una gripe A sobreinfectada por S. pyogenes.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía adquirida en la comunidad. Edema agudo de pulmón. Síndrome de distrés respiratorio agudo. Leucemia promielocítica. Alveolitis alérgica extrínseca. Tromboembolismo pulmonar.

**Comentario final:** Está infravalorada la posibilidad de coinfección entre estos dos gérmenes dada su probabilidad (29-34%). Sin embargo, se debe considerar sobre todo en grupos de riesgo como son mayores de 65 o menores de 5 años, IMC > 40, inmunosupresión, alcoholismo, etc. En este caso, se descubrió que la paciente fue sobreinfectada por la convivencia con su hija, diagnosticada de amigdalitis bacteriana.

## Bibliografía

Guerrero G, Marín F. Enfermedad invasora por Streptococcus pyogenes como coinfección en un paciente con influenza A H1N1. Red Med Chile. 2015;143:1070-5.

**Palabras clave:** Virus de la Influenza A. Streptococcus pyogenes. Sepsis. Neumonía bacteriana.