



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas científicas

Meningitis aguda por *Streptococcus suis* en una criadora de cerdos

Acute Streptococcus suis meningitis in a pig breeder

Sr. Editor:

Desde que en 1968 se comunicasen los primeros casos de infección en humanos por *Streptococcus suis* (*S. suis*)¹, son ya más de 200 los casos publicados. La mayoría proceden de Holanda, China u otros países del extremo Oriente, donde la cría de ganado porcino y el manufacturado de su carne es una de las bases de la economía. En España se han publicado hasta la fecha 14 casos^{2,3}.

Presentamos el caso de una mujer de 33 años, fumadora de 20 cigarrillos/día y que trabaja en una granja porcina en contacto directo con los animales en tareas de alimentación y limpieza de instalaciones. Consultó a su médico de cabecera por un cuadro de dos días de evolución de congestión nasal, tos poco productiva, cefalea holocraneal y fiebre de más de 38 °C. Se trató con 500 mg/día de azitromicina y paracetamol que no fueron efectivos. Ante la aparición de cefalea occipital y náuseas sin vómitos decide acudir al servicio de Urgencias. A su llegada, la exploración física general y las contantes eran normales (T.A. 103/60 mmHg, T.^a 36,5 °C y frecuencia cardíaca 55 latidos/min), no había lesiones cutáneas y en la exploración neurológica destacaban somnolencia y rigidez de nuca con signos de Kernig y Brudzinski. En sangre periférica había 12.820 leucocitos/ μ L con 84,5% de neutrófilos; el resto del hemograma, bioquímica, coagulación, electrocardiograma y radiografía de tórax fueron normales. La paciente presentó entonces un pico de más de 38 °C, por lo que con la sospecha clínica de meningitis aguda se realizó una punción lumbar, obteniéndose un líquido cefalorraquídeo (LCR) de aspecto claro con 404 leucocitos (84,5% polimorfonucleares), 45 mg/dL de glucosa (115 mg/dL de glucemia simultánea) y 0,7 g/L de proteínas. En la tinción GRAM del LCR se observaban células polimorfonucleares sin gérmenes. Se instauró tratamiento empírico con 2 gramos de ceftriaxona IV/12 horas y 2 gramos de vancomicina IV/12 horas. En el cultivo del líquido cefalorraquídeo y hemocultivo crece *S. suis* serotipo 2 por los sistemas Api 20 Strep y Vitek (BioMérieux). Se realizó antibiograma por el método de difusión en agar (disco-placa) en medio Mueller-Hinton con sangre (incubación a 35 °C/18 horas en atmósfera de CO₂) y el aislamiento fue sensible a penicilina, ceftriaxona, vancomicina y rifampicina; y resistente a eritromicina y clindamicina. En consecuencia, se suspendió la vancomicina y se completaron 4 semanas de tratamiento con ceftriaxona. La paciente refería en los primeros días del ingreso acufenos y una sensación de plenitud en el oído derecho, por lo que se completó el estudio con resonancia magnética cerebral a fin de descartar absceso, una audiometría y

potenciales evocados de tronco cerebral. Todas las pruebas fueron normales y los síntomas remitieron espontáneamente, siendo favorable la evolución clínica posterior. En la revisión, un mes y medio tras el alta hospitalaria, la paciente permanecía asintomática.

El *S. suis* tipo 2 (grupo R de la clasificación de Lancefield) es un germen grampositivo y anaerobio facultativo, frecuentemente hallado como saprofito en cerdos, donde causa múltiples infecciones^{4,5}. Además de los casos esporádicos, se han comunicado en China dos brotes de infección por *S. suis* en humanos^{6,7}. En la gran mayoría de los infectados existe contacto reciente con ganado porcino o con sus derivados crudos. La meningitis aguda es la presentación clínica más frecuente⁸ (entre el 75 y el 85% de los casos), si bien se han descrito casos de bacteriemia, espondilodiscitis, artritis, endocarditis, uveítis o más recientemente de aneurismas micóticos⁹. Aunque la mortalidad es baja (de un 7 a un 9%), en más de la mitad de los casos persisten secuelas en forma de hipoacusia grave y lesión vestibular.

Aunque la incidencia de meningitis por *S. suis* continúa siendo baja, debemos incluir a este patógeno en el diagnóstico diferencial de pacientes expuestos a ganado porcino o a sus derivados crudos, pues un tratamiento precoz es clave para evitar sus secuelas. Así mismo, se deberían generalizar entre los trabajadores del ganado porcino el uso de métodos de barrera que impidan la contaminación de las heridas cutáneas en manos y antebrazos, pues son puertas de entrada reconocidas del *S. suis*.

Bibliografía

- Perch B, Kristjansen P, Skadhauge K. Group R streptococci pathogenic for man. Two cases of meningitis and one fatal case of sepsis. Acta Pathol Microbiol Scand. 1968;74:69–76.
- Galbarro J, Franco-Álvarez de Luna F, Cano R, Ángel Castano M. Acute meningitis and spondylodiscitis due to *Streptococcus suis* in a patient who had no contact with pigs or porcine products. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009;27:425–7.
- Aspiroz C, Vela AI, Pascual MS, Aldea MJ. Acute infective endocarditis due to *Streptococcus suis* serotype 2 in Spain. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009;27:370–1.
- Watkins EJ, Brooksby P, Schweiger MS, Enright SM. Septicaemia in a pig-farm worker. Lancet. 2001;357:38.
- Kopic J, Paradzik MT, Pandak N. Streptococcus suis infection as a cause of severe illness: 2 cases from Croatia. Scand J Infect Dis. 2002;34:683–4.
- Hu X, Zhu F, Wang H, Chen S, Wang G, Sun J, et al. Studies on human streptococcal infectious syndrome caused by infected pigs. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi. 2000;34:150–2.
- Outbreak associated with *Streptococcus suis* in pigs, China. Wkly Epidemiol Rec. 2005;80:269–270.
- Juncal AR, Pardo F, Rodríguez I, Pérez del Molino ML. Meningitis by *Streptococcus suis*. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1997;15:120–1.
- Laohapensang K, Rutherford RB, Arworn S. Mycotic abdominal aortic aneurysm due to *Streptococcus suis*: a case report. Surg Infect (Larchmt). 2010;11:179–81.

José Fernández-Ferro^{a,*}, Francisco Javier López-González^a,
Fernanda Pardo^b y Juan Manuel Pías-Peleteiro^a

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josecferro@gmail.com (J. Fernández-Ferro).

^a Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Santiago,
Santiago de Compostela, A Coruña, España

^b Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Clínico Universitario de
Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

doi:10.1016/j.eimc.2010.12.013

Síndrome de Weil en paciente con sida: primer relato de caso en España

Weil's syndrome in a patient with aids: the first case reported in Spain

Sr. Editor:

La leptospirosis es una entidad de distribución mundial a excepción de los polos, con predominio en zonas tropicales¹. Su presentación clínica puede ser muy variable, desde formas asintomáticas hasta infecciones graves que pueden ocasionar fallo multiorgánico y la muerte². Hasta el momento actual sólo se han descrito 7 casos de leptospirosis en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ninguno de ellos en España³⁻⁸. Presentamos un caso de coinfección por VIH y *Leptospira*, con deterioro inmunológico severo, cuyas serologías no fueron reactivas siendo necesaria la reacción en cadena de polimerasa (PCR) para su diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 45 años que acude a urgencias por cuadro de 2 semanas de evolución de malestar general, fiebre, dolor abdominal e ictericia. El paciente vivía en una casa abandonada donde convivía con ratas, era usuario de heroína por vía parenteral y presentaba infección por VIH y virus de la hepatitis C (VHC), aunque sin seguimiento médico ni tratamiento. En la exploración física destacaba una temperatura de 38,2 °C con marcada ictericia cutaneomucosa y hepatomegalia dolorosa de 4 cm. En las analíticas realizadas desta-

caba una importante plaquetopenia (16.000/ μ l), insuficiencia renal aguda (urea, 218 mg/dl; creatinina, 5,2 mg/dl), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total, 22,6 mg/dl, toda a expensas de directa) no presentes en estudios previos. El tiempo de protrombina era de 14 s, con AST de 81 UI/l y ALT de 47 UI/l. La cifra de linfocitos CD4 era de 123 cel/ μ l, con una carga viral del VIH de 218.000 copias/ml. Mediante tomografía computarizada y colangiorresonancia magnética se descartó obstrucción de las vías biliares. Ante la sospecha de leptospirosis, se instauró tratamiento intravenoso con ceftriaxona a dosis de 2 g/día durante 7 días, con progresiva mejoría clínica y completa normalización de las alteraciones analíticas en 2 semanas, sin precisar diálisis ni otras medidas invasivas. Aunque las serologías por técnica de enzimoimmunoanálisis (ELISA) repetidas con un intervalo de 2 semanas no fueron reactivas, el diagnóstico se confirmó mediante PCR para *Leptospira* en orina positiva.

Discusión

El antecedente epidemiológico puede indicar esta entidad, siendo las ratas el reservorio principal que condiciona la infección en humanos debido a la eliminación (de forma continua o intermitente) de *Leptospira* en orina, produciendo la contaminación del ambiente y, sobre todo, de las aguas⁹. Este antecedente, que fue interrogado intencionadamente, se cumplía también en nuestro caso. Las manifestaciones clínicas y analíticas, aunque indicativas, no son específicas de esta entidad. El método más usado para su diagnóstico es la serología, siendo el test de aglutinación microscópica (MAT) la técnica de mayores sensibilidad y especificidad, aunque sólo se halla disponible en centros de referencia. Nosotros

Tabla 1

Principales características de los casos publicados de coinfección por *Leptospira* y VIH

Caso	Edad	Linfocitos CD4 (cel/ μ l)	Hallazgos clínicos y analíticos	Evolución	Tratamiento
1 ³	24	ND	Meningitis, mialgias, tos, plaquetopenia	Curación	Ampicilina
2 ³	22	ND	Ictericia, meningitis, mialgias, cuadro pseudogripal, plaquetopenia	Curación	ND
3 ⁴	ND	13	Ictericia, insuficiencia renal, mialgias, plaquetopenia	Fallecimiento 3 meses después (causa desconocida)	Tetraciclina
4 ⁵	30	60	Ictericia, insuficiencia renal, bloqueo A-V primer grado, plaquetopenia	Curación	Ceftriaxona, amoxicilina, ciprofloxacino
5 ⁶	33	16	Ictericia, miocarditis, distrés respiratorio agudo, insuficiencia renal, plaquetopenia	Insuficiencia renal residual	Penicilina, doxiciclina
6 ⁷	34	ND	Fiebre, cefalea, malestar general	Curación (fallecimiento meses después por otras causas)	No recibió
7 ⁸	39	250	Fiebre, ictericia, mialgias, artralgias	ND	Antibiótico (ND)
8 (PC)	43	123	Fiebre, ictericia, malestar general, plaquetopenia, insuficiencia renal	Curación	Ceftriaxona

ND: no disponible; PC: presente caso.