



P-350 - ¿ES EL *S. VIRIDANS* UN AGENTE CAUSANTE DE ABSCESOS HEPÁTICOS MONOMICROBIANOS? PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

R.M. Peláez Barrigón, M.C. Esteban Velasco, M.J. Iglesias Iglesias, J.I. González Muñoz, A.B. Sánchez Casado, Y.Y. Aguilera Molina, L.M. González Fernández, C. González Sánchez y L. Muñoz Bellvis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Objetivos: Analizar la escasa frecuencia de este germen en el contexto de una infección intraabdominal y su planteamiento como diagnóstico diferencial en las causas de absceso hepático monomicrobiano. Discusión de la capacidad patogénica del *S. viridans* presente en la flora comensal orofaríngea, pudiendo llegar a causar un shock séptico en pacientes neutropénicos.

Caso clínico: Mujer de 80 años con antecedentes de dislipemia, hipertensión y artrosis, colecistectomizada y en tratamiento con antihipertensivos y estatinas, acude Urgencias por fiebre de 38 °C de 4 días de evolución, diarrea, malestar general, dolor abdominal difuso y disuria. A la Exploración física presenta hipotensión, taquicardia y saturación O₂ 89%, con un abdomen doloroso difusamente sin signos de irritación peritoneal claros. Pruebas complementarias realizadas: alteración urinaria con esterazas y hematías, 133.000 plaquetas, leucopenia, 94% NE, Cr 2,08, LDH 257, K⁺ 2,5. PCR 33,29 mg/dl, PCT 51,2 ng/ml, lactato 5,2 y radiografía tórax normal. Se realizan urino y hemocultivo en la urgencia, repitiéndose el hemocultivo en la UCI donde ingresa con diagnóstico de shock séptico. Se instauro tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam + metronidazol. TAC abdominal: absceso en lóbulo hepático izquierdo de 8 cm, tabicado y líquido libre perihepático. Se solicita punción percutánea por parte de Radiología intervencionista, no siendo efectiva, por lo que se decide cirugía urgente: drenaje del absceso, se toman muestras para cultivo y se lava la cavidad abdominal. Cultivo del absceso: Cocos gram + anaerobios, coincidentes con hemocultivo tomado en UCI positivo para *S. viridans* sensible a amoxiclavulánico, metronidazol, eritromicina, clindamicina, cloxacilina, levofloxacino, penicilina y piperacilina-tazobactam. Resistente a teico y vancomicina. IgE específica para *Echinococcus* negativa al igual que los ecocardiogramas transtorácicos y transesofágicos realizados. Después de 8 días de tratamiento con piperacilina-tazobactam se sustituye el antibiótico por penicilina G sódica siendo la paciente dada de alta al 16^º día de ingreso sin incidencias.

Discusión: *S. viridans* es un coco gram +, anaerobio facultativo, catalasa y coagulasa -, α -hemolítico, presente en el tracto digestivo y respiratorio alto formando parte de la flora comensal humana. Se ha demostrado que el *S. viridans* es un agente microbiano muy poco frecuentemente aislado en el contexto de infección intraabdominal, siendo el germen principal causante de endocarditis y el tercero en la peritonitis bacteriana secundaria. Aunque su patogenicidad es baja, la

repercusión de una bacteriemia puede ser importante, por el riesgo de shock séptico en pacientes neutropénicos y endocarditis por su adherencia a las válvulas cardiacas gracias al dextrano extracelular. No hay casos recogidos en la literatura de que el *S. viridans* cause absceso hepático monomicrobiano sin una puerta de entrada o foco previo, no demostrado en nuestra paciente. El diagnóstico temprano mediante tinción Gram es fundamental para instaurar tratamiento antibiótico empírico sabiendo que, hasta un 61% de los hemocultivos positivos aislados tempranamente, responden a tratamiento con penicilina.