



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/10 - BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS ANGINOSUS

F. Martín González<sup>a</sup>, J. Bea Martínez<sup>b</sup>, M. Ezquerro García<sup>a</sup> y B. Pérez Ubago<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Murillo de Río Leza. La Rioja. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Médico Alcanadre. La Rioja. <sup>c</sup>Médico 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 rones. 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.