

# Fiebre y linfadenitis supurativa en un paciente usuario de drogas por vía parenteral con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Ana Esparcia, Miguel Salavert, Beatriz Romera, Vicente Navarro, José Lacruz, Carmen Pérez-Bellés<sup>a</sup> y Cristina Campo

Unidad de Enfermedades Infecciosas y <sup>a</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

## Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 34 años que ingresa por fiebre de 40°C de cinco días de evolución, junto con la aparición de dos tumoraciones blandas de características inflamatorias laterocervicales. Tres semanas antes se había inyectado heroína en ambas yugulares, lamiendo previamente la jeringuilla de inyección. Entre sus antecedentes personales presentaba infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y estaba en tratamiento antirretrovírico controlado en otro centro, y reconocía el consumo ocasional de heroína por vía parenteral.

En la exploración física se observó: temperatura de 40°C, tensión arterial 120/70 mmHg y frecuencia cardíaca 120 latidos/minuto. Presentaba una dermatitis seborreica y dos tumoraciones cervicales bilaterales dolorosas con signos inflamatorios (fig. 1). El resto de la exploración física era normal.

En la analítica a su ingreso destacaba: hemoglobina (Hb) 11,5 g/dl, leucocitos 3.400/mm<sup>3</sup> (N59%, l 28%), CD4 121/ml, plaquetas 74.000 / mm<sup>3</sup>, velocidad de sedimentación 95 mm/h, creatinina 0,6 mg/dl, Na 134 mEq/l, K 4 mEq/l, GOT / GPT 38 / 34 U/l, GGT 335 U/l, fosfatasa alcalina 94 U/l, LDH 373 U/l, carga vírica de VIH > 100.000 copias /ml.

Se drenaron ambas tumoraciones obteniéndose un pus cremoso. La tinción de Ziehl y el cultivo de Lowenstein del pus fue negativo. En dos hemocultivos y en el cultivo del pus obtenido por punción creció el mismo microorganismo (fig. 2).

## Diagnóstico

Bacteriemia y linfadenitis por *Streptococcus* del grupo *milleri* (*Streptococcus constellatus*).

## Comentario

Correspondencia: Dr. V. Navarro  
Unidad de enfermedades Infecciosas.  
Hospital Universitario La Fe.  
Avda de Campanar, 21.  
46009 Valencia

Manuscrito recibido el 15-1-2001; aceptado el 14-2-2001.

*Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 495-496



Figura 1. Adenopatías cervicales.



Figura 2. Cultivos con crecimiento de *S. constellatus*.

Los estreptococos del grupo *milleri* (EGM) pertenecen clásicamente al grupo de *Streptococcus viridans*, aunque con patrones bioquímicos y de hemólisis diferentes. Varios estudios utilizando técnicas de hibridación de ADN junto con sus características fenotípicas dividieron a los EGM en tres subespecies: *S. anginosus*, *S. intermedius* y *S. constellatus*<sup>1,2</sup>.

Las colonias del EGM se caracterizan por ser diminutas y de crecimiento lento, junto a un olor dulzón característico, precisando condiciones de microaerofilia o anaerobiosis para su desarrollo<sup>3</sup>. A diferencia de los verdaderos anaerobios son resistentes al metronidazol<sup>1</sup>.

Los EGM pueden hallarse formando parte de la flora bucal, tracto digestivo y urogenital<sup>1,4</sup> de personas sanas.

Desde el punto de vista clínico tienden a producir infecciones supurativas en pacientes con factores de riesgo tales como el uso de drogas por vía parenteral (UDVP), cirugía mayor reciente, procesos invasores que conllevan ruptura de la barrera cutaneomucosa y otras enfermedades predisponentes como neoplasia (especialmente intra-abdominales), diabetes mellitus y enfermedad hepatobiliar<sup>1</sup>.

Se han descrito abscesos en diferentes localizaciones, siendo las más frecuentes la abdominal y la genitourinaria<sup>4-6</sup> y es poco común la bacteriemia por EGM. En estudios prospectivos de bacteriemias con significación clínica los EGM representaban el 1%-2% del total de las mismas, debiendo tener presente su mortalidad elevada, en torno al 31,2%<sup>4</sup>.

Clásicamente el significado del aislamiento en sangre de los estreptococos del grupo *viridans* está en función de la clínica, dado que muchas veces pueden invadir de manera transitoria el torrente sanguíneo, principalmente desde la cavidad oral, pudiendo en ocasiones asentarse en la piel dando lugar a contaminación del hemocultivo. Ahora bien, el aislamiento en sangre de EGM raramente puede atribuirse a contaminación, y debe ser considerado de importancia clínica, dado que en la mayoría de las ocasiones es expresión de un foco supurativo y subyacente conocido o no<sup>1,7-9</sup>.

La mayoría de las cepas de EGM siguen siendo sensibles a penicilina, siendo éste el antibiótico de elección, junto con el drenaje y desbridamiento del foco supurativo.

Presentamos el caso clínico de una bacteriemia por *S. constellatus* en un paciente UDVP activo asociado a dos focos supurativos localizados en el cuello en relación con los puntos de inyección. En la anamnesis el paciente reveló que previamente a la inyección tenía por costum-

bre lamer la aguja. Esto hace suponer que el origen del foco supurativo estaba en relación con esta práctica bastante habitual entre los toxicómanos.

La cepa aislada fue sensible a penicilina. Se instauró tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico y drenaje quirúrgico de los focos supurativos, desapareciendo la fiebre y los signos inflamatorios por lo que fue dado de alta a la semana estando asintomático.

## Bibliografía

1. Salavert M, Gómez L, Rodríguez-Carballeira M, Xercavins M, Freixas N, Garau J. Seven year review of bacteremia caused by *Streptococcus milleri* and other viridans streptococci. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1996; 15: 365-371.
2. Whiley RA, Fraser H, Hardie JM, Beighton D. Phenotypic differentiation of *Streptococcus intermedius*, *Streptococcus constellatus* and *Streptococcus anginosus* strains within the "*Streptococcus milleri* group". *J Clin Microbiol* 1990; 28: 1.497-1.501.
3. Stratton Chw. *Streptococcus intermedius* group. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and practice of infectious diseases (4<sup>th</sup> ed). New York: Churchill Livingstone, 1995; 1.861-1.865.
4. Sánchez-Porto A, Torres-Tortosa M, Canueto J, Domínguez MC. Bacteriemias por el grupo *Streptococcus milleri*. Análisis de 18 episodios. *Rev Clin Esp* 1997; 197: 393-397.
5. Gosling J. Occurrence and pathogenicity of the *Streptococcus milleri* group. *Rev Infect Dis* 1988; 10: 257-285.
6. Piscitelli SC, Shwerd J, Schreckenberger P, Danziger LH. *Streptococcus milleri* Group: Renewed Interest in an Elusive Pathogen. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1992; 11: 491-498.
7. Ruiz MP, Soriano F. Significado clínico de la bacteriemia por estreptococos del grupo viridans. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1994; 12: 426-432.
8. Casariego E, Rodríguez A, Corredoira JC, Alonso P, Coira A, Bal M, López MJ, Varela J. Prospective Study of *Streptococcus milleri* Bacteremia. *Eur J Microbiol Infect Dis* 1996; 15: 194-200.
9. Bert F, Bariou-Lancelin M, Lambert-Zechovsky N. Clinical Significance of Bacteremia Involving the "*Streptococcus milleri*" Group: 51 Cases and Review. *Clin Infect Dis* 1998; 27: 385-387.