

S. Barrero Luque<sup>1</sup>  
J. Sánchez Castañón<sup>2</sup>  
J. L. Sánchez Rivas<sup>2</sup>  
J. Tejada Ruiz<sup>3</sup>

# Neumonía fatal por *Streptococcus pyogenes* en paciente inmunocompetente

<sup>1</sup> Servicio de Análisis Clínicos  
<sup>2</sup> Sección Microbiología  
Servicio de Análisis Clínicos  
<sup>3</sup> Unidad de Cuidados Intensivos  
Hospital de Mérida (Badajoz)

### Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 63 años de edad con antecedentes de neumonía basal derecha hace 4 años y en tratamiento actualmente por síndrome depresivo que ingresa en urgencias por cuadro de 72 h de fiebre, dolor torácico y tos con expectoración blanquecina. Se obtienen hemocultivos y se instaura tratamiento con levofloxacino (500 mg por vía intravenosa/24 h). La radiografía de tórax muestra infiltrado bilateral con derrame pleural (fig. 1).

Clínicamente evolucionó en pocas horas hacia fallo multiorgánico, por lo que fue ingresada en la unidad de cuidados intensivos (UCI). En la exploración física se observa una paciente en estado de shock (presión arterial: 70/40 mmHg), mal perfundida, fría, sudorosa, con livideces generalizadas, cianosis acra, taquipneica, y con hemoptisis franca.

Se procede a intubación y ventilación mecánica con frecuencia inspiratoria de oxígeno (FiO<sub>2</sub>) alta por hipoxemia, así como a estabilización hemodinámica, corrección del estado ácido-básico, antibioterapia precoz (ceftriaxona 2 g/24 h y levofloxacino 500 mg/24 h por vía intravenosa) y corrección de parámetros de coagulación. Se realiza tomografía computarizada de tórax con hemorragia pulmonar masiva.

Se solicitan hemocultivos, tinción y cultivo de secreciones respiratorias incluidas micobacterias, urocultivo, serología de neumonía atípica y detección de antígeno de *Legionella pneumophila* en orina que fue negativo.

A las 12 h de su ingreso en UCI presenta mayor deterioro renal, respiratorio, hematológico, hemodinámico y hepático. Persiste hemoptisis, acidosis metabólica (pH: 6,803), hipotensión e hipoxemia grave siendo *exitus*.

Correspondencia:  
Silvia Barrero Luque  
Sección de Microbiología  
Hospital de Mérida  
Polígono Nueva Ciudad s/n  
06800 Mérida (Badajoz)  
Correo electrónico: silviabarrero@hotmail.com

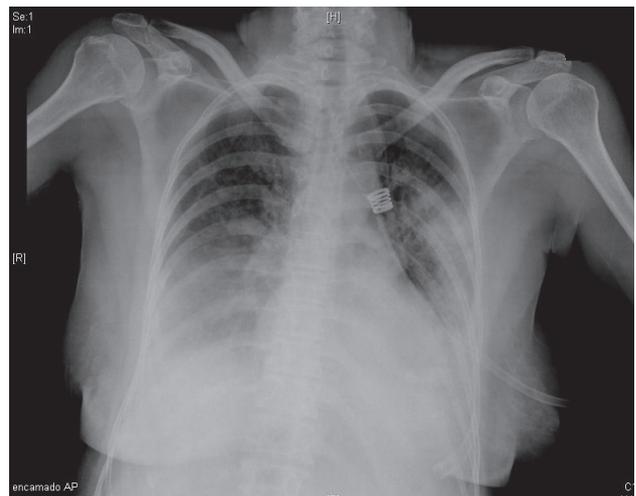


Figura 1 Radiografía de tórax que muestra infiltrado bilateral con derrame pleural.

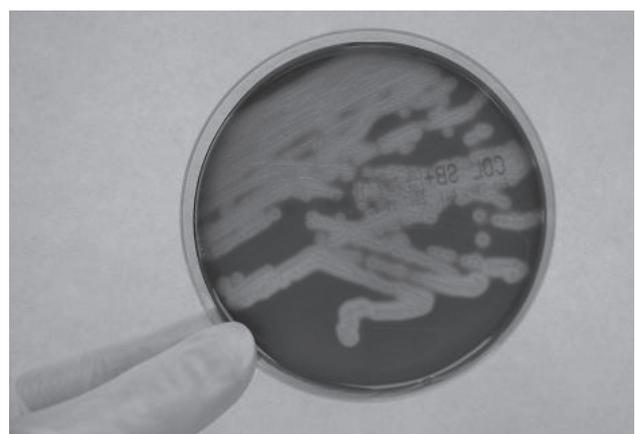


Figura 2 Hemocultivo de *Streptococcus pyogenes*.

A las 24 h crecen en hemocultivos (BACT ALERT 3D) cocos grampositivos en cadena que son identificados posteriormente como *Streptococcus pyogenes* (fig. 2) siendo

sensible a penicilina, eritromicina, levofloxacino, ceftriaxona y vancomicina. Este mismo microorganismo creció en las muestras de origen respiratorio con un antibiograma similar. En el resto de peticiones microbiológicas los resultados no aportaron nada de interés al diagnóstico final que fue de neumonía bilateral por *Streptococcus pyogenes*.

*Streptococcus pyogenes* es un coco grampositivo, catalasa negativo, anaerobio facultativo, betahemolítico del grupo A de la clasificación de Lancefield. *S. pyogenes* es la causa bacteriana más frecuente de faringoamigdalitis aguda, originando también infecciones cutáneas (impétigo y erisipela) y de tejidos blandos (escarlatina y síndrome del shock estreptocócico). De forma excepcional produce neumonía y bacteriemia; la asociación de shock y bacteriemia por este microorganismo es inusual y puede estar relacionado con factores de riesgo como neoplasia, diabetes y alcoholismo<sup>1</sup>. Dentro de esta rareza aún lo es más su asociación con la neumonía por *S. pyogenes*<sup>2</sup>.

En la neumonía por *S. pyogenes* el comienzo del cuadro es agudo, con fiebre, dolor torácico y tos. El curso es rápido y grave con afectación respiratoria y sistémica, pudiendo existir complicaciones (derrame pleural, síndrome de shock tóxico y muerte en el 38% de los casos). La radiología es muy característica, con aparición de infiltrados bronconeumónicos en

lóbulos inferiores que se complican con derrame pleural (60-90% de los casos)<sup>3,4</sup>; algunos autores la han denominado pleuritis explosiva por su rápida evolución<sup>5</sup>.

Ante un paciente con neumonía de lóbulos inferiores y desarrollo rápido y grave de derrame pleural se debe sospechar infección por *S. pyogenes*<sup>5</sup>. A pesar de ello la tasa de mortalidad es muy alta, aun cuando el tratamiento antibiótico sea temprano y adecuado.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Burkert T, Watanakunakorn C. Group A Streptococcal Bacteriemia in a Community Teaching Hospital – 1908-1989. *Clin Infect Dis* 1992;14:29-37.
2. Baisilliere J, Bistrong H, Spence W. Streptococcal pneumonia. *Am J Med* 1968;44:580-9.
3. Barnham M, Weightman N, Anderson A, Pagan F, Chapman SD. Review of 17 cases of pneumonia caused by *Streptococcus pyogenes*. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1990;18:506-9.
4. Molina M, Ortega G, Pérez Gracia A, Sáez JA. Empiema por estreptococo betahemolítico del grupo A. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1990;8:82.
5. Fonseca Aizpuru EM, Nuño Mateo FJ, Otero Guerra L, López de Mesa C. Neumonía adquirida en la comunidad con pleuritis explosiva. *An Med Interna* 2005;22:401-2.