

Fundada en 1983
Prof. J. de Portugal y Prof. M. Díaz Rubio

Cartas al Director

Afectación multiorgánica por *Streptococcus constellatus* en paciente VIH positivo y carga viral negativa

Sr. Director:

La infección por *Streptococcus constellatus*, especie perteneciente al grupo *Streptococcus milleri* se caracteriza por la formación de abscesos en diversos órganos. En la mayoría de los casos descritos en la literatura, se recogen factores de predisposición: neoplasia, cirrosis hepática, diabetes mellitus, inmunosupresión, etc. El hecho que nos motiva a presentar este caso es su intensa manifestación multiorgánica y que sucediera tras el periodo de recuperación inmune, en un paciente VIH y UDVP tratado con terapia activa antiretroviral y carga viral negativa, desde hacía seis meses.

Paciente de 26 años, UDVP, VIH positivo desde 1993, estadio B3 según CDC. Dos meses antes del ingreso actual, presentó celulitis de tejido celular subcutáneo de la extremidad superior derecha, con abscesos que requirieron de drenaje quirúrgico, como consecuencia de la administración de drogas por vía parenteral. Los hemocultivos y el cultivo de los abscesos fueron positivos a *Streptococcus constellatus*. Con antibioticoterapia, (ciprofloxacino y clindamicina) y drenaje, el enfermo presentó una evolución favorable. Presentaba carga viral <200 copias/ml desde hacía 6 meses. Los linfocitos T CD4, 8 meses antes del ingreso eran de 3/mm³, siendo en el actual ingreso de 102/mm³. Estaba tratado con D4T, 3TC y Saquinavir.

El motivo de consulta del ingreso actual fue fiebre de 4 días de evolución. La exploración física reveló un enfermo febril (39,5°), normotenso y con depresión del nivel de conciencia. No se evidenciaron focalidades neurológicas y el resto de exploración física fue normal. En la radiografía de tórax se apreció condensación alveolar en llingula. En la analítica destaca anemia macrocítica secundaria a antiretrovirales, que fue estudiada previamente de forma ambulatoria. Los hemocultivos resultaron positivos a *Streptococcus constellatus* (grupo *milleri*). A los tres días del ingreso, el enfermo presenta un deterioro progresivo del nivel de conciencia con Glasgow 4-5, y parálisis del III par craneal derecho, con midriasis arreactiva. La TAC craneal mostró imagen compatible con absceso parietal derecho con edema perilesional y signos de herniación uncal y subfalcial (Fig. 1).

De forma simultánea, se apreció en región cervical derecha y a nivel de músculo esternocleidomastoideo, lesión eritematosa, bien delimitada y caliente. La ecografía de la región mostró signos de piomiositis abscesificada sobre esternocleidomastoideo.

La ecocardiografía transtorácica no mostró imágenes sugestivas de vegetaciones.

Se inició tratamiento con dexametasona, metronidazol y ceftriaxona.

Se practicó drenaje quirúrgico del absceso parietal, el cultivo del cual fue negativo.

El enfermo evolucionó de forma favorable, y en la actualidad, asintomático; no se evidencian focalidades neurológicas.

El grupo *Streptococcus milleri* incluye las especies: *Streptococcus anginosus*, *Streptococcus constellatus* y *Streptococcus intermedius* (1). Comensales de la cavidad oral, tracto gastrointestinal, vagina y vías aéreas superiores (2). Constituyen agentes patógenos en humanos y están relacionados con el desarrollo de bacteriemia y formación de abscesos, especialmente en pacientes inmunodeprimidos. Louvois et al, en el año 1977 identifican al grupo *S. milleri* como la causa más frecuente de 46 abscesos cerebrales estudiados (3). Desde entonces ha sido identificado en numerosas ocasiones como responsable en bacteriemias, empiemas, abscesos subcutáneos, cerebrales, pulmonares y hepáticos. (4-10). Al corresponder a un grupo de microorganismos comensales de la flora oral y debido a las prácticas de administración de drogas por vía parenteral, las infecciones del tejido celular subcutáneo secundarias a *S. milleri*, están estrechamente relacionadas en enfermos UDVP. Según Summanen y cols. (5) el 46% de abscesos subcutáneos en UDVP eran debidos a *S. milleri*, el segundo en frecuencia después del *S. aureus*.

En la mayoría de ocasiones se han relacionado a diversos factores de predisposición. Se objetivan enfermedades que causan tanto inmunosupresión humoral como celular; a pesar de ello los casos descritos en enfermos VIH/SIDA son aislados. Prueba de ello son los estudios de Whimbey y cols. (4), en el que no se objetiva ningún caso de bacteriemia por *S. milleri* en 38 episodios de septicemia de enfermos VIH positivo. Asimismo, Romanik-Cabrera (10) no evidencia ningún caso de bacteriemia por *S. milleri* en 772 episodios de bacteriemia en enfermos VIH y UDVP.

En teoría, la existencia de cargas virales negativas durante largo tiempo, y el aumento de los linfocitos CD4 con la terapia antiretroviral, presuponen cierta recuperación inmunológica.



Fig. 1. Absceso parieto-temporal derecho y hernia subfalcial.

La existencia de recuperación inmune podría suponer un factor asociado al desarrollo de la infección por *S. constellatus*, como nuestro grupo observó en 3 casos de enfermos infectados por el VIH, bajo tratamiento con terapia antiretroviral intensiva, que presentaron *Leishmaniasis visceral*, durante el periodo de recuperación inmunológica.(11)

B. Coll Crespo, R.M^a. Pérez Bernalte, C. Alonso Villaverde Lozano, R. Fernández Juliá, F. Ballester Bastardie*, L. Masana Marín

*Servicio de Medicina Interna y *Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan. Reus. Tarragona*

- Blaghata MO, Arrebola Nacle JP, Jiménez-Alonso J. Primary abscess of the psoas muscle caused by *Streptococcus milleri*. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 883-4.
8. Edge MD, Rimland D. Community-acquired bacteremia in HIV-positive patients: protective benefit of co-trimoxazole. *AIDS* 1996; 10-14: 1635-9.
9. Grant et al. Profound immunosuppression across the spectrum of opportunistic disease among hospitalized HIV-infected adults in Abidjan, Cote d'Ivoire. *AIDS* 1997; 11-11: 1357-64.
10. Romanik Cabrera J. Bacteriemia en pacientes infectados por el VIH y en ADVP. *RevClinEsp* 1997; 19-M5; 62-65.
11. Jiménez-Expósito M.J, Alonso-Villaverde C, Sardà P, Masana Marin L. *AIDS* 1999; 14-13; 152-3.

1. Whiley RA, Fraser H, Jardie JM, Beighton D. Phenotypic differentiation of *Streptococcus intermedius*, *Streptococcus constellatus*, and *Streptococcus anginosus* strains within the *Streptococcus milleri* group. *J Clin Microbiol* 1990; 28: 1497-501.
2. Poole PM, Wilson G. Occurrence and cultural features of *Streptococcus milleri* in various body sites. *J Clin Pathol* 1979; 32: 764-8.
3. Louvois J, Gortvai P, Hurley R. Bacteriology of abscesses of the central nervous system: a multicentre prospective study. *Br Med J* 1977; 2: 981-984.
4. Whimbey E et al. Bacteremia and Fungemia in patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Ann Intern Med* 1986; 104: 511-514.
5. Summanen P.H et al. Bacteriology of Skin and Soft-Tissue Infections: Comparison of infections in Intravenous Drug Users and Individuals with no history of Intravenous Drug Use. *Clin Infect Dis* 1995; 20 Suppl 2; S279-82.
6. Bert F, Bariou-Lancelin M, Lambert-Zechovsky N. Clinical significance of Bacteremia involving the *Streptococcus melleri* group: 51 cases and review. *Clin Infect Dis* 1998; 27: 385-7.
7. Ibáñez Pérez de la Blanca MA, Mediavilla JD, Martínez R, Mohamed-



Fig. 1. Absceso parieto-temporal derecho y hernia subfalcial.



Fig. 1. TAC abdominal (descripción en el texto).

TABLA I

RESULTADOS DEL TEST AGUDO CON OCTEOTRIDE 100 µg SC Y DEL TRATAMIENTO DURANTE 2 MESES CON OCTEOTRIDE 100 µg/8H SC

<i>Test agudo de Octeotride 100 µg sc</i>								
Horas	0	1	2	3	4	5	6	7
TSH (µU/ml)	7,57	6,5	5,4	5,7	4,8	4,4	4,1	3,9
Subunidad	1,06	0,87	0,82	0,88	0,84	0,82	0,81	0,73

<i>Tratamiento con Octeotride 100 µg / 8h sc</i>						
Días de tto	1	2	3	4	30	60
TSH	3,83	1,85	0,35	0,28	0,35	0,36
Subunidad	1,03				0,36	0,36