Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1031

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-214 - NÚMERO DE CASOS DE NEUMONÍA FATAL CAUSADOS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES (SP) DURANTE EL INVIERNO DE 2014 EN UN HOSPITAL DEL SAS

V. Manzano Román[1], G. Ruiz Villena[4], E. Sánchez Relinque[3], B. Montenegro Puche[2] y L. Fernández Ávila[4]

[1]UGC Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz). [4]UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). [3]UGC Medicina Interna. Hospital de la Línea de la Concepción. La Línea de la Concepción (Cádiz). [2]UGC Medicina Interna. Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera (Cádiz).

Resumen

Objetivos: La infección causada por SP puede llegar a ser fatal, incluso producir la muerte en un corto periodo de tiempo. Nuestro objetivo es conocer el perfil clínico y el desarrollo de paciente con neumonía severa por SP en nuestro Centro.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes hospitalizados con neumonía por SP desde Enero a Marzo. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, departamento admisión, comorbilidad, síntomas, tratamiento y evolución clínica. Analizamos los datos siguiendo un estudio descriptivo.

Resultados: Fueron analizados 4 pacientes con neumonía por SP requiriendo ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. 4 pacientes (50% varones) entre 11 y 64 años. El 100% procedía del departamento de Urgencias. En cuanto a los síntomas: el 100% de los pacientes presentó fiebre, 75% tos, 75% hipotensión, 50% dolor torácico y artromialgias y como clínica individual: diarrea, hemoptisis y epistaxis. En cuanto a la comorbilidad: un paciente se encontraba en tratamiento con MTX por psoriasis, dos pacientes con factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, dislipemia), y el más joven no presentaba factores de riesgo conocidos. El inicio de tratamiento fue el siguiente: En el paciente de 11 años iniciamos tratamiento empírico con piperacilina/tazobactam, que fue posteriormente reemplazado por ampicilina, gentamicina, cloxacilina. En el paciente de 41 años se inició tratamiento con ceftriaxona y levofloxacino, pasando posteriormente a tratarse con clindamicina como tratamiento específico. El paciente de 42 años fue tratado inicialmente con levofloxacino, ceftriaxona, linezolid y fluconazol. Debido a la evolución tórpida fue retirada la ceftriaxona y clindamicina, incluyéndose meropenem. Finalmente la terapia específica usada fue piperacilina/tazobactam. El paciente de 64 años fue tratado inicialmente de forma empírica con clindamicina y ceftriaxona, presentando una buena evolución clínica inicial. El tiempo medio de estancia en la UCI fue de 19 días en el 75% de los pacientes. En cuanto a la evolución: tres de ellos presentaron una lenta pero favorable evolución (dos pacientes requirieron ventilación mecánica y drenaje pleural. El paciente más joven falleció.

Discusión: Los cuatro casos de bacteriemia por SP procedían del Servicio de Urgencias. Existía una distribución similar en cuanto al sexo, siendo la edad media de 39 años. Los síntomas principales

fueron: 100% fiebre, 75% tos e hipotensión, 50% dolor torácico y artromialgias. La primera línea de antibioterapia empírica utilizada fue ceftriaxona más levofloxacino en el 50% de los casos; En el 25% se decidió cambiar a piperacilina/tazobactam y el resto de ellos se usó clindamicina asociada a ceftriaxona. El desarrollo fue lento pero favorable en el 75% de los pacientes y 25% falleció.

Conclusiones: Es muy importante conocer la clínica inicial de neumonía fatal por SP, consistente en fiebre, dolor torácico y tos. Tiene un curso rápido y grave con síntomas respiratorios y sistémicos. Las complicaciones por neumonía pueden incluir: 75% drenaje pleural, 50% síndrome de shock tóxico y un 25% muerte. La radiografía es muy característica: imagen de infiltrado neumónico en lóbulos inferiores y cavidad pleural. Por lo tanto en paciente con neumonía en lóbulos inferiores y desarrollo de derrame pleural puede hacernos sospechar infección por SP. La mortalidad puede reducirse de forma rápida con antibioterapia empírica precoz y apropiada.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.