



A-205. - BACTERIEMIA POR *STREPTOCOCCUS* DEL GRUPO ANGINOSUS

M. Duarte Borges¹, N. García-Pozuelo Adalia¹, F. Teigell Muñoz¹, M. Alvarado Blasco¹, O. Madrid Pascual¹, J. Ortiz Imedio¹, J. Palacio Restrepo², M. Pérez-Jacoiste Asín¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Microbiología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir las características demográficas, factores predisponentes, manifestaciones clínicas, tratamiento, sensibilidad a antibióticos y evolución de los pacientes con bacteriemia por *Streptococcus* del grupo anginosus.

Métodos: Se revisaron 54 hemocultivos (HC) con crecimiento de *S.* grupo anginosus (SGA) registrados entre 2000 y 2013 en el Hospital 12 Octubre, pertenecientes a 31 pacientes. Se recogieron características demográficas y factores de riesgo asociados según lo publicado en la literatura. Se registró el número de HC positivos por paciente, la especie de SGA y la presencia de otros microorganismos. Se analizó con el programa SPSS. El análisis descriptivo se presenta como frecuencias para las variables cualitativas y como medias y desviaciones estándar (DS) para las variables cuantitativas. Para comparar proporciones se empleó el test exacto de Fisher y la prueba de chi cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: De los 31 pacientes estudiados el 74% eran varones; con una edad media de 52 años (DE 21) El 83% presentaba algún factor predisponente: tabaquismo 38%, alcoholismo 18%, cardiopatía 23%, hepatopatía 20%, neoplasia subyacente 17%, e inmunosupresión 17%. Ninguno presentaba patología hematológica o neutropenia. El 54% había sido hospitalizado previamente y el 27% había recibido antibióticos. El 64% tenía alteración de barreras mucosas (39% digestiva y 22% oral). El 38% había sido intervenido durante el ingreso, previamente a la bacteriemia. El 93% presentaron fiebre y el 81% síntomas focales. En el 90% se logró identificar el foco. 12 pacientes (40%) presentaron abscesos: 7 abdominales (5 hepáticos), 2 torácicos y 3 en partes blandas, el 43% precisó drenaje. Hubo 2 casos de endocarditis, ambos sobre válvula protésica. La especie más frecuentemente aislada fue *S. constellatus* (65%), seguida por *S. anginosus* (19%) y *S. intermedius* (16%). Se obtuvo muestra microbiológica del foco en el 55% de los casos, aislándose SGA en el 16%. El 45% de las bacteriemias fueron polimicrobianas. El 18% presentaba resistencia a clindamicina y el 17% a eritromicina. No se detectaron resistencias a penicilina, cefotaxima o quinolonas. La mortalidad global por todas las causas fue del 17%. De los 5 fallecidos (3 asociados a *S. constellatus*, 1 a *S. anginosus* y 1 a *S. intermedius*).

Discusión: La bacteriemia por SGA es infrecuente, siendo factores predisponentes descritos en la literatura la diabetes mellitus, cirrosis hepática, neoplasias y uso de drogas por vía parenteral. En nuestra serie destacan como factores asociados el consumo de alcohol y tabaco, cardiopatía, hepatopatía y neoplasias. A diferencia de otras series (Bert et al), el foco de infección fue

identificado en el 90% de los casos (siendo más frecuente el abdominal). Hubo un 6% de endocarditis, menos que en la serie de Casariego et al (19% de endocarditis). La frecuencia de abscesos en nuestra serie fue del 40% (58% abdominales). La especie más frecuentemente aislada fue *S. constellatus*, lo que difiere con otras series como la de Siegman et al, donde *S. anginosus* fue la más frecuente. Sólo se aisló SGA en un 16% de las muestras obtenidas en el foco de infección, lo que podría explicarse al estar los pacientes bajo tratamiento antibiótico (empírico o dirigido por los HC). Se ha sugerido que cada especie de SGA se aísla con más frecuencia de un foco de infección (*S. constellatus* en sangre e infecciones respiratorias, *S. intermedius* en SNC e hígado), lo que concuerda con nuestra serie, donde *S. constellatus* fue la especie predominante en hemocultivos y *S. intermedius* en abscesos hepáticos. La sensibilidad a penicilina en nuestra serie fue del 100%. La mortalidad por estas infecciones varía entre 15 y 30%, lo que concuerda con nuestra serie (17%).

Conclusiones: Los SGA pueden producir infecciones en pacientes con enfermedades subyacentes y alteraciones de barreras, tienen bajo nivel de resistencias y alta tasa de curación. Su aislamiento en un HC debe considerarse patógeno, siendo clave identificar un foco de origen (principalmente abdominal) y descartar la existencia de abscesos.