

Absceso retroorbitario por «*Streptococcus constellatus*» en un paciente con neurocisticercosis

E. Aurensanz-Clemente¹, M. Gracia-Casanova¹, C. García-Lasheras¹,
S. Salvo-Gonzalo²

¹Departamento de Pediatría. Unidad de Infectología Pediátrica. ²Servicio de
Microbiología. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza

Title: Retro Orbital abscess by "*Streptococcus constellatus*" in a patient
with neurocysticercosis

Sr. Director:

Presentamos el caso de una niña de 11 años de edad, natural de Guinea Ecuatorial y residente en España desde hace 2 años, que acude al servicio de urgencias por presentar cefalea frontoparietal izquierda y fiebre elevada de 3 días de evolución, asociadas en las últimas horas a una importante tumefacción palpebral izquierda. Como antecedentes personales destacaban episodios de cefaleas y alteración del comportamiento. En la exploración presentaba un peso en p10 y una talla en p90, un regular estado general, con rigidez de nuca y signos meníngeos positivos, ptosis palpebral y proptosis ocular izquierda, además de una caries dental en el maxilar superior izquierdo. Los resultados de las pruebas complementarias fueron los siguientes: 25.100 leucocitos/mm³ (neutrófilos 92,1%), velocidad de sedimentación globular 70 mm/h y proteína C reactiva 32,5 mg/dL. El estudio de coagulación fue normal. El dímero D era de 5.250 ng/L. En la punción lumbar se obtuvieron 1.600 leucocitos/mm³ (un 90% polimorfonuclearres). Las cifras de glucosa eran de 31 mg/dL y las de proteínas totales de 0,88 g/dL. Tras la toma de muestras, se inició antibioterapia empírica con cefotaxima y vancomicina, así como corticoterapia profiláctica con dexametasona intravenosa. Se realizó una tomografía computarizada cerebral, en la que se observaba un incremento de las partes blandas frontopalpebrales izquierdas, así como una sinusitis frontoetmoidal y una lesión hipodensa capsulolenticular izquierda. En el electroencefalograma (EEG) aparecía una intensa lentificación en el hemisferio izquierdo, sobre un trazado de fondo inestable. Dada la sospecha de absceso cerebral, se añadió al tratamiento metronidazol y levetiracetam. Se realizó una resonancia magnética (RM), en la que se apreciaban múltiples

formaciones abscesificadas a distintos niveles del cerebro, sugerentes de neurocisticercosis (figura 1A), pansinusitis y empiema subdural del lado izquierdo (figura 1B). En los cultivos del líquido cefalorraquídeo (LCR) y en el hemocultivo se aisló *Streptococcus constellatus*. A los 12 días del inicio de la antibioterapia se observó una clara mejoría clínica de la paciente. La punción lumbar y el hemocultivo de control fueron negativos, así como la serología para cisticercos en sangre. Ante la persistencia de focalidad neurológica en el EEG y la progresiva proptosis ocular con limitación a la supravversión y aducción del ojo izquierdo (exoftalmometría del ojo derecho: 16 mm; ojo izquierdo: 24-25 mm), se solicitó una nueva RM cerebral y de la órbita, que mostró un absceso orbitario superoexterno izquierdo con persistencia de pansinusitis (figura 2A). Se realizó un drenaje quirúrgico del absceso retroocular (salida de 6 mL de líquido purulento) y de los senos paranasales. Se tomó una muestra para cultivo de exudados, aislándose en ambos *S. constellatus*. Se instauró tratamiento con amoxicilina-clavulánico según el antibiograma, hasta completar 3 semanas, y se pautó albendazol y corticoides durante 1 mes para el tratamiento de la neurocisticercosis. El estudio de inmunidad humoral y celular fue normal. La evolución clínica y analítica fue favorable, por lo que la paciente fue dada de alta a las 3 semanas con los diagnósticos de neurocisticercosis, meningitis y abscesos múltiples cerebrales por *S. constellatus*. Tras 7 meses, la paciente permanecía asintomática, y en la RM de control se hallaron áreas de encefalomalacia en las zonas capsular comisural y lenticulooval izquierdas, compatibles con una fase de resolución de la neurocisticercosis cerebral (figura 2B).

S. constellatus junto con *S. anginosus* y *S. intermedius* forma parte de *Streptococcus* grupo *anginosus*¹. Pueden encontrarse en las mucosas oral, gastrointestinal y genital. Se caracterizan por producir infecciones supurativas y abscesos², principalmente en pacientes inmunodeprimidos o con factores predisponentes³⁻⁵, aunque se han descrito también en pacientes sin patología de base^{6,7}. La paciente de este caso no presentaba afectación inmunitaria, si bien la neurocisticercosis pudo actuar como factor predisponente. La sinusitis pudo comportarse como fuente de infección y afectar por contigüidad a la cavidad orbitaria y al sistema nervioso central (SNC), produciendo un absceso retroocular, meningitis y empiema subdural. El aislamiento de *S. anginosus* en el LCR debe alertar sobre la presencia de un absceso cerebral⁸, si bien algunos autores han relacionado *S. intermedius* con más frecuencia que *S. constellatus* con infecciones del SNC^{1,2}. Dado el origen de estas infecciones, a menudo suelen ser polimicrobianas con participación de flora anaerobia^{2,7}, algo que no sucedió en este caso. El microorganismo fue sensible a los betalactámicos, pero para conseguir una buena evolución clínica fue necesario un tratamiento con antibioterapia de amplio espectro, así como la eliminación quirúrgica del foco.

La neurocisticercosis es el resultado de la infestación de la forma larvaria *Taenia solium* en el SNC. Es de distribución universal y endémica en países de bajo nivel socioeconómico, en los que el cerdo es una fuente importante de alimentación. Sus manifestaciones clínicas más frecuente son las crisis convulsivas,

las cefaleas y otros signos neurológicos⁹. La clínica y el tratamiento dependen del número, el tamaño y la localización de los quistes, así como de la respuesta inmune del hospedador. El tratamiento médico es de primera elección, exceptuando los casos de hipertensión intracraneal grave que requieran cirugía¹⁰.

Destacamos la complejidad del caso presentado, su escasa frecuencia y la diseminación de la infección en una niña inmunocompetente^{2,8}.

Bibliografía

1. Montes M, García-Arenzana JM. Género Streptococcus: una revisión práctica para el laboratorio de microbiología. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007; 25 Supl 3: 14-20.
2. Bringas-Bollada M, Ortuño-Andériz F, Muñoz-de Cabo C, García-Sánchez E. Bacteriemia, neumonía y meningitis por Streptococcus constellatum. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126: 717-719.
3. Pidal M, Basaure J, Prado P, Alarcón P. Empiema pleural por Streptococcus grupo anginosus en un preescolar y revisión de la literatura. *Rev Chil Infect*. 2004; 21: 248-253.
4. Ortiz de Saracho J, Barbancho S, Mostaza JL. Mediastinitis y empiema pleural por Streptococcus constellatus. *Arch Bronconeumol*. 2004; 40: 602-603.
5. Falcó-Jover G, Roig-Rico P, Domínguez-Escribano JR. Cefalea frontal y fiebre de evolución subaguda en una mujer previamente sana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002; 20: 169-170.
6. Revilla-Martí P, López-Núñez C. Empiema pleural por Streptococcus constellatus. *Rev Clin Esp*. 2011; 211: 612-613.
7. Bouziri A, Khaldi A, Smaoui H, Menif K, Jaballah NB. Fatal subdural empyema caused by Streptococcus constellatus and Actinomyces viscosus in a child-case report. *J Microbiol Immunol Infect*. 2011; 44: 394-396.
8. Cabellos C, Viladrich PF, Corredoira J, Verdaguer R, Ariza J, Gudíol F. Streptococcal meningitis in adult patients: current epidemiology and clinical spectrum. *Clin Infect Dis*. 1999; 28: 1.104-1.108.
9. Imirizaldu L, Miranda L, García-Gurtubay I, Gastón I, Urriza J, Quesada P. Neurocisticercosis. Una enfermedad emergente. *An Sist Sanit Navar*. 2004; 27(2): 201-209.
10. Friero-Dantas C, Serramito-García R, Reyes-Santías R, Rico-Cotelo M, Allut A, Gelabert-González M. Neurocisticercosis pediátrica: a propósito de dos casos. *Rev Neurol*. 2013; 56: 86-90.

Fecha de recepción: 19/09/13. Fecha de aceptación: 18/11/13.

Correspondencia: E. Aurensanz-Clemente. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. Correo electrónico: estheraurensanz@gmail.com

Cómo citar este artículo: Aurensanz-Clemente E, Gracia-Casanova M, García-Lasheras C, Salvo-Gonzalo S. Absceso retroorbitario por «Streptococcus constellatus» en un paciente con neurocisticercosis. *Acta Pediatr Esp*. 2014; 72(2): e70-e73.

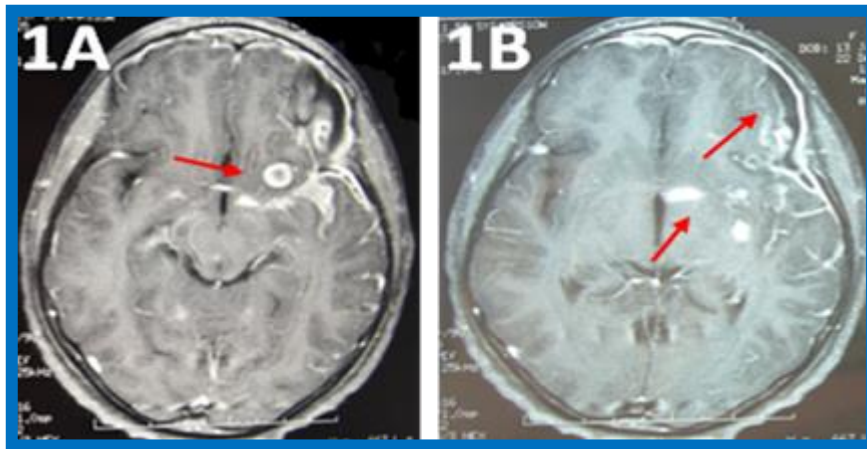


Figura 1. A) RM cerebral: meningoencefalitis por cisticercosis con formaciones abscesificadas en la sustancia blanca en el centro semioval izquierdo, capsular interna, externa con afectación meníngea en la cisura de Silvio y orbitaria. B) RM cerebral: empiema subdural frontotemporal izquierdo, con lesiones hipodensas cápsulo-lenticulares izquierdas sugerentes de neurocisticercosis

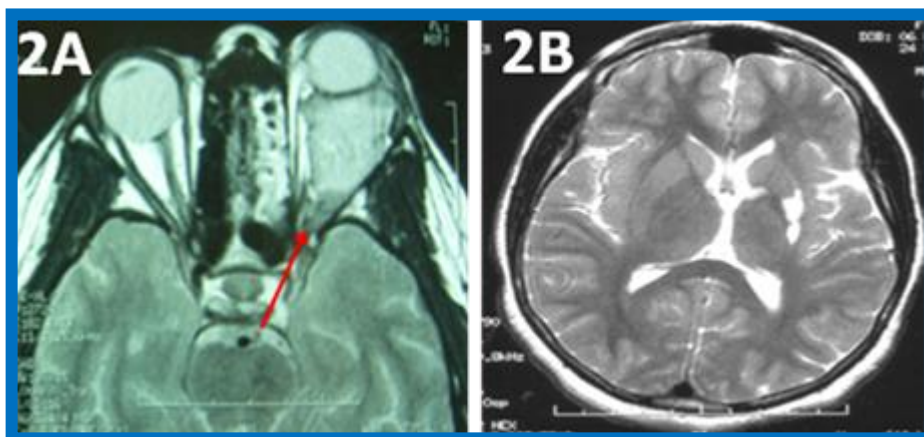


Figura 2. A) RM orbitaria: absceso retroocular superoexterno izquierdo con proptosis y desplazamiento inferior del globo ocular. B) RM cerebral: áreas de encefalomalacia en la zona capsular comisural y lenticulooval izquierdas, compatibles con la fase de resolución de la neurocisticercosis cerebral