

POLIARTRITIS Y TENOSINOVITIS GRAVE POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* EN UN PACIENTE CON HIPOESPLENIA FUNCIONAL

DOMINGO C. BALDERRAMO¹, ANA M. BERTOLI², MIGUEL A. PAGANINI¹, ABEL ZARATE³,
JUAN C. ZLOCOWSKI³, ALEJANDRO ALVARELLOS², FRANCISCO CAEIRO², JUAN P. CAEIRO³

¹Servicios de Clínica Médica, ²Reumatología e ³Infectología. Hospital Privado Centro Médico de Córdoba

Resumen La artritis por *Streptococcus agalactiae* es infrecuente. No conocemos publicaciones de casos sobre la afección tendinosa por este microorganismo. Se presenta una mujer de 46 años que consultó por fiebre, poliartralgias, mialgias, diarrea y vómitos. Como antecedentes presentaba carcinoma papilar de tiroides e hipoesplenía funcional. Al examen se encontraba hemodinámicamente inestable, febril, con artritis de mano izquierda, muñecas, codos, hombro derecho y tobillo izquierdo. Presentaba tenosinovitis en ambos pies y en la mano izquierda. Los hemocultivos y el cultivo de la bursa olecránica derecha fueron positivos para *S. agalactiae*. La ecografía mostró signos de tenosinovitis del tibial anterior izquierdo. Completó 20 días de tratamiento endovenoso con cefazolina y 12 días de cefuroxima oral. El cuadro articular revirtió completamente en 60 días. El *Streptococcus agalactiae* puede causar, en forma infrecuente, un síndrome de poliartritis, tenosinovitis y fiebre similar al producido por la infección gonocócica.

Palabras clave: *Streptococcus agalactiae*, poliartritis, tenosinovitis

Abstract *Severe polyarthritis and tenosynovitis caused by Streptococcus agalactiae in a patient with functional hyposplenism.* Cases of arthritis caused by *Streptococcus agalactiae* are infrequent and in our knowledge there are no case reports of tenosynovitis caused by *S. agalactiae*. A 46-year-old woman presented with fever, polyarthralgia, myalgia, diarrhea and vomiting. She had a history of papillary thyroid carcinoma and functional hyposplenism. She was febrile, with arthritis in hands, wrists, elbows, right shoulder and left ankle joints, and presented tenosynovitis in both feet and left hand. Blood and right olecranon bursa sample cultures were positive for *S. agalactiae*. An ultrasound scan made at the musculus tibialis anterior of left foot revealed signs of tenosynovitis. She was treated with intravenous cefazolin for 20 days and oral cefuroxime for 12 days. The joint involvement completely subsided in 60 days. *Streptococcus agalactiae* can cause, infrequently, a polyarthritis and tenosynovitis syndrome similar to disseminated gonococcal infection.

Key words: *Streptococcus agalactiae*, polyarthritis, tenosynovitis

La artritis por *Streptococcus agalactiae* es poco común. Su incidencia anual en adultos sin incluir embarazadas fue de 1.8 casos por cada millón de habitantes en un estudio en EE.UU., entre 1989 y 1990¹. La afección es principalmente monoarticular involucrando frecuentemente las articulaciones de la rodilla y cadera^{2, 3}. El compromiso poliarticular es menos frecuente (20-30% del total)^{3, 4} y tiene patrón axial⁵. No existen en nuestro conocimiento, publicaciones de casos de infección tendinosa por este germen. Los factores predisponentes más comunes son diabetes mellitus, neoplasias y el uso prolongado de corticosteroides^{1, 6-9}. Con tratamiento apropiado la recuperación articular completa ocurre en la mitad de los pa-

cientes⁹. Se describe un caso de artritis grave con afectación poliarticular y compromiso tenosinovial por *Streptococcus agalactiae* en un paciente con hipoesplenía.

Caso clínico

Una mujer de 46 años de edad consultó por fiebre, poliartralgias, mialgias, diarrea y vómitos de 72 horas de evolución.

Como antecedentes presentaba un cuadro de poliartritis seronegativa de pequeñas articulaciones 11 años atrás que remitió en 6 meses. Tres años antes, por la presencia de cuerpos de Howel-Jolly, crenocitos, esquistocitos, punteado basófilo y trombocitosis en reiterados estudios de laboratorio, se solicitó ecografía abdominal que informó bazo disminuido de tamaño. Conjuntamente la gammagrafía hepatoesplénica con tecnecio 99 no mostró captación por el parénquima esplénico, diagnosticándose hipoesplenía funcional. Además, en este periodo se diagnosticó carcinoma papilar de tiroides tratado con tiroidectomía total y yodo radiactivo. Recibía 150 µg diarios de levotiroxina como reemplazo hormonal.

Recibido: 16-X-2001

Aceptado: 30-V-2002

Dirección Postal: Dr. Domingo C. Balderramo, Hospital Privado, Naciones Unidas 346, Barrio Parque Vélez Sarsfield, 5016 Córdoba, Argentina.
Fax: (54-351) 4688272 e-mail: dcbalderramo@yahoo.com

Al examen se encontraba hemodinámicamente inestable, febril (39 °C), con artritis de muñecas, codos, hombro derecho, tobillo izquierdo, segunda y tercera metacarpofalángicas izquierdas. Presentaba periartritis en codos a predominio derecho, tenosinovitis en los flexores dorsales de ambos pies y en tendón extensor del tercer dedo de la mano izquierda.

El laboratorio informó 54 000 leucocitos/mm³ (neutrófilos en banda: 28%, neutrófilos segmentados: 63%, linfocitos: 9%), 1 310 000 plaquetas/mm³, cuerpos de Howel Jolly, glucosa: 89 mg/dl, urea: 119 mg/dl, creatinina: 1.39 mg/dl, sodio: 142 mEq/L, potasio: 3.4 mEq/L, cloro: 105 mEq/L, ASAT 76 U/L, ALAT 77 U/L, GGT 340 U/L, fosfatasa alcalina 685 U/L y CPK 646 UI/L. La paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos.

El líquido cefalorraquídeo y el sedimento urinario fueron normales. Dos hemocultivos realizados y el cultivo de la bursa olecránica derecha fueron positivos para *Streptococcus agalactiae*, que resultó sensible a penicilina, clindamicina, ceftriaxona, trimetoprima-sulfametoxazol y vancomicina. La ecografía mostró signos de tenosinovitis del tibial anterior izquierdo. Se realizó un ecocardiograma transesofágico que fue normal.

Se inició tratamiento empírico endovenoso con ceftriaxona y con cefazolina, además de hidrocortisona y medidas de soporte, con respuesta adecuada. Posteriormente, debido al resultado de los cultivos y del antibiograma, se continuó el tratamiento únicamente con cefazolina, completando 20 días de tratamiento endovenoso. Luego recibió cefuroxima oral y naproxeno por 12 días.

El cuadro articular se resolvió completamente en 60 días, persistiendo la trombocitosis (448 000/ mm³), que posteriormente se normalizó.

Discusión

Las infecciones invasivas por *Streptococcus agalactiae* causan importante morbilidad y mortalidad en la población adulta. El 32% de éstas se producen en mujeres no embarazadas¹. La artritis representa el 4 a 9% de las infecciones invasivas por *S. agalactiae* en adultos sin incluir pacientes grávidas^{1,7}.

El compromiso poliarticular asociado a tenosinovitis y fiebre es sugestivo de artritis gonocócica. No está descrito como manifestación grave debida a *Streptococcus agalactiae*.

Los pacientes con hipoesplenía funcional al igual que con esplenectomía presentan una alta predisposición a infecciones bacterianas graves, principalmente meningitis y sepsis por gérmenes encapsulados (*Streptococcus*

pneumoniae, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*) pero también otros microorganismos como especies de *Salmonella*, *Campylobacter*, *Capnocytophaga canimorsus*, *Babesia microti* y *Plasmodium*. Se han descrito sólo dos casos de artritis por *Streptococcus agalactiae* asociados a esplenectomía; un hombre de 72 años que presentó monoartritis con buena evolución con el antecedente de esta cirugía 12 años atrás, y otro caso de infección fulminante inmediatamente posterior a esta cirugía^{2,9}. No se ha establecido una asociación clara entre hipoesplenía funcional o asplenia y las infecciones por *S. agalactiae*⁶.

En el caso actual, la presencia de hipoesplenía funcional podría haber llevado a bacteriemia persistente debida a *S. agalactiae*. De esta manera se produciría una infección invasiva con múltiples focos articulares y tendinosos, imitando a la infección sistémica por gonococo.

En conclusión, se presenta un caso de poliartitis séptica grave con tenosinovitis debida a *S. agalactiae* asociada a hipoesplenía funcional.

Bibliografía

1. Farley M, Harvey R, Stull T, et al. A population-based assessment of invasive disease due to Group B streptococcus in nonpregnant adults. *N Engl J Med* 1993; 328: 1807-11.
2. Pischel K, Weisman M, Cone R. Unique features of group B streptococcal arthritis in adults. *Arch Intern Med* 1985; 145: 97-102.
3. Laster A, Michels M. Group B streptococcal arthritis in adults. *Am J Med* 1984; 76: 910-15.
4. Dubost J, Fis I, Denis P, et al. Polyarticular Septic Arthritis. *Medicine (Baltimore)* 1993; 72: 296-307.
5. Lerner P, Gopalakrishna K, Woinsky E, et al. Group B *Streptococcus* (*S. agalactiae*) bacteremia in adults: analysis of 32 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1997; 56: 457-73.
6. Jackson L, Hilsdon R, Farley M, et al. Risk factors for Group B streptococcal disease in adults. *Ann Intern Med* 1995; 123: 415-20.
7. Schwartz B, Schuchat A, Oxtoby M, et al. Invasive group B streptococcal disease in adults. *JAMA* 1991; 266: 1112-4.
8. Schattner A, Vosti K. Bacterial Arthritis due to Beta-hemolytic streptococci of serogroups A, B, C, F and G. *Medicine (Baltimore)* 1998; 77: 122-38.
9. Small C, Slater L, Lowy F, Small R, Salvati E, Casey J. Group B streptococcal arthritis in adults. *Am J Med* 1984; 76: 367-75.