

Dos casos de bacteriemia transitoria por estreptococos *viridans*

Por JUAN M. MIRAVENT

La comprobación de estreptococos *viridans* en la sangre de dos enfermos con procesos de sintomatología muy diferente constituye el tema de esta nota.

² W. E. BUNNEY. *A new diluent for diphtheria toxin in the SCHICK test.* «The Journal of Immunology», vol. XX. n° 1. pág. 71: 1931.

³ GLENNY and WADDINGTON (*A System of Bacteriology.* «Medical Research Council», vol. VI. pág. 133) han comprobado que la toxina diftérica diluida en caldo conserva, sin cambios apreciables, su poder tóxico durante 6 meses a la temperatura del laboratorio.

Reseña clínica. — El primer caso (B^c) corresponde a una señora que, durante casi un año, tiene persistentes ataques de forunculosis por estafilococo; algunos de gran intensidad y extensión, acompañados de fiebre alta y ligeros dolores articulares. Dos hemocultivos practicados en el transcurso de estos ataques, permiten aislar un mismo estreptococo (B). Luego la enferma mejora lentamente y, por último, cura sin haberse empleado para su bacteriemia medicamentos específicos o quimioterápicos. Nunca apareció lesión cardíaca alguna y tampoco tiene antecedentes reumáticos.

La segunda enferma (E') tiene en su anamnesis un proceso que *a posteriori* puede aceptarse como una forma atípica de fiebre reumática aguda, que cura con facilidad. Varios años más tarde aparecen lentamente fenómenos de paresia y dolores fulgurantes en los miembros inferiores. Con el progreso de su enfermedad queda instalado un cuadro que la mayoría de los clínicos que la asisten interpretan como una forma atípica de la esclerosis en placas. Ya en un grado avanzado, con fenómenos bulbares, se practican dos hemocultivos en momentos de apirexia, hallándose, en ambos, idénticos estreptococos *viridans* (E). La enfermedad sigue su curso y, por un tiempo mayor de un año, no aparecen manifestaciones clínicas de su bacteriemia. No hubo lesión cardíaca.

Por tanto estos dos casos se caracterizan clínicamente por la común inexistencia de lesiones cardíacas valvulares y de esplenomegalia, así como también de toda otra localización visceral entre las típicas de la endocarditis lenta.

Estudio bacteriológico. — En nuestros casos la siembra inicial se hizo en balones de caldo común, advirtiéndose que al efectuarse el segundo hemocultivo del caso B^c se confeccionaron además placas de agar con sangre del paciente. El desarrollo fué siempre abundante a las 24 horas.

El estudio conjunto de estos microorganismos permite reconocer los siguientes caracteres comunes: morfología de estreptococo de cadenas largas, GRAM positivo. Caracteres culturales típicos de estreptococos en los medios nutritivos comunes. Sembrando en la superficie de placas de agar sangre fresca defibrinada de conejo, se aprecia el halo verde de los estreptococos *viridans*, con aparición tardía de hemólisis a la temperatura ambiente. Pertenecen al tipo α de la clasificación de BROWN. En las placas con la mezcla de agar sangre calentada, aparece la zona amarillenta igual a la de los estreptococos *viridans* de la endocarditis lenta. En el agar-chocolate (preparado según la técnica de WARREN CROWE), se observa la amplia zona amarilla del tipo B de CROWE. En el medio de THOMPSON producen el aspecto del grupo $D 2$. No son lisados por la bilis. No alteran el medio de HISS. Su poder patógeno es nulo para el ratón blanco, la cavia y el conejo.

Son caracteres particulares propios de los gérmenes B y E , pequeñas diferencias de escaso valor en la fermentación de los azúcares y en los ensayos suerológicos. El estreptococo E fermenta glucosa, maltosa, galactosa, sacarosa, lactosa, dextrina y salicina; no fermenta manita, inulina, rafinosa e inosita. El germen B tan solo se diferencia del E porque su acción sobre la salicina es apenas perceptible.

Hemos intentado la aglutinación de estos gérmenes con sueros de conejos inmunizados con estreptococos de casos de endocarditis lenta (gérmenes C_{19} y Z de la colección). Se comprobó escaso poder aglutinante para el germen E (1/100 con antisuero C_{19} y 1/200 con el Z) y nulo para el B . Estos ensayos tienen sin embargo escaso valor, pues los antisueros C_{19} y Z tampoco aglutinaron todas las cepas de endocarditis lenta utilizadas como contralor.

Por los caracteres descritos los gérmenes B y E aislados en nuestros casos, pueden ubicarse en el grupo $D 2$ de la clasificación de THOMPSON y en el $B 5$ (1) (α) de la de W. CROWE y no han podido ser diferenciados de los estreptococos que personalmente hemos aislado de enfermos de endocarditis lenta.

En general los esfuerzos realizados para la separación de los estreptococos del grupo *viridans* en subgrupos y especies, solo han alcanzado mediocres resultados y, después de haber ensayado, en varias ocasiones, la aplicación de las distintas clasificaciones, hemos llegado a la conclusión de que, desde un punto de vista práctico, es suficiente demostrar la acción de un estreptococo sobre la sangre para considerar a éste como estreptococo *viridans*. De todos modos conviene recordar que el nombre *viridans* solo designa un grupo de microbios, los cuales no constituyen una especie definida.

Los casos de GLOOR¹ y de BOGENDORFER (citado por GLOOR) tienen la misma significación que los dos casos estudiados en este artículo. Tratábase — en el caso de GLOOR — de una enferma con una antigua estenosis y una insuficiencia mitral que, durante una angina diftérica, tuvo una bacteriemia por estreptococo *viridans*. A pesar de la endocarditis sobrevenida a raíz de la difteria, el estreptococo desapareció de la sangre y la enferma curó.

En cuanto al caso de BOGENDORFER, se trataba de una bacteriemia por estreptococo *viridans* en un enfermo que no presentaba ninguna lesión cardíaca.

También para GLOOR se impuso entonces la misma conclusión a la cual habían llegado anteriormente SCHOTTMULLER, LIBMAN y BOGENDORFER, esto es de que *sin lesión cardíaca no existe endocarditis lenta*.

Los dos casos estudiados por nosotros nos permiten igual generalización y nos autorizan también para decir que la presencia de un estreptococo del grupo *viridans* en la sangre de un enfermo febril no impone el diagnóstico de endocarditis lenta. Claro está que muy probablemente el carácter transitorio de la infección estreptocócica que hemos podido comprobar en estos dos casos, está relacionado con la ausencia de localizaciones cardíacas, esplénicas, etc., pues los focos viscerales mantienen la infección.

Conviene, pues, tener muy en cuenta estas bacteriemias transitorias al hablar de la curación de casos de endocarditis lenta, cuando este diagnóstico se apoya exclusivamente en la existencia de estreptococos *viridans* en la sangre.

¹ GLOOR. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, Tomo 75, nº 7, págs. 303-307; 1928. *Ueber einen Fall von transitorischer Viridans bakterämie*.