

Síndrome d'Austrian: pneumònia, meningitis i endocarditis per pneumococ

Gemma Rocamora¹, Nina Soto², Neus Robert³, Lourdes Mateu⁴, Cinta Llibre², Josep M Mòdol³

¹Servei de Medicina Interna, ²Servei de Cardiologia, ³Servei d'Urgències, ⁴Unitat de Malalties Infeccioses. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Nom autor: Gemma Rocamora

Lloc de treball: Hospital Germans Trias i Pujol

Data recepció: 09.10.2016

Data acceptació: 07.11.2016

mail: gemrocamora@gmail.com

Forma de citació: Rocamora G, Soto N, Robert N, Mateu L, Llibre C, Mòdol JM. *Síndrome d'Austrian: pneumònia, meningitis i endocarditis per pneumococ*. ReMUE.c@t 2017;4(2):24-26

MOTIU DE CONSULTA: Quadre confusional i dificultat per la parla.

ANTECEDENTS PERSONALS:

Dona de 75 anys, al·lèrgica a la penicil·lina, sense hàbits tòxics. Independent per a les activitats bàsiques de la vida diària. Com a antecedents patològics presenta hipertensió arterial en tractament amb IECA, dislipèmia, diabetis mellitus tipus 2 en tractament amb ADO i obesitat grau I (IMC 32kg/m²).

MALALTIA ACTUAL:

Consulta a urgències portada per la família per presentar caiguda a domicili, amb confusió, desviació de la comissura bucal i alteració en l'articulació del llenguatge.

EXPLORACIÓ FÍSICA:

A l'arribada a urgències es troba febril (T^a 38,7°C), hemodinàmicament estable, FR 20rpm, amb saturació basal d'oxigen del 92%. Estat general conservat. Alguns crepitants a base pulmonar esquerra, buf sistòlic aòrtic II/IV i regurgitant mitral III/VI. Sense signes d'insuficiència cardíaca. Abdomen anodí. Conscient i orientada, amb lleu disàrtria, sense altres focalitats neurològiques.

PROVES COMPLEMENTÀRIES REALITZADES A URGÈNCIES:

Analítica: 7.900 Leucòcits (N 75%, L 15%, M 6.4%), Hb 13.4g/dL, Hto 40.3%, 163.000 plaquetes. Coagulació normal. Glucosa 216mg/dL, Urea 46.7mg/dL, Creatinina 0.65mg/dL, Na 137.7mmol/L, K 3.6mmol/L, PCR 372.7mg/L. **Sediment i urianàlisi:** normals.

Radiografia de tòrax: augment de densitat basal esquerra (Figura 1). **Antigenúries en orina:** Positiva per a pneumococ, negativa per a *Legionella*.

Hemocultiu: S'aïlla *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicil·lina, cefotaxima, levofloxacina, eritromicina i vancomicina.

EVOLUCIÓ A URGÈNCIES

S'interpreta com a pneumònia adquirida a la comunitat FINE II i la pacient es trasllada a la Unitat d'Observació amb antibioteràpia amb levofloxacina. En aquest moment es té coneixement de la positivitat dels hemocultius per *Streptococcus pneumoniae* multisensible.

Posteriorment la pacient presenta atàxia densa i s'observa hemianòpsia homònima esquerra, parèsia facial esquerra central, hemiparèsia i termohipoestèsia esquerra de predomini braquial pel qual es realitza **TC cranial amb angioTC** on no s'evidencien lesions isquèmiques ni hemorràgiques agudes i que mostra dubtosa oclusió a nivell d'M2-M3. Donada la clínica de pneumònia, bacterièmia per pneumococ i clínica neurològica, es procedeix a **punció lumbar** i estudi de líquid cefaloraquídi que mostra un líquid clar amb 7 leucòcits/mm³, proteïnes 0.51g/L, glucosa 76mg/dl, tinció de Gram sense gèrmens, cultiu bacterià negatiu i PCR positiva per pneumococ. Es considera un cas de meningitis avortada per tractament antibiòtic previ, s'afegeix vancomicina.

En aquest moment es dona valor al buf cardíac sistòlic i es pensa que pugui presentar una endocarditis sospitant que es pugui tractar d'una síndrome d'Austrian pel que és sol·licita un ecocardiograma.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL A URGÈNCIES:

A l'arribada de la pacient a urgències s'objectiva un quadre febril amb semiologia i radiografia compatible amb pneumònia i amb antigenúria que mostra etiologia pneumocòccica. El quadre confusional que explicava la família s'havia resolt i es va atribuir al quadre sèptic.

Estant en observació presenta una focalitat neurològica evident. En aquest moment es planteja el diagnòstic diferencial d'ictus isquèmic o hemorràgic, traumatisme cranioencefàlic, quadre metabòlic o infecció del sistema nerviós central. Les exploracions complementàries practicades posen de manifest una meningitis i descarten les altres possibilitats.

Atesa la presència d'un buf cardíac es sospita l'endocarditis que completaria la síndrome d'Austrian.

EVOLUCIÓ CLÍNICA I PROVES COMPLEMENTÀRIES REALITZADES FORA D'URGÈNCIES:

La pacient ingressa a la Unitat d'Ictus i es practica l'**ecocardiograma transtoràcic i transesofàgic**, que mostren endocarditis mitral, amb vegetació de 18x7mm a nivell del vel posterior, que condiciona insuficiència mitral lleugera-moderada, així com imatge ecodensa a la zona de l'anell mitral posterior, que podria suggerir la presència d'un abscess perianular mitral (Figures 2 i 3). Es realitza **RMN cerebral** que mostra lesions isquèmiques multiterritorials que suggereixen origen cardioembòlic (Figura 4). S'arriba al diagnòstic de síndrome d'Austrian: endocarditis, pneumònia i meningitis per *Pneumococ* (que en aquest cas resulta avortada per l'inici precoç del tractament antibiòtic), complicada amb ictus isquèmic per embòlia sèptica i possible abscess perivalvular. Es realitza un **PET-TC** que confirma el diagnòstic d'abscess amb extensió intramiocàrdica (Figura 5). Es considera tributària d'intervenció quirúrgica, per la qual cosa que es realitza substitució valvular mitral biològica, confirmant-se el diagnòstic intraoperatoriament. Es continua el tractament amb daptomicina per reacció cutània a la vancomicina. Finalment és donada d'alta sense seqüeles.

DIAGNÒSTIC FINAL:

SÍNDROME D'AUSTRIAN

DISCUSSIÓ: La síndrome d'Austrian és una entitat rara, i es descriu per la tríada de pneumònia, endocarditis i meningitis causades per *Streptococcus pneumoniae*¹⁻⁵. El pneumococ és la causa més freqüent de pneumònia adquirida a la comunitat i de meningitis bacteriana en adults. No obstant això, és una causa infreqüent d'endocarditis, sobretot des de l'ús de la penicil·lina. Se'n descriuen pocs casos, més freqüentment en homes d'edat mitjana i amb factors de risc com valvulopatia o alcoholisme. La

vàlvula més freqüentment involucrada és l'aòrtica nativa, i es descriu la mitral en casos d'endocarditis subaguda^{1,2}. Tot i l'ús d'antibiòtics adequats, l'evolució sol ser aguda i agressiva, amb complicacions locals freqüents com abscess perivalvular, i sistèmiques, com embòlies sèptiques², com va ser el nostre cas.

Pel que fa al tractament antibiòtic, i malgrat que en els darrers anys ha disminuït el percentatge de resistència a penicil·lina, cal iniciar amb una cefalosporina de 3a generació, sola o combinada amb vancomicina, fins que es conegui l'antibiograma^{2,3}. En el nostre cas la pacient presentava una història documentada de xoc anafilàctic per penicil·lina pel que es va descartar utilitzar els betalactàmics. El recanvi valvular cal realitzar-lo de forma precoç per evitar el xoc cardiogènic^{4,5}. Donat que és una síndrome poc freqüent i presenta simptomatologia molt variada, sovint es produeix un retard en el diagnòstic^{1,5} i per tant, en l'inici del tractament. Per això és important reconèixer l'entitat i diagnosticar-lo precoçment, modificant-ne el pronòstic. Volem recalcar la importància de sospitar aquesta entitat en els pacients que es presentin amb signes de sèpsia i infecció per pneumococ, encara que no tinguin factors predisponents.

BIBLIOGRAFIA:

1. Kanakadani V, Annapureddy N, Agarwal SK, Sabharwal MS, Ammakkanavar N, Simoes P et al. The Austrian syndrome: a case report and review of the literature. *Infection*. 2013;41:695-700.
2. Dalal A, Ahmad H. Austrian Syndrome (Pneumococcal Pneumonia, Meningitis, and Endocarditis): A Case Report. *Am J Med Sci*. 2008;336(4):354-355.
3. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, del Zotti F et al. Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(1):69.e1-e49
4. Wilbring M, Tugtekin SM, Matschke K, Kappert U. Austrian syndrome in the context of a fulminant pneumococcal native valve endocarditis. *Case report. Braz J Infect Dis*. 2012; 16(5): 486-488.
5. Velazquez C, Araji O, Barquero M, Perez Duarte E, Garcia-Borbolla M. Austrian syndrome: a clinical rarity. *Int J Cardiol*. 2008;127:e36-e38.



Figura 1. Radiografia de tòrax a l'arribada a urgències. Compatible amb condensació basal esquerra.

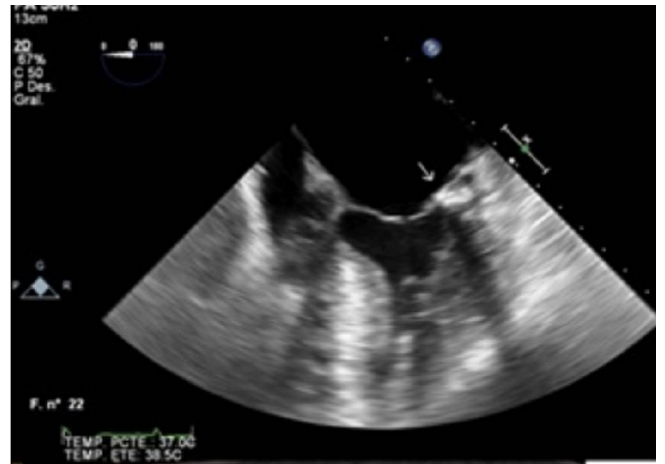


Figura 2. Imatge d'ecocardiograma transesofàgic que mostra imatge suggestiva d'abscess perianular mitral.

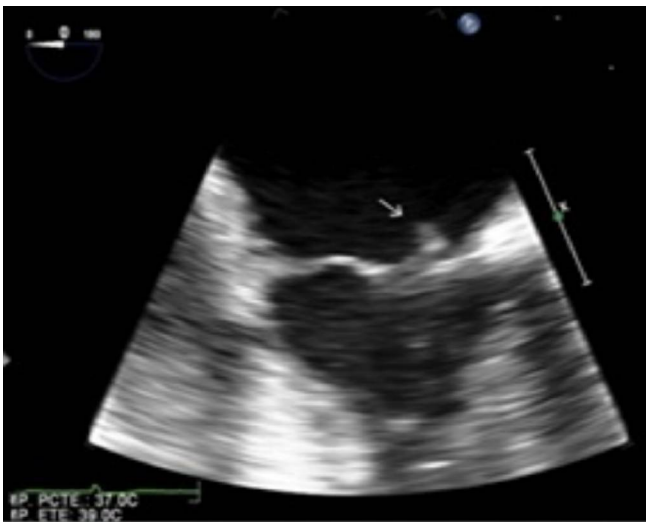


Figura 3. Imatge vibràtil a nivell de vel posterior mitral a ecocardiograma transesofàgic, compatible amb vegetació.

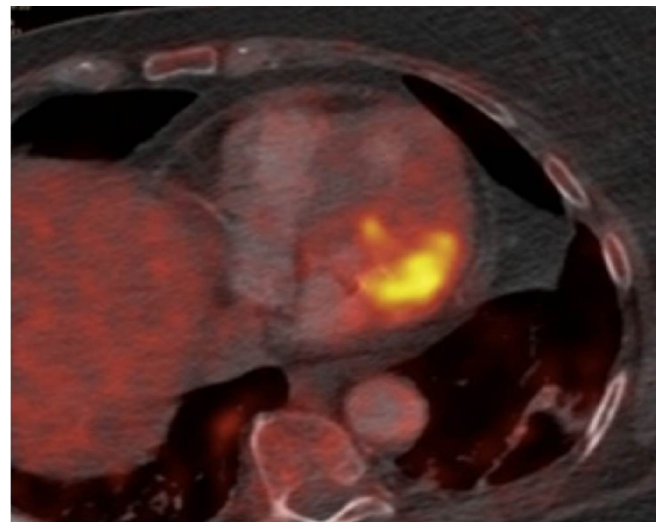


Figura 5. Estudi PET-TC que mostra captació de 18-FDG a zona perianular mitral, confirma el diagnòstic d'extensió intramiocàrdica.

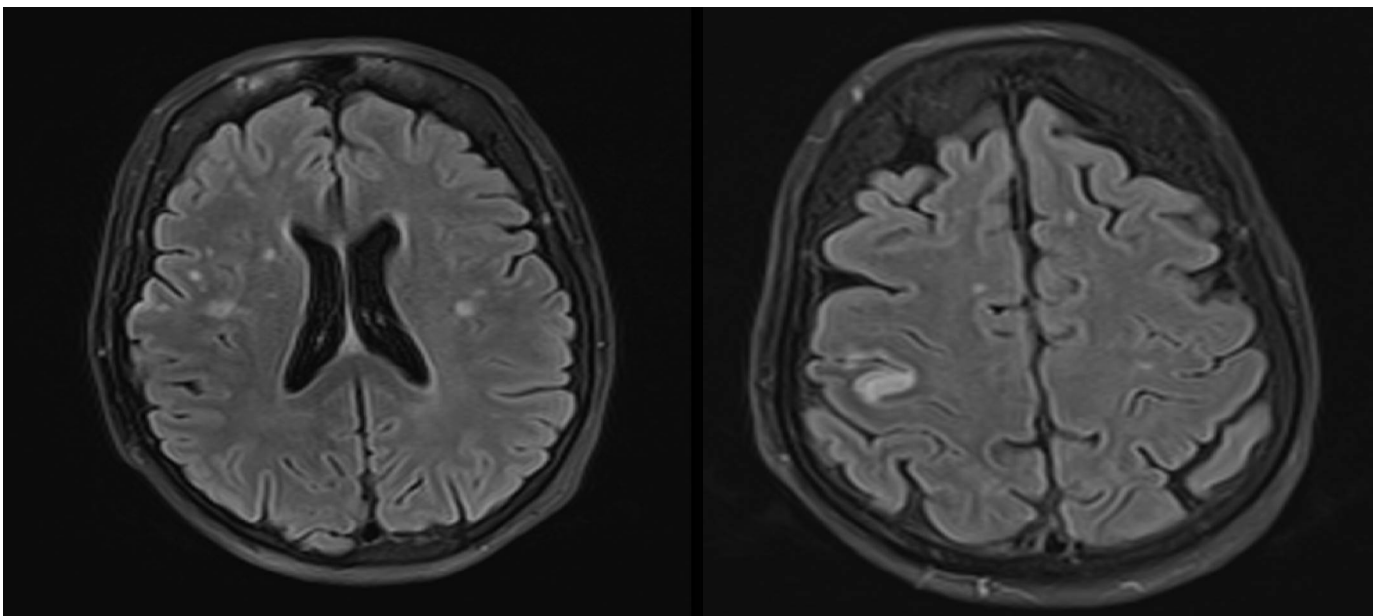


Figura 4. RMN cerebral: Lesions isquèmiques multiterritorials.