

NOTAS CLÍNICAS

Síndrome de Austrian: encontrando lo que se busca. Reporte y seguimiento de un caso [Austrian Syndrome: Finding What You Are Looking For. Case Report and Follow-Up]

MARLENE FEO-GONZÁLEZ^{a*} , MARÍA VALERO-JAIME^a, JOSÉ E. RAMÍREZ-BATISTA^b, OMER J. LEAL-FERNÁNDEZ^c,
MAITE ARLABÁN-CARPINTERO^a , ENRIQUE CHICOTE-ÁLVAREZ^a

^a Servicio de Medicina Intensiva

^b Servicio de Cardiología

^c Servicio de Cirugía Cardiovascular

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España

* Correspondencia: mfeo@riojasalud.es

Recibido: 19 enero 2026. Aceptado: 17 junio 2026

Resumen

La asociación de meningitis, neumonía y endocarditis por *Streptococcus pneumoniae* se denomina síndrome de Austrian. Se trata de una tríada infrecuente que provoca una tasa de mortalidad >25%. Se presenta el caso de un hombre con factores de riesgo que ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos por meningitis, neumonía y artritis séptica, y tuvo una rápida evolución a shock y fallo multiorgánico. La elevada sospecha clínica de síndrome de Austrian se tradujo en el diagnóstico precoz de una endocarditis infecciosa sobre la válvula aórtica nativa. El paciente recibió tratamiento multidisciplinario que incluyó cirugía urgente de recambio valvular en las primeras 48 h, y tuvo una evolución inicial favorable. A los 9 meses, se detectó una dehiscencia periprotésica que requirió una segunda cirugía cardíaca compleja. Después desarrolló un shock postcardiotomía refractario y finalmente falleció tras la limitación del soporte vital de acuerdo con sus deseos y los de su familia.

Palabras clave: Síndrome de Austrian; *Streptococcus pneumoniae*; enfermedad neumocócica invasiva; endocarditis neumocócica; recambio valvular aórtico; dehiscencia periprotésica.

Abstract

The association of meningitis, pneumonia and infective endocarditis caused by *Streptococcus pneumoniae* is known as Austrian syndrome. This triad is rare but deadly, with a mortality rate over 25%. We present the case of a male patient with history of risk factors who was admitted to the Intensive Care Unit with meningitis, pneumonia and septic arthritis and who developed shock and multiple organ dysfunction syndrome in a short time. The high suspicion of Austrian syndrome led to the prompt diagnosis of a native aortic valve infective endocarditis. The patient received multidisciplinary care including urgent surgery with valve replacement within the first 48 hours and the outcome was initially favorable. After 9 months of follow-up, a paravalvular leak was detected and the patient underwent a second complex surgery followed by a refractory postcardiotomy cardiogenic shock. He finally died after withdrawal of life-sustaining therapy respecting patient's and family's wishes.

Keywords: Austrian syndrome; *Streptococcus pneumoniae*; invasive pneumococcal disease; pneumococcal endocarditis; aortic valve replacement; paravalvular leak.

Introducción

El síndrome de Austrian se define como la tríada de meningitis, neumonía y endocarditis causada por *Streptococcus pneumoniae*. Fue descrito por Sir William Osler, en 1881, pero fue Robert Austrian quien publicó la primera serie de 8 casos en 1957, y una tasa de mortalidad del 75%.¹ Debido a su baja frecuencia este síndrome, a menudo, no es reconocido.

Caso clínico

Presentamos el caso de un hombre de 63 años con antecedente de alcoholismo, hipertensión arterial, glucemia basal alterada y gammapatía monoclonal de significado incierto, que acudió al Servicio de Urgencias por fiebre y malestar general de una semana

de evolución. En Urgencias, tenía fiebre, hipotensión arterial y un nivel de conciencia fluctuante entre obnubilación y agitación psicomotriz. No presentaba focalidad de pares craneales o de vías largas ni rigidez de nuca. Se detectó inflamación en la rodilla izquierda. Los análisis de urgencia revelaron signos de infección y disfunción orgánica (Tabla).

Se decidió el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde requirió intubación orotraqueal debido al bajo nivel de conciencia. Se realizó una tomografía computarizada (TC) de cráneo que no mostró alteraciones, la punción lumbar fue compatible con meningitis bacteriana. Se inició un tratamiento con dexametasona, ceftriaxona, vancomicina y aciclovir. Los médicos del Servicio de Traumatología realizaron una artrocentesis de rodilla izquierda, compatible con artritis séptica. Tanto en el líquido articular

TABLA
Pruebas complementarias al ingresar en la UCI

Gasometría venosa		Bioquímica de líquido cefalorraquídeo	
pH	7,36	Leucocitos	442 cel./μl
pCO ₂	36 mmHg	Mononucleares	10%
pO ₂	38 mmHg	Polimorfonucleares	90%
HCO ₃	20 mmol/l	Hematíes	600 cel./μl
Exceso de base	-4,5 mmol/l	Glucosa	<2 mg/dl
Lactato	25 mg/dl	Proteínas	558 mg/dl
Bioquímica		Lactato	116 mg/dl
Glucosa	128 mg/dl	Bioquímica de líquido articular	
Urea	117 mg/dl	Leucocitos	149.480 cel./μl
Creatinina	1,34 mg/dl	Mononucleares	35%
Sodio	137 mmol/l	Polimorfonucleares	65%
Potasio	3,6 mmol/l	Hematíes	31.300 cel./μl
Alanina aminotransferasa	89 U/l	Glucosa	18 mg/dl
Bilirrubina total	2,1 mg/dl	Proteínas	3,4 g/dl
Proteína C reactiva	397 mg/l	Microbiología	
Procalcitonina	7,49 ng/ml	Orina	Antígeno neumococo positivo
Hemograma		Aspirado traqueal	Flora orofaríngea habitual
Hemoglobina	13,4 g/dl	Hemocultivo	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
Plaquetas	117 x1000/μl	Líquido cefalorraquídeo	ADN de <i>Streptococcus pneumoniae</i> positivo Cultivo: negativo
Leucocitos	13,1 x1000/μl	Líquido articular	ADN de <i>Streptococcus pneumoniae</i> positivo Cultivo: <i>Streptococcus pneumoniae</i>
Neutrófilos	91,9%	Estudios por imágenes	
Coagulación		Tomografía computarizada de cráneo	Sin alteraciones agudas
Tiempo protrombina	67%	Tomografía computarizada de tórax	Infiltrados basales bilaterales
INR	1,29		
Tiempo de tromboplastina parcial activada	24 segundos		
TTPA ratio	0,82		
Fibrinógeno	899 mg/dl		

como en el líquido cefalorraquídeo se detectó ADN de *Streptococcus pneumoniae* y los hemocultivos fueron positivos para dicho microorganismo. En una TC de tórax, se visualizaron infiltrados basales bilaterales.

En las primeras horas, el paciente evolucionó a shock séptico y fallo multiorgánico, con disfunción hemodinámica, respiratoria, renal, hepática y hematológica.

En vista de estos hallazgos, se sospechó que el cuadro podía corresponder a un síndrome de Austrian, complicado, en este caso, con una artritis séptica.

En las primeras 24 h, en la UCI, se realizaron ecografías transtorácica y transesofágica, que confirmaron una endocarditis sobre la válvula aórtica (Figura 1) e insuficiencia aórtica severa (Figura 2). Se ajustó la antibioticoterapia a ceftriaxona 2 g, cada

12 h, linezolid y azitromicina. En una TC corporal, se descartaron émbolos sépticos.

Antes de las 48 h del ingreso en la UCI, se realizó una cirugía cardíaca urgente. Se observó una válvula aórtica tricúspide con insuficiencia aórtica severa, perforación del velo coronariano derecho, verruga endocárdica de 1 x 1 cm y un absceso en el anillo aórtico, con infiltración incipiente hacia la comisura y el velo coronariano izquierdo. La válvula mitral no estaba afectada.

Se procedió a la resección de la válvula aórtica, la reconstrucción del anillo y la sustitución valvular por una prótesis biológica. En la muestra de válvula cardíaca, se detectó también ADN de *Streptococcus pneumoniae*. Los médicos del Servicio de Traumatología realizaron una artrotomía y un drenaje articular de la rodilla izquierda.

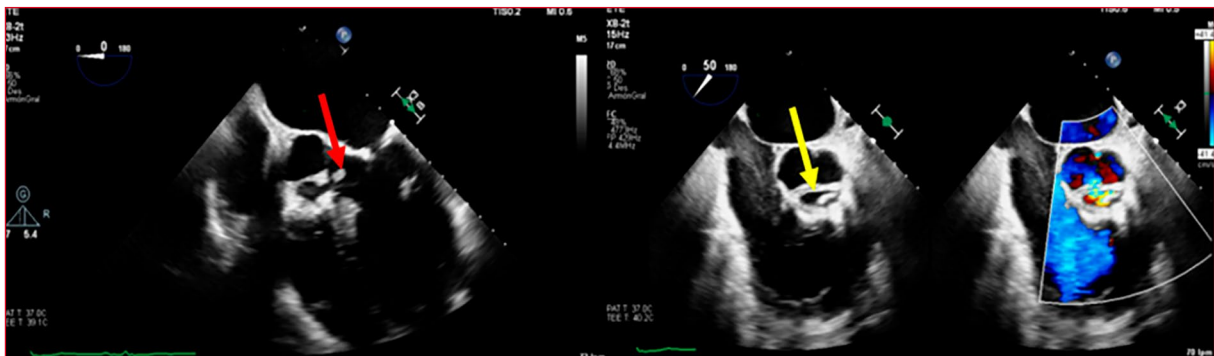


Figura 1. Ecocardiograma transesofágico. Plano medioesofágico superior. Vegetación endocárdica sobre la válvula aórtica (flecha roja) y perforación del velo coronariano derecho (flecha amarilla).

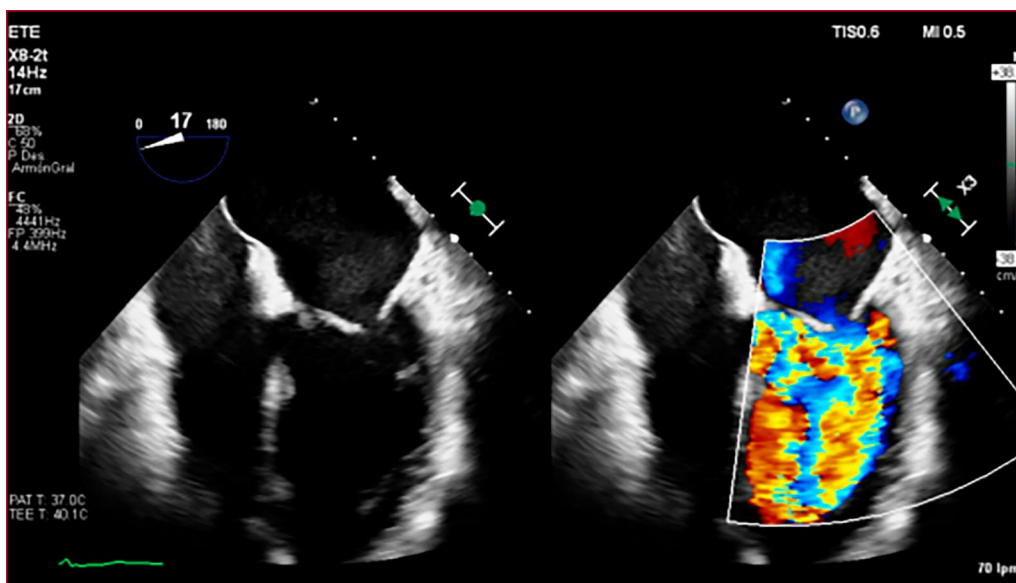


Figura 2. Ecocardiograma transesofágico. Plano medioesofágico de 4 cámaras. Insuficiencia aórtica severa.

Durante el posoperatorio en la UCI, el paciente sufrió una traqueobronquitis por *Serratia marcescens* asociada a la ventilación mecánica, delirio y debilidad. Se consiguió la extubación el día 9. Permaneció 13 días en la UCI y 31 días en el hospital. Al alta se trasladó a un centro de convalecencia. Como secuelas presentaba alteración de la marcha, alteración propioceptiva e hipoacusia profunda bilateral, por lo que precisó un implante coclear derecho.

A los nueve meses, se le diagnosticó insuficiencia aórtica severa periprotésica, ventrículo izquierdo severamente dilatado con disfunción ligera e insuficiencia mitral moderada. Durante la preparación para una TC cardíaca, sufrió un cuadro de edema agudo de pulmón que obligó al ingreso hospitalario. Finalmente la TC mostró una imagen sugestiva de aneurisma de la raíz aórtica que condicionaba una dehiscencia periprotésica. Se decidió la intervención quirúrgica. Se observó una prótesis aórtica biológica sin signos de infección, con dehiscencia a nivel de los senos coronarios derecho e izquierdo, con dilatación y desestructuración del anillo y los senos de Valsalva a ese nivel, sin anulectasia. La válvula mitral presentaba insuficiencia central severa. Se procedió a la reconstrucción del anillo aórtico mediante un parche de pericardio, el recambio valvular aórtico por una prótesis biológica y una anuloplastia mitral. Tras la salida de la circulación extracorpórea, tuvo disfunción moderada del ventrículo izquierdo, disfunción severa del ventrículo derecho y situación de edema agudo de pulmón con imposibilidad para la oxigenación y ventilación. Se decidió el implante de membrana de oxigenación extracorpórea veno-arterial y balón intraaórtico de contrapulsación. En el posoperatorio, persistió la situación de shock cardiogénico refractario y fallo multiorgánico. En el ecocardiograma transesofágico, no se pudo descartar taponamiento cardíaco por la presencia de coágulos. Se informó a los familiares de la extrema gravedad y estos expresaron la voluntad del paciente de no escalar medidas terapéuticas ante situaciones potencialmente irreversibles, por lo que se decidió la limitación de las medidas de soporte vital.

Discusión

No se conoce la incidencia de la tríada de Austrian debido a su baja frecuencia. Pese a la vacunación y el tratamiento antibiótico, cada uno de los componentes de la tríada se asocia con una alta tasa de mortalidad.²⁻⁶ En 2024, se publicó una revisión sistemática que analizó 71 casos confirmados de síndrome de Austrian publicados entre 1991 y 2022, la mayoría en los Estados Unidos y España. La tasa de mortalidad por la tríada fue del 28%.⁷

Aunque *S. pneumoniae* continúa siendo la principal causa de neumonía y de meningitis adquirida en la co-

munidad, en adultos, la endocarditis simultánea es rara. *Streptococcus pneumoniae* es responsable de menos del 3% de los casos de endocarditis sobre una válvula nativa y menos del 1% de los pacientes con endocarditis neumocócica se presentan con síndrome de Austrian.⁸

Los factores de riesgo más frecuentes son el sexo masculino, la edad avanzada y el alcoholismo, todos los cuales concurrían en nuestro paciente. También se ha descrito la asociación con enfermedades crónicas, asplenia y otros tipos de inmunosupresión.⁹ En nuestro caso, el paciente padecía una gammopatía monoclonal de significado incierto que también se describe en otro caso clínico.¹⁰ No constaba el registro de vacunación antineumocócica. También se han publicado casos en jóvenes inmunocompetentes.¹¹

El síndrome de Austrian puede suponer un reto diagnóstico y se ha descrito un tiempo medio de retraso del diagnóstico de 5 días.¹² La endocarditis se sospecha especialmente en casos de insuficiencia cardíaca o shock cardiogénico, cuando la afectación valvular puede ser ya masiva.

En el síndrome de Austrian, la válvula más afectada es la aórtica.^{4,7,12} La endocarditis neumocócica se caracteriza por causar una destrucción valvular rápida¹² y se asocia con un alto riesgo de shock cardiogénico y una alta tasa de mortalidad, >60% sin cirugía.⁴ Se han descrito casos de afectación extensa de la raíz aórtica, compromiso de la válvula mitral y de la continuidad mitroaórtica,¹³ absceso paravalvular mitral¹⁴ o fístulas de la raíz aórtica.^{15,16}

La necesidad de cirugía es más común y más precoz en la endocarditis neumocócica que en la de otra etiología y solo el 17% de las vegetaciones desaparecen con el tratamiento antibiótico.^{6,17,18} En dos revisiones, se halló que la cirugía por endocarditis neumocócica reducía la mortalidad en comparación con el tratamiento médico.^{4,5} En la revisión sistemática más reciente, el 65% de los pacientes precisó cirugía y la tasa de mortalidad de estos fue del 10% vs. el 57% en los que recibieron solo tratamiento médico.⁷

La indicación quirúrgica y el momento idóneo siempre deben decidirse cuidadosamente. En nuestro caso, la cirugía se llevó a cabo antes de las 48 h del ingreso en la UCI. Los hemocultivos fueron negativos a las 24 h de la cirugía. El tratamiento antibiótico con ceftriaxona se prolongó durante 4 semanas. Se han propuesto ciclos más largos de antibioticoterapia en el caso del síndrome de Austrian, por ser este más debilitante.⁷

Creemos que la rapidez en el diagnóstico, la decisión de una cirugía precoz y el manejo multidisciplinario contribuyeron a la supervivencia inicial de nuestro paciente. La revisión más reciente describió un porcentaje de recuperación completa del 69%; el resto necesitó rehabilitación o presentó déficits neurológicos, como ocurrió en nuestro caso.⁷

La mayoría de las publicaciones sobre el síndrome de Austrian se limitan a casos aislados o pequeñas series,

muchas de ellas con muertes y un seguimiento limitado de los supervivientes. En nuestro caso, la prolongación del seguimiento nos ha permitido detectar una complicación diferida muy grave como es la dehiscencia periprotésica, que implicó una cirugía de alto riesgo.

El paciente presentaba factores de riesgo asociados al desarrollo de una fuga periprotésica: friabilidad tisular del anillo aórtico, afectación endocárdica previa y el uso de corticoides. La incidencia varía ampliamente en los registros publicados, es del 2-10% en los pacientes operados de sustitución valvular aórtica.¹⁹

Conclusiones

Nuestra experiencia pone de manifiesto la necesidad de mantener un alto grado de sospecha en pacientes con alguno de los componentes de la tríada de Austrian, especialmente si tienen factores de riesgo. La presencia de uno de los componentes debe conducir a una búsqueda activa de los demás. El diagnóstico adecuado y precoz puede influir en las decisiones terapéuticas, como la indicación de cirugía urgente. La endocarditis neumocócica se asocia a una gran destrucción valvular y puede causar complicaciones diferidas que contribuyen a la elevada morbilidad asociada a esta tríada.

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Austrian R. Pneumococcal endocarditis, meningitis, and rupture of the aortic valve. *AMA Arch Intern Med* 1957;99(4):539-544. PMID: 13410159
2. Sandvall B, Rueda AM, Musher DM. Long-term survival following pneumococcal pneumonia. *Clin Infect Dis* 2013;56(8):1145-1146. <https://doi.org/10.1093/cid/cis1207>
3. US Center for Disease Control and Prevention. Clinical features of pneumococcal disease (CDC). Center for Disease Control and Prevention; 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/pneumococcal/hcp/clinical-signs/index.html>. [Consulta: 29 julio 2025]
4. Aronin SI, Mukherjee SK, West JC, Cooney EL. Review of pneumococcal endocarditis in adults in the penicillin era. *Clin Infect Dis* 1998;26(1):165-171. <https://doi.org/10.1086/516279>
5. de Egea V, Muñoz P, Valerio M, de Alarcón A, Lepe JA, Miró JM, et al. Characteristics and outcome of *Streptococcus pneumoniae* endocarditis in the XXI century: A systematic review of 111 cases (2000-2013). *Medicine (Baltimore)* 2015;94(39):e1562. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001562>
6. Daudin M, Tattevin P, Lelong B, Flecher E, Lavoué S, Piau C, et al. Characteristics and prognosis of pneumococcal endocarditis: a case-control study. *Clin Microbiol Infect* 2016;22(6):572.e5-8. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2016.03.011>
7. Madu A, Alex-Okoro T, Okoduwa A, Cotton J. Austrian syndrome: Report of one case and a systematic review of case reports - new insights. *Clin Med (Lond)* 2024;24(3):100205. <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2024.100205>
8. Gransden WR, Eykyn SJ, Phillips I. Pneumococcal bacteraemia: 325 episodes diagnosed at St Thomas's Hospital. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985;290(6467):505-508. <https://doi.org/10.1136/bmj.290.6467.505>
9. Patadia D, John A, Johari D. A unique presentation to Austrian syndrome (meningitis, pneumonia, and endocarditis secondary to streptococcal pneumoniae) in a patient without risk factors. *Am J Respir Crit Care Med* 2017;195:A4057. https://doi.org/10.1164/ajrccm-conference.2017.195.1_MeetingAbstracts.A4057
10. Rakočević R, Shapouran S, Pergament KM. Austrian syndrome - A devastating Osler's triad: Case report and literature review. *Cureus* 2019;11(4):e4486. <https://doi.org/10.7759/cureus.4486>
11. Ochoa-Díaz AF, Díaz-Jurado JJ, Suárez-Ospino NI, Silva-Martínez PA, Fajardo-Rivero JE. Austrian syndrome: Community-acquired pneumonia in an unusual triad. *Thorac Res Pract* 2023;24(4):228-230. <https://doi.org/10.5152/ThoracResPract.2023.22113>
12. Gonzalez-Juanatey C, Testa A, Mayo J, Gonzalez-Gay MA. Austrian syndrome: report of two new cases and literature review. *Int J Cardiol* 2006;108(2):273-275. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2005.02.045>
13. Wilbring M, Tugtekin SM, Matschke K, Kappert U. Austrian syndrome in the context of a fulminant pneumococcal native valve endocarditis. *Braz J Infect Dis* 2012;16(5):486-488. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2012.08.003>
14. Ono R, Kajiyama T, Takaoka H, Kobayashi Y. Austrian syndrome associated with mitral paravalvular pneumococcal abscess. *QJM* 2021;114(7):529-530. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcab064>
15. Bakhit A, Mishra AK, Choudhary K, Khaled Soufi M. Aortic root fistula complicating Austrian syndrome. *Monaldi Arch Chest Dis* 2021;91(3).m. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2021.1834>
16. Luzzati R, Pinamonti B, Giacomazzi D, Sinagra G, Zingone B. Aortic-right atrium fistula complicating Austrian syndrome: a case report and literature review. *Infez Med* 2007;15(2):124-128. PMID: 17599001
17. Velazquez C, Araji O, Barquero JM, Perez-Duarte E, Garcia-Borbolla M. Austrian syndrome: a clinical rarity. *Int J Cardiol* 2008;127(2):e36-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2007.01.085>
18. Vuille C, Nidorf M, Weyman AE, Picard MH. Natural history of vegetations during successful medical treatment of endocarditis. *Am Heart J* 1994;128(6 Pt 1):1200-1209. [https://doi.org/10.1016/0002-8703\(94\)90752-8](https://doi.org/10.1016/0002-8703(94)90752-8)
19. Sponga S, Perron J, Dagenais F, Mohammadi S, Baillot R, Doyle D, et al. Impact of residual regurgitation after aortic valve replacement. *Eur J Cardiothorac Surg* 2012;42(3):486-492. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezs083>

Cómo citar este artículo: Feo-González M, Valero-Jaime M, Ramírez-Batista JE, et al. **Síndrome de Austrian: encontrando lo que se busca. Reporte y seguimiento de un caso.** RATI. 2026;43. doi:10.64955/jratiy2026x992

