CASOS CLÍNICOS

Sepsis por *Streptococcus anginosus* originada en cáncer de colon abscedado. Reporte de un caso* *Streptococcus anginosus* sepsis originating in an abscessed colon cancer. Report of one case

Drs. PATRICIO CÁRDENAS S.¹, JUAN CARLOS JUSTINIANO P.¹,
Ints. CONSUELO CÁRDENAS D.², MARTÍN DIB M.²

¹Departamento de Cirugía Oriente. Hospital del Salvador. ²Internos Medicina, Hospital del Salvador
Facultad de Medicina Universidad de Chile. Santiago, Chile.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente, hombre de 74 años, portador de hipertensión arterial crónica y diabetes mellitus Tipo 2, portador de un cáncer de colon derecho recientemente diagnosticado y que tenía planificada cirugía electiva. Es ingresado de urgencia al Hospital del Salvador por un cuadro de calofríos y fiebre alta de tres días de evolución, cuyo estudio descartó foco séptico pulmonar, urinario y otros, incluyendo Ecocardiograma para descartar una endocarditis. Solo se demostraron dos hemocultivos positivos para *Streptococcus anginosus*, siendo tratado exitosamente con Ceftriaxona y Metronidazol. Es intervenido quirúrgicamente al 7º día, encontrándose un tumor abscedado de colon derecho. Evolución postoperatoria satisfactoria, siendo dado de alta al 5º día del postoperatorio.

PALABRAS CLAVE: *Streptococcus anginosus*, *cáncer de colon*, *sepsis*.

ABSTRACT

We report a 74 years old hypertensive and diabetic male with a recently diagnosed right colon cancer that consulted in the emergency room for fever and chills lasting three days. He was admitted, two blood cultures were positive for *Streptococcus anginosus*, treatment with Ceftriaxone and Metronidazole was started and fever subsided after four days of treatment. The surgical exploration showed that the colon cancer was abscessed and was the origin of the sepsis. The patient was discharged in good conditions five days later.

KEY WORDS: *Colon cancer*, *abscess*, *sepsis*.

INTRODUCCIÓN

Los *Streptococcus* grupo *anginosus* corresponden a cocáceas gram positivas en cadena catalasa negativa, pertenecientes al género *Streptococcus*. La clasificación habitual de los *Streptococcus*

incluye su reacción hemolítica: Alfa, Beta o negativa, y la presencia de un polisacárido en su membrana externa o antígeno de Lancefield.

La clasificación, la terminología y la identificación microbiológica del S. grupo *anginosus* ha resultado compleja y confusa. El grupo esta consti-

*Recibido el 30 de Octubre de 2007 y aceptado para publicación el 10 de Marzo de 2008.

Correspondencia: Dr Patricio Cárdenas S.

Avenida Salvador 364 Santiago, Chile

e-mail: pcardenas@med.uchile.cl

tuido por 3 especies: *S. anginosus*, *S. constellatus* y *S. intermedius*.

El *Streptococcus* grupo *anginosus* es parte de *Streptococcus viridans*, pero se diferencian en que la mayoría son beta hemolíticos, (aunque también algunos son alfa hemolíticos y otros pocos no son hemolíticos), mientras que los *S. viridans* son fundamentalmente alfa hemolíticos. Los *S. grupo anginosus* se caracterizan por formar colonias pequeñas y pueden tener antígenos de Lancefield, A, C, G o F. Antes se les conocía como *S. milleri*¹.

El *S. grupo anginosus* forma parte de la flora residente de la oronasofaringe, surcos gingivales, tracto gastrointestinal y vagina, desde donde pueden migrar y causar diferentes infecciones piógenas². Se les reconoce un rol patógeno en infecciones severas piógenas, a diferencia del resto de los otros grupos de *S. viridans*, sin embargo, este rol es variable de acuerdo a los diferentes cuadros clínicos. Se ha reportado que hasta el 65% de los pacientes que presentan infección por *S. grupo anginosus* requieren de hospitalización, con terapia antibiótica y una estadía promedio de 10 días.

Se ha reportado que *S. intermedius* se aísla más frecuentemente en abscesos cerebrales, *S. constellatus* en infecciones pulmonares y *S. anginosus* en sangre, tracto gastrointestinal, genitourinario y en tejidos blandos^{3,4}. La especie *S. anginosus* se asocia con mayor facilidad a la presencia de bacteremias, endocarditis y abscesos ocultos.

En cuanto a su sensibilidad antimicrobiana, el grupo *Streptococcus* grupo *anginosus* tiene una buena sensibilidad *in vitro* y en los reportes clínicos, a penicilina y a cefalosporinas de tercera generación, aunque están surgiendo comunicaciones de resistencia a penicilina que pueden llegar al 33%^{1,5}.

Queremos reportar el caso de un paciente, portador de un cáncer de colon derecho, que presentó una Sepsis por *Streptococcus anginosus* y debió hospitalizarse de urgencia, con buena respuesta a tratamiento antibiótico con cefalosporinas de tercera generación y posterior cirugía.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 74 años portador de diabetes mellitus tipo 2, de 23 años de evolución en tratamiento con Glibenclamida 10 mg, hipertensión arterial crónica en tratamiento con Enalapril 20 mg y Nitrendipino 20 mg día. En febrero de 2007 presentó rectorragia de escasa cuantía, cuyo estudio mostró una anemia crónica ferropriva y, a la colonoscopia realizada en abril 2007, un tumor de colon derecho, cuya biopsia informó la presencia de un adenocarcinoma (Figuras 1, 2 y 3).

Se planificó cirugía electiva, pero debió hospitalizarse de urgencia en el Hospital del Salvador por cuadro febril, con calofríos intensos de 3 días de evolución y diarrea escasa. Al ingreso se constata paciente muy comprometido, febril 39°C, taquicardia 104 por minuto, normotenso, sin un

Figura 1. Imagen a la colonoscopia de tumor abscedado de colon derecho.

Figura 2. Imagen colonoscopia tumor abscedado colon derecho.

Figura 3. Imagen colonoscopia tumor abscedado colon derecho.

foco de infección evidente; se toman exámenes que incluyen hemocultivos, Rx. Tórax, urocultivo, hemograma y se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona 1 gr c/12 y metronidazol 500 mg c/8 horas ev.

El hemograma muestra Hto 36%, glóbulos blancos 12.500, PCR 22.3, CEA normal, Rx. tórax: sin evidencia de neumopatía aguda. Dos muestras de hemocultivos revelan *Streptococcus anginosus* sensible a penicilina, ampicilina y vancomicina. Urocultivo negativo.

Evolución satisfactoria con mejoría clínica y caída de la fiebre al 4º día de tratamiento antibiótico, mejoría de la leucocitosis y normalización de PCR. Se completó 7 días de tratamiento y se procedió a su intervención quirúrgica, con la hipótesis que el foco séptico había sido el tumor del colon. Se realizó una hemicolectomía derecha (tumor de colon ascendente T2 N1 Mo) y una anastomosis íleo transversa laterolateral. El tumor estaba abscedado, se envió muestra a cultivo que demostró un *Enterococcus faecalis* sensible a ampicilina y vancomicina.

Evolución postoperatoria satisfactoria, se mantuvo esquema de antibióticos por 11 días en total. Se realizó Ecocardiograma para descartar endocarditis, el que no mostró alteración salvo signos secundarios a hipertensión arterial crónica, concluyéndose que la sepsis por *S. anginosus* fue causada por el cáncer de colon abscedado.

Fue dado de alta al 7º día postoperatorio con alimentación oral y tránsito intestinal normal, sin problemas.

DISCUSIÓN

Los microorganismos actualmente referidos como *Streptococcus* grupo *anginosus* (*S. milleri* previamente) son frecuentemente identificados en forma incompleta por su gran diversidad de características, tanto serológicas como hemolíticas, dependiendo del tipo de especie de *Streptococcus* que se trate, creando confusión taxonómica y de nomenclatura. La falta de un adecuado reconocimiento del significado clínico de la presencia de *S. grupo anginosus* puede llevar al clínico a la falta de tratamiento de pacientes con infecciones que ponen en riesgo sus vidas; la importancia de estos microorganismos, como patógenos, obliga a aumentar los esfuerzos clínicos y de laboratorio para su identificación y tratamiento oportuno⁶.

En el caso de nuestro paciente, el cuadro séptico producido por la bacteremia causada por *Streptococcus anginosus* cursó con fiebre alta y calofríos intensos de 3 días de evolución y escasa diarrea, cuyo foco fue el cáncer de colon derecho, ulcerado y abscedado. Se descartó razonablemente la existencia de otros focos asociados como pulmonar o urinario, así como también cardíaco (endocarditis). No había clínica para investigar focos en región cervical ni cerebral. La buena respuesta a ceftriaxona, permitió realizar la resección del tumor al 7º día de tratamiento, encontrándose un cáncer de colon derecho grande, ulcerado y abscedado. El cultivo de tejido mostró sólo la presencia de *Enterococcus faecalis*, ya que los siete días de uso de ceftriaxona concluimos que habían eliminado al *Streptococcus anginosus*.

La buena respuesta a ceftriaxona y penicilina como esta descrito en la literatura, permitió que el paciente fuera dado de alta al 5º día de su postoperatorio, con alimentación oral y deambulación normal.

Las infecciones por *Streptococcus* grupo *anginosus* se caracterizan por ser muy invasivas y piógenas, y estar localizadas preferentemente en abdomen en forma de abscesos hepáticos, subfrénicos, colecistitis, apendicitis. En cabeza y cuello producen infección de la cavidad oronasofaríngea, senos paranasales, tejidos blandos faciales y profundos cervicales. Puede causar neumopatía y empiema. En el sistema nervioso central puede causar abscesos y meningitis, así como también bacteremias graves y endocarditis.

La bacteremia por *S. anginosus* implica la exis-

tencia de un foco infeccioso identificable (abdominal, cabeza y cuello o torácico) siendo más frecuente en pacientes con diabetes mellitus, cáncer (carcinomas, leucemias) y pacientes neutropénicos. Se asocia a una mortalidad variable, que fluctúa de un 4 al 8%⁷ con una respuesta adecuada a antimicrobianos asociados a cirugía en los casos pertinentes.

Tresadern⁸, opina que el uso de profilaxis antibiótica usado en cirugía, contra gram negativos y anaerobios, potencia la aparición de abscesos piógenos postoperatorios causados por *Streptococcus* grupo *anginosus*.

La mayoría de las veces, los cultivos de *S. anginosus* son puros, pero también pueden producir infecciones polimicrobianas en forma sinérgica. En muchas ocasiones se considera la presencia de *S. anginosus* como de poca relevancia clínica por su confusión con otras cepas de *S. viridans*. En vista de la importancia como patógeno, el laboratorio debe poner énfasis al identificar este microorganismo con test más específicos⁹.

REFERENCIAS

1. Pidal P, Basaure D, 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.
2. Ruoff K. *Streptococcus anginosus* ("*Streptococcus milleri*"): The unrecognized pathogen. Clinical Microbiology Reviews 1988; 1: 102-108.
3. Caro G, Riedel I, García P. Caracterización clínica y microbiológica de las infecciones causadas por *Streptococcus* grupo *anginosus*. Rev Chil Infect 2004; 21: 254-260.
4. Clarridge JE, Attorri S, Musher DM, Hebert J, Dunbar S. *Streptococcus intermedius*, *Streptococcus constellatus* and *Streptococcus anginosus* ("*Streptococcus milleri* group"): Are of different clinical importance and are not equally associated with the abscess. Clin Infect Dis 2001; 32: 1511-1515.
5. Belko J, Goldman D, Maccone A. Clinically significant infections with organisms of the *Streptococcus milleri* group. Pediatr Infect Dis J. 2002; 21: 715-726.
6. Crespo E, Barberá J, Ruiz de Gauna E, Cabra J. Bacteremia, endocarditis y absceso cervical por *Streptococcus intermedius*. Ann Med Int 2002; 20: 594-597.
7. Mofredj A. *Streptococcus anginosus* (*milleri*) septicemia. Interest in systematically searching for parenchymatous abscesses. Diagn Microbiol Infect Dis 1999; 33: 205-206.
8. Tresadern, JC, Farrand RJ, Irving M. *Streptococcus milleri* and surgical sepsis. Ann R Coll Surg Engl 1983; 65: 78-79.
9. Palavecino E. *Streptococcus* grupo *anginosus*: ¿Es su identificación clínicamente importante? Rev Chil Infect 2004; 21: 261-267.