

Reporte de Caso / Case Report

Endocarditis Bacteriana Aguda a *S. gallolyticus* asociada a neoplasia colónica

Acute bacterial endocarditis due to *S. gallolyticus* associated with colonic neoplasia

*Jorge Sebastián Escobar-Salinas^{1,2} 

Maria Leticia Ferreira-Samudio¹ 

Edgar Augusto Ortega-Filártiga¹ 

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Centro Médico Nacional. Hospital Nacional. Itaugua, Paraguay

²Universidad Nacional de Caaguazú, Facultad de Ciencias Médicas. Caaguazu, Paraguay

RESUMEN

La endocarditis bacteriana por *Streptococcus gallolyticus* representa el 6% de los casos y se describe una asociación entre la bacteriemia a este germen y patologías colónicas, siendo el riesgo de portar una neoplasia de colon en pacientes con bacteriemia a este germen cinco veces mayor. Presentamos el caso de una mujer de 35 años, cardiópata y portadora de prótesis valvular aórtica mecánica, anticoagulada, acude por un cuadro de 8 días de evolución de tos seca, pérdida de apetito y palidez de piel. 3 días antes del ingreso se agrega fiebre de 38,5° sin predominio de horario, acompañado de escalofríos que cedía parcialmente con antipiréticos y medios físicos. Acompaña al cuadro debilidad generalizada y dificultad respiratoria a moderados esfuerzos. Refiere cuadro similar hace 17 meses, con diagnóstico de endocarditis bacteriana aórtica a *Streptococcus gallolyticus spp*, que requirió reemplazo valvular aórtica con prótesis mecánica. Se realiza una videocolonoscopia donde se observa un tumor vegetante a nivel del colon ascendente y cuya anatomía patológica informa un adenoma vellosa con focos de adenocarcinoma intramucoso con márgenes libres. **Conclusión:** ante un caso de endocarditis a *Streptococcus gallolyticus* se sugiere realizar una colonoscopia a fin de descartar patología colónica por la asociación existente, y para los costos en salud por neoplasia colónica.

Palabras clave: Endocarditis; Endocarditis bacteriana; Infecciones estreptocócicas.

*Autor correspondiente: Jorge Sebastián Escobar Salinas. Correo: joseessa@gmail.com

Fecha de recibido: 01/09/2024

Fecha de aceptado: 21/10/2024

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés

Financiación: El estudio contó con financiación propia.

Contribuciones de los autores: Todos los autores han contribuido con la redacción del artículo y han dado su conformidad para su publicación.

Revisor: Dr. Gustavo Benítez. Instituto de Previsión Social. Hospital Central Asunción. Paraguay. Instituto de Medicina Tropical. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay. <https://orcid.org/0000-0003-2795-5512>

Editor responsable: Dr. Joaquín Villalba. Instituto de Medicina Tropical. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay. <https://orcid.org/0000-0001-9805-715X>

ABSTRACT

Bacterial endocarditis due to *Streptococcus gallolyticus* accounts for 6% of cases and an association between bacteremia due to this germ and colonic pathologies is described, with the risk of carrying a colonic neoplasia in patients with bacteremia due to this germ being five times higher. We present the case of a 35-year-old woman, with heart disease and a mechanical aortic valve prosthesis, on anticoagulation, who presented with a dry cough, loss of appetite and pale skin for 8 days. Three days before admission, a fever of 38.5° was added, with no predominance of time, accompanied by chills that partially subsided with antipyretics and physical means. The condition was accompanied by generalized weakness and respiratory difficulty with moderate efforts. She reported a similar condition 17 months ago, with a diagnosis of aortic bacterial endocarditis due to *Streptococcus gallolyticus* spp, which required aortic valve replacement with a mechanical prosthesis. A videocolonoscopy was performed, where a vegetative tumor was observed at the level of the ascending colon and whose pathology reports a villous adenoma with foci of intramucosal adenocarcinoma with free margins. Conclusion: in the case of endocarditis due to *Streptococcus gallolyticus*, a colonoscopy is suggested to rule out colonic pathology due to the association that exists, and for the health costs of colonic neoplasia.

Keywords: Endocarditis; Bacterial endocarditis; Streptococcal infections.

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa es la afección del endocardio de las válvulas o cámaras cardíacas o el endotelio de los grandes vasos por microorganismos, en su mayor parte por bacterias. Siendo la incidencia de 3,1 a 7,6 casos por 100.000 pacientes al año con una mortalidad que oscila entre los 25% de los casos, que se extiende hasta un 40% al año del alta médica^(1,2).

La endocarditis bacteriana por *Streptococcus gallolyticus* (antiguamente *S. bovis*) se aísla hasta en un 6% de los casos y se describe una fuerte relación entre la bacteriemia a este germen y patologías colónicas y hasta el 56% de los pacientes con neoplasia de colon son portadores fecales de este germen, siendo el riesgo cinco veces mayor de portar una neoplasia de colon en pacientes con bacteriemia a este germen. El diagnóstico de Cáncer de colon puede hacerse durante el proceso infeccioso o hasta años después de haber superado dicho cuadro^(3,4).

Se presenta el caso de una mujer joven con endocarditis bacteriana por *S. gallolyticus* en el Hospital Nacional de Itauguá.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de sexo femenino de 35 años, cardiópata y portadora de prótesis valvular aórtica mecánica tratada con acenocumarol y carvedilol, acude al Hospital Nacional de Itauguá-Paraguay por un cuadro que inicia 8 días antes del ingreso con tos seca, pérdida de apetito y palidez de piel. 3 días antes del ingreso se agrega fiebre de 38° – 38,5° sin predominio de horario, acompañado de escalofríos que cedía parcialmente con antipiréticos y medios físicos. Acompaña al cuadro debilidad generalizada y dificultad respiratoria a moderados esfuerzos. Niega algias, náuseas, vómitos, diarreas, síntomas urinarios, pérdida de peso. Refiere un cuadro similar hace 1 año y 5 meses, con diagnóstico de endocarditis bacteriana aórtica a *Streptococcus gallolyticus* spp, que requirió reemplazo valvular aórtica con prótesis mecánica. Permaneció 40 días internada en el Hospital Nacional de Itauguá. Al momento de la consulta la paciente se presentaba normotensa, taquicardia y afebril. Al examen físico: Cabeza normocéfala, sin alopecia, conjuntivas pálidas y dentadura en regular estado general; Tórax cilíndrico, simétricos, cicatriz en región medio esternal de aproximadamente 18 cm de longitud; Cardiovascular: frecuencia cardíaca 105 por min, R1 hipofonético, R2 hiperfonético, con desdoblamiento del segundo ruido, sople sistólico en foco aórtico con irradiación a demás focos, intensidad II/VI según

los criterios de Levine. Se realiza los siguientes estudios imagenológicos: ecocardiograma transesofágico que informa válvula aortica protésica mecánica, presenta fuga paravalvar leve, no se observan vegetaciones, ecografía abdominal que informa esplenomegalia con bordes regulares y parenquima homogéneo. Hemocultivo positivo para *Streptococcus gallolyticus* spp gallolyti en 6:6 muestras, sensible a ampicilina y vancomicina. Teniendo en cuenta los criterios mayores y menores se llega al siguiente diagnóstico: Endocarditis bacteriana aguda sobre válvula protésica a *Streptococcus gallolyticus*. Al tratarse del segundo episodio de endocarditis al mismo germen y la asociación de este con tumores gastrointestinales, se realiza una videocolonoscopia con el hallazgo de un tumor vegetante, friable de fácil sangrado de aspecto neoplásico a nivel del colon ascendente y se procede a una resección tumoral con asa diatermia. Microscópicamente se observa imágenes compatibles con adenoma vellosa con focos de adenocarcinoma intramucoso con márgenes libres. Figura 1 y Figura 2.

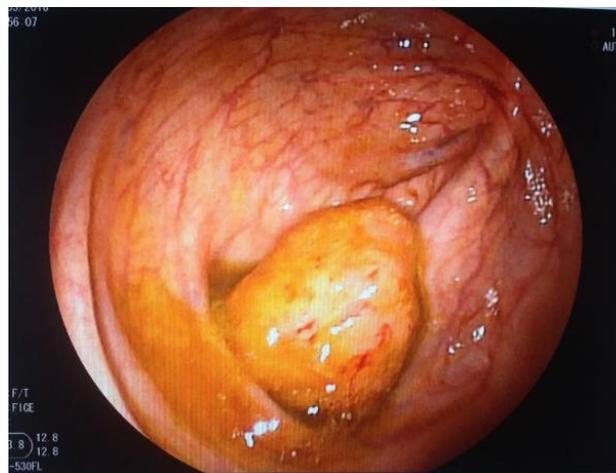


Figura 1. Tumor vegetante en colon ascendente

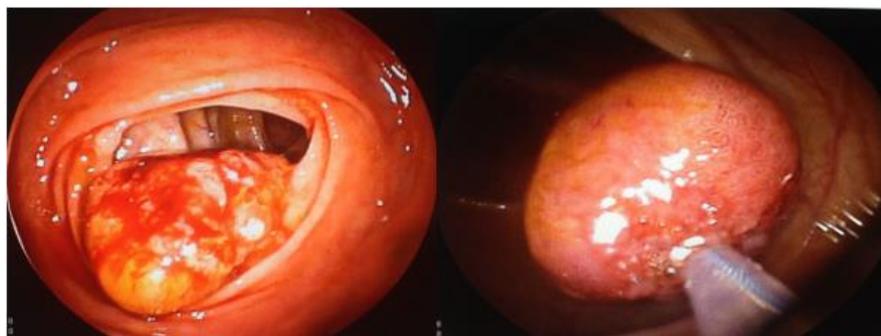


Figura 2. Resección endoscópica con asa diatermica.

La paciente evoluciona a la mejoría, completa 30 días de antibioticoterapia, retorno un segundo hemocultivo negativos y es dada de alta para seguimiento por ambulatorio con cardiocirugía para recambio valvular.

DISCUSIÓN

La endocarditis bacteriana se presenta más frecuentemente de forma subaguda con síntomas inespecíficos como fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso y palidez, así también con manifestaciones sistémicas causadas por los émbolos sépticos de las vegetaciones y manifestaciones inmunológicas. Epidemiológicamente se describe como una patología más prevalente en el sexo masculino y con una franja etaria entre los 47-69

años en los últimos años, además de citarse a la población de la tercera edad como causa del aumento de las infecciones por estreptococos del grupo bovis, sin embargo, presentamos el caso de una mujer joven de 35 años. La dificultad diagnóstica radica en la presentación de sintomatología inespecífica por lo que los signos periféricos clásicos, que más de la mitad de los pacientes presenta por lo menos uno de ellos, sirve de apoyo para un pronto diagnóstico, lo cual dificultó el diagnóstico en este caso al no presentar ningún signo periférico^(1,3,5,6).

Algunas particularidades observadas en la infección por *S. gallolyticus* es la formación de grandes vegetaciones, la afección de más de una válvula y su predilección por la válvula aórtica. En el caso presentado, no se observó la presencia de vegetación ni por ecocardiografía transtorácica ni por la transesofágica y se observó la afectación única de la válvula aórtica. Con respecto a la endocarditis sobre válvula protésica en relación al tiempo de aparición, se describe que va en aumento los casos de endocarditis sobre válvula protésica tardía respecto a la precoz^(3,6).

Finalmente, la endocarditis bacteriana representa un reto para medicina interna y la cardiología debido a que su incidencia y mortalidad se ha mantenido sin cambios a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos en los últimos años, representa una enfermedad heterogénea por su forma de presentación tan variable y ante la ausencia de estudios aleatorizados, las guías de manejo y tratamiento de pacientes con endocarditis se basan en opiniones de especialistas⁽⁶⁾.

Ante un caso de endocarditis a *Streptococcus gallolyticus* se sugiere complementar con estudios como la colonoscopia a fin de descartar patología colónica por la fuerte asociación existente, y para disminuir la morbimortalidad y costos en salud por neoplasia colónica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez-Aguilar M, Juárez-Orozco L, Jordán-Ríos A, Torres-Araujo L, Walls-Laguarda L, Rodríguez-García J, et al. Endocarditis infecciosa en un paciente con válvula aórtica bicúspide: Reporte y revisión de un caso. Rev Fac Med México. 2014;57(4):43-9. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400043
2. Oyonarte M, Montagna R, Braun S, Rojo P, Jara J, Cereceda M, et al. Endocarditis infecciosa: características clínicas, complicaciones y mortalidad en 506 pacientes y factores pronósticos de sobrevivida a 10 años (1998-2008). Estudio cooperativo nacional en endocarditis infecciosa en Chile (ECNEI-2). Rev Médica Chile. 2012;140(12):1517-28. 10.4067/S0034-98872012001200001
3. Pila-Pérez R, Holguín-Prieto V, Cetina-Lozada E, Pila-Peláez R, Segura-Pujal L. Endocarditis infecciosa por Streptococcus bovis asociada a instrumentación gastrointestinal. Medicas UIS. 2012; 25(3): 251-8. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192012000300010
4. Amado C, Hidalgo M, Sedano C, Hebel A, Porte L, Braun S, et al. Bacteriemias por Streptococcus gallolyticus (ex S. bovis) y su relación con patología colónica o hepatobiliar y endocarditis. Rev Chil Infectol. 2015;32(4):430-4. 10.4067/S0716-10182015000500009
5. Vega-Sánchez A, Santaularia-Tomas M, Pérez-Román D, Cortes-Telles A. Endocarditis infecciosa. Experiencia de 5 años en un tercer nivel de referencia en Yucatán México. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 2016;54(4):434-8. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66916>
6. Fernández-Hidalgo N, Tornos Mas P. Epidemiología de la endocarditis infecciosa en España en los últimos 20 años. Rev Esp Cardiol. 2013;66(9):728-33. 10.1016/j.recesp.2013.05.003