

## CARTAS AL DIRECTOR

### Celulitis, piomiositis y artritis esternoclavicular por *Streptococcus agalactiae* en paciente con cirrosis hepática

#### Cellulitis, pyomyositis, and sternoclavicular arthritis due to *Streptococcus agalactiae* in a patient with liver cirrhosis

Sr. Director:

La artritis séptica esternoclavicular es una entidad poco común en el adulto. El microorganismo aislado más frecuentemente es *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*). La afectación por *Streptococcus agalactiae* (*S. agalactiae*) es excepcional. Se trata de un patógeno cuyo hábitat natural es el tracto gastrointestinal y genital. Se ha relacionado clásicamente con infecciones del recién nacido, la gestación y el puerperio. En los últimos años está siendo descrito en infecciones de adultos fundamentalmente de edad avanzada o con enfermedades que implican un cierto grado de inmunosupresión como la diabetes o la cirrosis<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un paciente cirrótico que desarrolló una artritis séptica esternoclavicular, celulitis y piomiositis por *S. agalactiae*.

Varón de 47 años con diabetes mellitus y cirrosis hepática portador de TIPS. Ingresa por fiebre de 38,5°C, escalofríos, dolor y empastamiento de la región cervicoesternal. En la

exploración se pone de manifiesto celulitis y varias zonas fluctuantes en el tercio inferior de región cervical derecha y articulación esternoclavicular izquierda. Varios días antes había sufrido un cuadro de gastroenteritis aguda con abundantes deposiciones, fiebre y tiritonas. Los reactantes de fase aguda iniciales fueron: VSG: 47 mm (0-20) y PCR: 14,3 mg/dl (0,01-0,5). Se inició antibioticoterapia empírica. La tomografía axial computarizada objetivó importante celulitis con varios focos de piomiositis en el tercio inferior de esternocleidomastoideo derecho de 18,9 x 8,8 mm y pectoral mayor izquierdo de 22,8 x 14,5 mm. La reconstrucción ósea ponía de manifiesto osteomielitis incipiente en la articulación esternoclavicular izquierda (fig. 1a). Se realizó drenaje quirúrgico con toma de muestras (fig. 1b) cuyos cultivos microbiológicos fueron positivos para *S. agalactiae*. El tratamiento se dirigió según antibiograma con levofloxacino 500 mg/24 h y rifampicina 600 mg/24 h. El dolor local se trató con paracetamol, metamizol y tramadol. Se optó por reservar el tratamiento quirúrgico en caso de mala evolución. A las 3 semanas de tratamiento intravenoso habían mejorado sustancialmente los signos inflamatorios, el dolor y los reactantes de fase aguda: VSG: 19 mm y PCR: 0,8 mg/dl. Se dio el alta con tratamiento por vía oral con levofloxacino 500 mg/24 h y rifampicina 600 mg/24 h durante 2 semanas más. La evolución clínica y radiológica posterior durante el seguimiento fue favorable.

La incidencia de bacteriemia en pacientes con enfermedades crónicas hepáticas es 5 a 7 veces mayor. Este



Figura 1 a) Osteomielitis en articulación esternoclavicular izquierda. b) Celulitis cervical derecha y pectoral izquierda.

incremento en la susceptibilidad se debe a múltiples defectos en el sistema inmunitario, como el déficit de complemento, la reducida actividad quimiotáctica, la disminución en la actividad de los leucocitos polimorfonucleares, la alteración de la función bactericida de la IgM y reducción del número de células de Kupffer. Además, la mucosa gastrointestinal parece ser más permeable en estos pacientes y permite el paso transmural de bacterias entéricas hacia la circulación<sup>2</sup>. En las últimas décadas se ha producido un incremento en la incidencia de infecciones invasivas por *S. agalactiae* en adultos, especialmente en pacientes con inmunosupresión y otras enfermedades subyacentes graves<sup>3</sup>. Las infecciones de piel y partes blandas y la bacteriemia primaria sin foco conocido son las presentaciones clínicas más frecuentes. Le siguen las infecciones osteoarticulares que suponen el 8%<sup>4,5</sup>. La artritis esternoclavicular por *S. agalactiae* es excepcional en adultos. En los casos más evolucionados se produce la formación de abscesos de partes blandas que pueden evolucionar hacia la afectación mediastínica y de la pared torácica. La puerta de entrada no siempre puede identificarse, pero se supone la penetración a partir del tracto urogenital o digestivo, donde forma parte frecuente de la flora habitual<sup>6</sup>. En el caso expuesto es muy probable que el foco infeccioso fuera secundario al cuadro diarreico inicial, por translocación bacteriana y bacteriemia posterior. La afectación ósea requiere antibioterapia prolongada y en ocasiones tratamiento quirúrgico agresivo. La penicilina es el tratamiento de elección aunque hay que tener en cuenta la mejor penetración en el tejido óseo y las propiedades antiadherentes de fármacos como levofloxacino, rifampicina o clindamicina. El seguimiento posterior es obligado por la posibilidad de recaída o recurrencia.

## Bibliografía

1. Phares CR, Lynfield R, Farley MM, Mohle-Boetani J, Harrison LH, Petit S, et al. Epidemiology of invasive group B streptococcal disease in the United States, 1999–2005. *JAMA*. 2008;299:2056–65.
2. Aguayo-Leiva IR, Fernández-Guarino M, Rivero M, Crespo L, Muñoz-Zato E. Celulitis en pacientes con cirrosis: enfoque clínico-terapéutico. *Piel*. 2009;24:35–9.
3. Blancas D, Santín M, Olmo M, Alcaide F, Carratalà J, Gudiol F. Group B streptococcal disease in nonpregnant adults: incidence, clinical characteristics, and outcome. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2004;23:168–73.
4. Sendi P, Johansson L, Norrby-Teglund A. Invasive group B streptococcal disease in non-pregnant adults: a review with emphasis on skin and soft-tissue infections. *Infection*. 2008;36:100–11.
5. Rivero Marcotegui M, Hidalgo Ovejero A, Lecumberri MC, Otermin Maya I, Pereda García A. Vertebral osteomyelitis caused by *Streptococcus agalactiae* in healthy adults. Description of 2 new cases. *Rev Clin Esp*. 2009;209:424–7.
6. García Duque O, Cubas Sánchez O, Fernández-Palacios Martínez J. *Cir Esp*. 2002;72:178–80.

Tamara Revuelto-Artigas<sup>a</sup>, José Luis Cabrerizo-García<sup>b,\*</sup>, Ruth Domene-Moros<sup>c</sup> e Isabel Sanjoaquin-Conde<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>c</sup> Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>d</sup> Servicio de Infecciosos, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia. Servicio de Medicina Interna A, planta 12, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Avda. San Juan Bosco, 15, 50009 Zaragoza, España. Correo electrónico: [j.cabrerizo@hotmail.com](mailto:j.cabrerizo@hotmail.com) (J.L. Cabrerizo-García). doi:10.1016/j.gastrohep.2010.08.008

## Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de colon

### Small cell neuroendocrine carcinoma of the colon

Sr. Director:

Los carcinomas neuroendocrinos (CNE) del colon son reconocidos como una entidad clínico-patológica rara comparados con el adenocarcinoma colorrectal, el tumor carcinoide y el CNE pulmonar<sup>1</sup>. Su comportamiento biológico es más agresivo comparado con el adenocarcinoma con diseminación metastásica<sup>2</sup>. Existen dos subcategorías: uno de células grandes y otro de células pequeñas<sup>2,3</sup>. Se presenta el caso de un CNE de células pequeñas de colon.

Se trata de paciente de 47 años de edad quien consultó por presentar dolor abdominal, estreñimiento progresivo y pérdida de peso de 2 meses de evolución. El enema de bario

reveló la presencia de una masa extraluminal que obstruía el colon descendente. La tomografía axial computarizada demostró la presencia de un tumor de 10 cm en el colon descendente. Se detectó una metástasis de 0,5 cm en hígado. El antígeno carcinoembrionario, alfafetoproteína y el antígeno de hidratos de carbono 19-9 estaban dentro de límites normales.

Durante la laparotomía el colon descendente estaba rodeado por un tumor extraluminal adherido al epiplón y al peritoneo que medía 10 x 9 x 10 cm. La superficie presentaba grandes telangiectasias. Se observaron múltiples metástasis en peritoneo e hígado. La paciente fue sometida a hemicolectomía derecha como tratamiento paliativo. La quimioterapia en el postoperatorio adyuvante se realizó con irinotecan, levoflínato y bevacizumaba los 2 meses. La paciente murió 6 meses después de la cirugía por complicaciones hepáticas.

El análisis anatomopatológico demostró la presencia de un tumor de crecimiento extraluminal con una superficie rojo-amarillenta y varias úlceras en la mucosa. Al examen