



# Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



## CORRESPONDENCIA

### Bacteriemia por *Streptococcus gallolyticus*: actualización clínica y diagnóstica

#### Bacteremia due to *Streptococcus gallolyticus*. Clinical up-date and diagnosis

Sr. Director:

El *Streptococcus bovis* (*S. bovis*) es un coco gram positivo que expresa el antígeno D de Lancefield en su superficie y que inicialmente era clasificado dentro del grupo del enterococo. Según diferencias bioquímicas, clásicamente se dividía en *S. bovis* biotipo I y *S. bovis* biotipo II (*S. bovis* variante), pero en 2003, en base a estudios de DNA pasó a denominarse *Streptococcus gallolyticus* (*S. gallolyticus*) a *S. bovis* biotipo I y al *S. bovis* biotipo II/2<sup>1</sup>. Sin embargo, tanto la literatura como los sistemas de indentificación bacteriana o los profesionales tardan en actualizarse a estos cambios en la taxonomía, lo que puede generar confusión<sup>2</sup>.

*S. bovis* es causa importante de bacteriemia y endocarditis infecciosa (EI) en adultos y es conocido clásicamente por su asociación con las neoplasias de colon<sup>3</sup>. La incidencia de adenomas y adenocarcinomas de colon en los pacientes que han presentado bacteriemia o EI por *S. bovis* varía ampliamente (entre un 6 y un 67%)<sup>4,5</sup>. Se ha observado que *S. gallolyticus* presenta una asociación mayor con lesiones malignas y premalignas en el colon, así como con EI, que el biotipo II<sup>6</sup>. Por ello, numerosos autores proponen investigar patología intestinal en todo paciente con bacteriemia por dicho microorganismo. Además se ha relacionado con otras neoplasias del tracto digestivo (páncreas, vesícula biliar, duodeno, etc.), con enfermedades intestinales no tumorales e incluso con neoplasias extradigestivas, como las hematológicas<sup>7</sup>. Recientemente se han relacionado tanto la bacteriemia como la EI por *S. gallolyticus* con cirrosis y disfunción hepática, con o sin lesión colónica asociada<sup>8</sup>.

El objetivo de este estudio es describir los casos de bacteriemia por *S. gallolyticus* detectados en nuestro centro, con sus características demográficas, comorbilidad y asociaciones patológicas más frecuentes.

Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de las todas las bacteriemias por *S. gallolyticus* detectadas en pacientes mayores de 14 años desde marzo 2004 (momento de su apertura de nuestro centro) hasta enero de 2010. Se trata de un hospital de segundo nivel de 350 camas situado

en el sur de Madrid, con una población de referencia de 220.000 habitantes y una media de 15.000 ingresos/año.

Los resultados se resumen en la [tabla 1](#). Se diagnosticó bacteriemia por *S. gallolyticus* en cinco pacientes, cuatro de ellos mayores de 70 años. Dos tenían valvulopatía izquierda previa (uno era portador de prótesis aórtica) y otros dos padecían diabetes mellitus tipo 2, pero no se objetivó estado de inmunodepresión en el momento del diagnóstico en ningún caso. La paciente 4, como vemos en la [tabla 1](#), estaba diagnosticada con anterioridad de un adenocarcinoma de vesícula biliar estadio IV. Excepto en este último paciente, en todos se realizó ecocardiograma y colonoscopia con la intención de detectar enfermedades asociadas. Se encontró endocarditis izquierda en dos pacientes, una sobre válvula nativa y otra sobre prótesis biológica. La colonoscopia mostró alteraciones patológicas en todos los casos, siendo los adenomas con displasia de bajo grado el hallazgo más frecuente. En tres de los pacientes se emprendieron pruebas adicionales (tomografía computarizada, ecografía) como rastreo de patología abdominal. Otro hallazgo patológico abdominal fue la esteatosis hepática, detectada en uno solo de los casos. En aquellos pacientes con bacteriemia por *S. gallolyticus* y dolor osteoarticular se efectuaron tomografía computarizada, resonancia magnética o gammagrafía ósea, encontrándose infección en todos ellos: dos casos de espondilodiscitis dorso-lumbar y otro de artritis de cadera. En dos ocasiones la bacteriemia por *S. gallolyticus* coincidió con infección osteoarticular sin endocarditis, y sólo en una paciente concurren bacteriemia, endocarditis, adenoma de colon y espondilodiscitis. Dicha paciente falleció meses después al desarrollar leucemia mieloide aguda. Todos los aislamientos del germen fueron sensibles a penicilina y vancomicina, siendo el tratamiento más empleado la penicilina (asociada o no a gentamicina) con una media de 4,5 días hasta el inicio del tratamiento dirigido. No hubo complicaciones relacionadas con la bacteriemia o con la patología osteoarticular, pero uno de los casos con endocarditis precisó recambio de su prótesis valvular. En general la evolución del proceso infeccioso fue favorable, registrándose en el período de seguimiento dos fallecimientos, correspondientes a la paciente que desarrolló leucemia meses después de la bacteriemia y a la paciente diagnosticada de adenocarcinoma de vesícula que falleció dos meses después por complicaciones relacionadas con el tumor.

En dos trabajos recientemente publicados en Revista Clínica Española se recalca la importancia de la toma de hemocultivos en determinadas circunstancias<sup>9</sup> y la de la

**Tabla 1** Pacientes con bacteriemia por *Streptococcus gallolyticus*

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
<i>Datos epidemiológicos</i>					
Sexo/edad	Masculino/75	Femenino/73	Femenino/84	Femenino/76	Masculino/50
<i>Comorbilidad</i>					
DM		DM2			DM2
Inmunodeficiencia	No	No	No	No	No
Cardiovascular	Doble lesión aórtica con prótesis biológica.	HTA C. isquémica	HTA Insuficiencia aórtica Fibrilación auricular		
Aparato digestivo	Marcapasos Diverticulosis colónica. Poliposis	No	Diverticulosis colónica	Adenocarcinoma de vesícula biliar estadio IV	Esteatosis hepática
<i>Motivo de consulta</i>					
	Mialgias	Lumbalgia	Lumbalgia y anemia	Fiebre	Lumbalgia y fiebre
<i>Pruebas complementarias</i>					
Ecocardiograma (ETT y ETE)	Endocarditis sobre válvula protésica	Negativo	Endocarditis sobre válvula nativa (Ao)	No	Negativo
Colonoscopia	Adenoma tubular	Adenoma tubulo-veloso con displasia de bajo grado.	Adenoma tubulo-veloso con displasia de bajo grado	No	Adenoma tubular con displasia de bajo grado
TC/ecografía (torác/abdominal)	No	Normal	Normal	No	Adenopatías mediastínicas
TC/RM/GG ósea	No	Espondilodiscitis	Espondilodiscitis	No	Artritis séptica de cadera
Otros	No	No	No	No	Mediastinoscopia: hiperplasia linfoide
<i>Evolución</i>					
	Recambio valvular. Favorable	Favorable	Desarrollo de leucemia. Éxito	Favorable. Éxito <sup>b</sup>	Favorable

C. isquémica: cardiopatía isquémica; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ETE: ecocardiografía transesofágica; ETT: ecocardiografía transtorácica; GG: gammagrafía; HTA: hipertensión arterial; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada.

<sup>a</sup>Fallecida 4 meses después por el desarrollo de leucemia aguda.

<sup>b</sup> Fallecida 2 meses después por complicaciones relacionadas con el tumor.

búsqueda de neoplasias o abscesos intraabdominales ante el aislamiento de algunos microorganismos concretos<sup>10</sup>. En nuestra revisión se confirma la frecuente asociación de la bacteriemia por *S. gallolyticus* con neoplasias intraabdominales (fundamentalmente de colon), endocarditis infecciosa de predominio izquierdo, infecciones osteoarticulares e incluso con neoplasias extraintestinales como las hematólogicas. Estos hallazgos justifican, a nuestro entender la realización sistemática de pruebas diagnósticas adicionales (sobre todo ecocardiograma y colonoscopia) para poner de manifiesto procesos clínicos asociados en todo paciente con bacteriemia por este microorganismo. No siempre tales procesos son de naturaleza maligna. El hallazgo más frecuente en nuestra revisión fue el de adenomas con displasia de bajo grado. La detección de la bacteriemia por *S. gallolyticus* no tiene por qué ser sincrónica con la detección del tumor. En general se trata de una infección tratable con penicilina G o vancomicina y su evolución suele ser favorable.

## Bibliografía

1. Facklam R. What happened to the Streptococci: overview or taxonomic and nomenclature changes. *Clinical Microbiology Reviews*. 2002;15:613–30.
2. Wout W, Vanit, Bijlmer HA. Bacteremia due to *Streptococcus gallolyticus*, or the perils of revised nomenclature in bacteriology. *Clin Infect Dis*. 2005;40:1070–1.
3. Klein RS, Recco RA, Catalano MT, Edberg SC, Casey JL, Steigbigel NH. Association of *Streptococcus bovis* with carcinoma of the colon. *N Engl J Med*. 1977;297:800–2.
4. Leport C, Bure A, Leport J, Vilde JL. Incidence of colonic lesions in *Streptococcus bovis* and enterococcal endocarditis. *Lancet*. 1987;1:748.
5. Gupta A, Madani R, Mukhtar H. *Streptococcus bovis* endocarditis; a silent sign for colonic tumour. *Colorectal Dis*. 2010;12:164–71.
6. Ruoff KL, Miller SI, Garner CV, Ferraro MJ, Calderwood SB. Bacteremia with *Streptococcus bovis* and *Streptococcus salivarius*: clinical correlates of more accurate identification of isolates. *J Clin Microbiol*. 1989;27:305–8.
7. Gold JS, Bayar S, Salem RR. Association of *Streptococcus bovis* Bacteremia with colonic neoplasia and extracolonic malignancy. *Arch Surg*. 2004;139:760–5.
8. Tripodi MF, Adinolfi LE, Ragone E, Durante Mangoni E, Fortunato R, Larussi D, et al. *Streptococcus bovis* endocarditis and its association with chronic liver disease: an underestimated risk factor. *Clin Infect Dis*. 2004;38:1394–400.
9. Ibero Esparza C, Regidor Sanz E, Díaz Pedroche C, García de Casasola G. Si fiebre ¿hemocultivos? *Rev Clin Esp*. 2010;210:559–66.
10. Raposeiras Roubín S, Cabarcos Ortiz de Barrón A, Maldonado Bakovic AM, Barreiro Pardo C. Abscesos hepáticos en el contexto de sepsis por *Gemella morbillorum*: base para el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico. *Rev Clin Esp*. 2010;210:146–7.

R. Calderón-Hernández\*, J. Ruiz-Ruiz, J.A. Satué-Bartolomé y A. Zapatero-Gaviria

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ruth.calderon@salud.madrid.org](mailto:ruth.calderon@salud.madrid.org)  
(R. Calderón-Hernández).

doi:10.1016/j.rce.2011.05.008

## Pulpitis seca y fisuras en los dedos de las manos en pacientes que reciben tratamiento combinado para hepatitis C

### Dry pulpitis and fissured fingers in patients with hepatitis c combination therapy

Sr. Director:

En una reciente revisión, Floristán et al.<sup>1</sup> describen los principales síntomas dermatológicos, que como efectos adversos aparecen con la terapia combinada con interferón (IFN) y ribavirina. Algunos de estos efectos adversos cutáneos como el liquen plano, la psoriasis o el vitiligo son fácilmente reconocibles. Sin embargo, otras manifestaciones más difusas y de presentación más insidiosa, pero de elevada frecuencia, son menos diagnosticadas. Entre dichas manifestaciones destacan la xerosis, el prurito y la dermatitis eczematosa. La xerosis o piel seca es un efecto adverso frecuente, que reduce la calidad de vida de los pacientes provocando prurito y lesiones por rascado.

Describimos dos casos clínicos que presentan una pulpitis seca y fisuras en los dedos de las manos asociado a xerosis cutánea en pacientes que reciben tratamiento combinado para hepatitis C.

Caso clínico 1: mujer de 48 años de edad, ex-usuaria de drogas por vía parenteral, con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina. Diagnosticada de hepatopatía crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), genotipo 1a. La cuantificación del VHC fue de 1.275.000 UI/ml (6,1 log). En la biopsia hepática se detectó la presencia de una actividad necroinflamatoria con fibrosis significativa (metavir F3). Se inicia tratamiento con IFN pegilado (peg-IFNα2a) 180 µg/semanales y ribavirina 1.000 mg/día en dos tomas.

Tras 4 semanas de tratamiento antiviral, la cuantificación del ARN-VHC descendió a < 15 UI/ml y fue indetectable a partir de la semana 12. En la semana 20 consultó por lesiones en dedos pulgares e índices de ambas manos muy dolorosas. En la exploración física se objetivó la existencia de fisuras en dedos pulgares e índices de ambas manos en relación con pulpitis seca (fig. 1). Recibió tratamiento tópico con betametasona crema con posterior mejoría y desaparición tras la suspensión del tratamiento con IFN.

Caso clínico 2: varón de 47 años de edad, diagnosticado de hepatopatía crónica por VHC, genotipo 1b. La cuantificación del VHC fue de 1.050.000 UI/ml (6,01 log). Se realizó una elastografía de transición (FibroScan®) con una lectura media de 4,7 Kpa (METAVIR F1). Se inició tratamiento con IFN pegilado (peg-IFNα2a) 180 µg/semanales y ribavirina 1.200 mg/día en dos tomas. Tras 4 semanas de tratamiento antiviral, la cuantificación del ARN-VHC descendió a 2,3 log y