

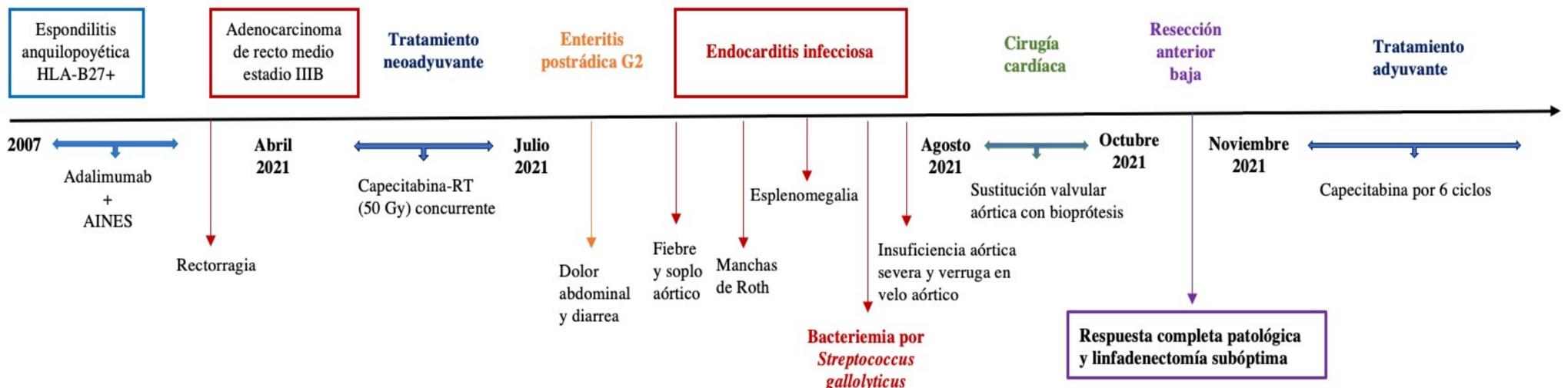
Blanca Távora, María Luisa Garrido, Beatriz Nieto, Manuela Pedraza, Carmen Castañón.
Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción

- La **endocarditis infecciosa (EI)** se presenta de forma habitual en nuestra práctica clínica.
- Se han descrito muchos microorganismos implicados; sin embargo, la especie ***Streptococcus gallolyticus*** (antes llamado “bovis”) se ha asociado históricamente al **cáncer colorrectal (CCR)**.
- El *S. gallolyticus* es un coco gram positivo, anaerobio, comensal del tubo digestivo, con poca capacidad patogénica si el sistema inmune del hospedador está indemne.
- La infección por este patógeno oportunista especialmente la **endocarditis**, presenta una mayor asociación con **lesiones premalignas y malignas en colon**.

Descripción del caso

- Hombre de **50 años** con antecedente de **espondilitis anquilopoyética HLA-B27+** en tratamiento con **Adalimumab**.
- Diagnosticado en abril de 2021 de un **adenocarcinoma de recto cT3N2aM0, estadio IIIB**. Inicia **tratamiento neoadyuvante con quimiorradioterapia concurrente** con Capecitabina y recibe una dosis total de 50 Gy.
- A la semana de finalizar el tratamiento ingresa por **enteritis postrádica grado 2**, con evolución favorable.
- Reingresa una semana después por **fiebre**. Al examen físico se aprecia **soplo diastólico en foco aórtico** de nueva aparición y en las pruebas complementarias destaca **elevación de reactantes de fase aguda**, con signos de **enteritis inflamatoria-infecciosa y esplenomegalia** de 19,5 cm en ecografía abdominal. Se extraen hemocultivos y se inicia antibioterapia empírica. En el ecocardiograma transtorácico se objetiva **insuficiencia aórtica severa grado IV, con pequeña verruga en borde libre de velo aórtico**. Finalmente se aísla ***S. gallolyticus***. Ante datos de EI complicada se escala antibioterapia. Posteriormente es intervenido mediante **sustitución valvular aórtica con bioprótesis**, tras buena evolución clínica y cultivos negativos se procede al alta hospitalaria.
- Tras completar 6 semanas de antibioterapia se realiza **resección anterior baja con anastomosis colorrectal e ileostomía de protección**. La anatomía patológica es compatible con cambios postneoadyuvancia sin evidencia de celularidad neoplásica residual. Presenta **respuesta completa con grado de regresión 0 (escala Ryan y Cols)**. Se aíslan **4 ganglios sin evidencia de infiltración**. Actualmente recibe **quimioterapia adyuvante** con Capecitabina por linfadenectomía subóptima con buena tolerancia.



Discusión

- ***S. gallolyticus*** es el principal agente causante de EI en personas de edad avanzada e inmunodeprimidas. Se asocia estrechamente al CCR.
- Nuestro caso afianza esta asociación, en un paciente con **tratamiento crónico con anti-TNF**, donde se ha descrito el riesgo aumentado de padecer infecciones oportunistas. La puerta de entrada pueden ser las **lesiones malignas en el colon**, exacerbado por la rotura de la barrera de mucosa intestinal secundario a la **quimiorradioterapia**. Así mismo la bacteriemia ha podido ser favorecida por el estado **inmunodeprimido** del paciente.

Conclusiones

- La **inmunosupresión** asociada a un **tratamiento local agresivo** puede considerarse el **eslabón perdido** que favorezca la **bacteriemia** por la familia de ***Streptococcus*** en pacientes con **CCR preexistente**, con el riesgo asociado de desarrollar una **EI complicada**.
- En un futuro sería interesante estudiar la relación entre el comensal *S. gallolyticus* y la inmunidad del huésped como factor importante en el desarrollo del CCR y su influencia en la respuesta patológica al tratamiento oncológico.