

REPORTE DE CASO

Colangitis por *Streptococcus pneumoniae* en paciente con cáncer

Cintia Meyer Dittler, Juan Rébora, Fernando Losada López, Santiago Flagel, Marcelo Zylberman.

RESUMEN

St. pneumoniae es un agente productor habitual de enfermedades respiratorias altas y bajas. Las infecciones intraabdominales por este germen son poco frecuentes, y más rara aun la infección de la vía biliar. Presentamos un caso de probable colangitis por *St. pneumoniae* en un paciente con cáncer de esófago e instrumentación de la vía biliar.

Palabras clave: *Streptococcus pneumoniae*, colangitis, cáncer.

Departamento de Medicina. Instituto Alexander Fleming, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Autor responsable para correspondencia:

Marcelo Zylberman. mzyberman@fibertel.com.ar
Instituto Alexander Fleming. Crámer 1180. CP 1426.
Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

No hubo fuentes de financiación para este manuscrito y se obtuvo el consentimiento informado de la familia del paciente.

Recibido: 19/2/25 **Aceptado:** 17/4/25

Introducción

Las infecciones por *St. pneumoniae* abarcan las enfermedades del tracto respiratorio (otitis media, sinusitis y neumonía) y la enfermedad neumocócica invasiva que se presenta como meningitis, neumonía bacteriémica, osteomielitis, endocarditis y artritis (1). La infección abdominal por *St. pneumoniae* más conocida es la peritonitis espontánea en pacientes con ascitis previa; la infección de la vía biliar es rara. Morioka y col. hallaron 10 casos de colangitis por *St. pneumoniae* en un seguimiento mayor a 8 años (2). Presentamos el caso de un paciente con cáncer de esófago y colestasis, que luego de la instrumentación de la vía biliar desarrolló colangitis y bacteriemia a *St. pneumoniae*.

Caso clínico

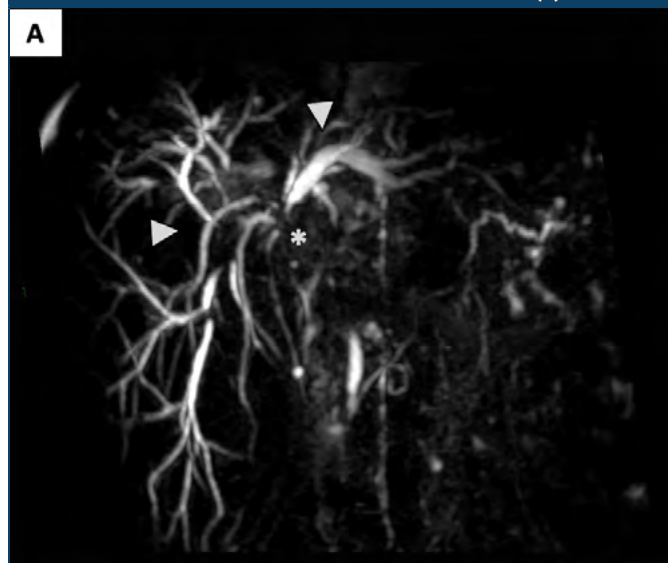
Hombre de 48 años, con antecedente de adenocarcinoma de esófago dos años previos a su internación; recibió neoadyuvancia con esquema CROSS (carboplatino, paclitaxel y radioterapia), luego esofagectomía y adyuvancia con quimio/inmunoterapia (capecitabina, oxaliplatino, nivolumab).

Ingresa en julio de 2024 con colestasis (BT 18.7 mg/dl, BD 14.3 mg/dl, GOT 274 U/l, GPT 396 U/l, FAL 1399 UI/l). Ecografía abdominal: dilatación de la vía biliar intrahepática, metástasis en segmento IV-VIII y una subcapsular en el domo hepático. Se insertó catéter percutáneo interno/externo en la vía biliar intrahepática izquierda sin mejoría en los valores de bilirrubina. Evolucionó a las 72 hs con fiebre y ascenso de los valores del hepatograma (BT 24.7 mg/dl BD 20.5 mg/dl FAL 1316 UI/l); los hemocultivos fueron positivos (2/2) a *St. pneumoniae*. No presentó síntomas respiratorios, la TC de tórax no mostró infiltrados y el ecocardiograma transtorácico fue normal. Se interpretó como probable colangitis por *St. pneumoniae*. No se obtuvo muestra de líquido biliar en el procedimiento de drenaje ambulatorio realizado previamente.

La RMN de abdomen demostró ectasia de vía biliar intrahepática por estenosis multifocal desde el carrefour (Figura 1 A).

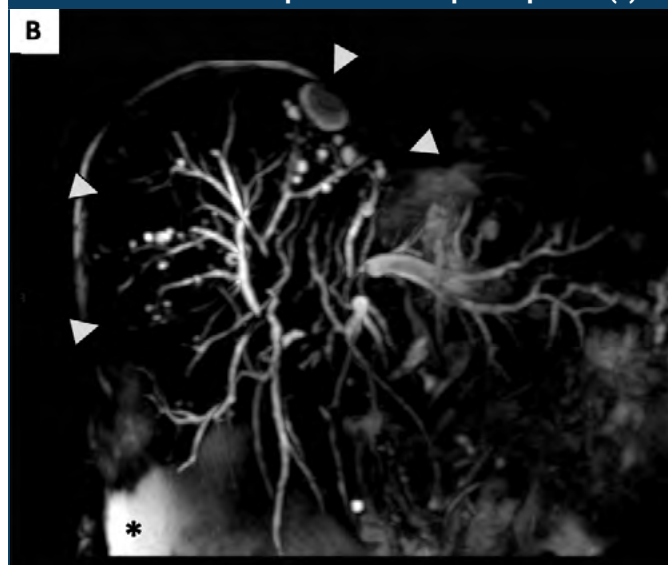
Inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 g/día (CIM 1 mcg/ml-Vitek), pero continuó con registros térmicos sin mejoría de la bilirrubina. Los hemocultivos de control fueron negativos.

Figura 1 A. Se aprecia ectasia de la vía biliar intrahepática bilateral (flechas blancas) a expensas de estenosis multifocal desde el carrefour(*).



Una nueva RMN informó nuevas imágenes quísticas en domo hepático de probable origen infeccioso/inflamatorio en relación con antecedente de colangitis (Figura 1 B), con persistencia de la ectasia de la vía biliar intrahepática. Se interpretó como probables microabscesos hepáticos y se decidió continuar con tratamiento antibiótico supresivo. Evolucionó con progresión de la enfermedad y falleció.

Figura 1 B. Cuatro semanas más tarde se identifican nuevas pequeñas imágenes quísticas agrupadas en el domo hepático (flechas blancas). Se menciona leve incremento de líquido ascítico perihepático (*).



Discusión

Las infecciones severas por *St. pneumoniae* ocurren en los extremos de la vida y suelen asociarse a enfermedades predisponentes. En adultos, el alcoholismo, la infección por HIV, la esplenectomía, el mieloma múltiple, la diabetes mellitus y el uso de drogas endovenosas son los factores de riesgo más comunes para la enfermedad neumocócica invasiva (3). Si bien las enfermedades por *St. pneumoniae* predominan en el aparato respiratorio, pueden causar infecciones extrapulmonares; entre las abdominales, la peritonitis primaria es la más común. La gastritis flemonosa por *St. pneumoniae* ocurre en pacientes alcohólicos con úlcera o cirugía gástrica previa. La colangitis con aislamiento de *St. pneumoniae* en la sangre o bilis es rara, debido a la rápida autólisis de *St. pneumoniae* en las sales biliares (4).

Itoh y col. hallaron colangitis por *St. pneumoniae* en 12 casos de obstrucción biliar en un seguimiento de 13 años en un centro oncológico en Japón; salvo un paciente, todos habían requerido instrumentación de la vía biliar (5). El período medio entre la instrumentación de la vía biliar y la colangitis fue de 26 días, pero el rango fue desde el día 0 al 313. Nuestro paciente desarrolló la colangitis a las 72 horas del drenaje biliar.

La causa más común de colangitis es secundaria a coledocolitiasis; sin embargo, se la observa en procesos malignos post drenaje de la vía biliar (percutánea o endoscópica) (6). En este escenario, el reflujo transpapilar desde el duodeno, especialmente en casos de obstrucción proximal, como en nuestro paciente, puede aumentar el riesgo de colangitis. Otras causas que contribuirían al desarrollo de colangitis son los ductos no drenados, así como la obstrucción o el desplazamiento del catéter (6). El paso del tiempo aumenta el riesgo de bacteriemia y posterior colangitis en pacientes con la vía biliar instrumentada.

Se han postulado tres mecanismos para el desarrollo de bacteriemia y posterior colangitis: 1) contaminación exógena a través del catéter o su sitio de inserción, 2) contaminación hematógena de la vía biliar a través de la vena porta y 3) regurgitación transpapilar de flora intestinal (6). La bacteriemia es un factor de riesgo y prerrequisito para colangitis, y los ductos no drenados son claves favorecedoras de esta complicación.

Nuestro caso alerta a la búsqueda de infecciones extrapulmonares ante bacteriemias por *St. pneumoniae* y es-

pecíficamente a la sospecha de colangitis en pacientes con colestasis e instrumentación de la vía biliar.

Bibliografía

1. Tuomanen EI, Musher DM. *Streptococcus pneumoniae*: Microbiology and pathogenesis of infection. UpToDate. (2023) Shefner JM (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA. (Accessed on June 23, 2022.)
2. Morioka H, Iguchi M, Oodate M, Yoneda M, Ushijima F, Hirabayashi A, et al. Pneumococcal biliary tract infections: How rare are they? *J Infect Chemother* 2017; 23: 415-8.
3. Taylor SN, Sanders CV. Unusual manifestations of invasive pneumococcal infection. *Am J Med.* 1999; 26:107 (1A):12S-27S.
4. Dugi DD 3rd, Musher DM, Clarridge JE 3rd, Kimbrough R. Intraabdominal infection due to *Streptococcus pneumoniae*. *Medicine (Baltimore)* 2001;80:236-44.
5. Itoh N, Ichiro K, Tsukahara M, Mori K, Kurai H., Evaluation of *Streptococcus pneumoniae* in bile samples: A case series review, *J Infect Chemother* 2016; 22: 383-6
6. Nomura T, Shirai Y, Hatakeyama K. Bacteribilia and Cholangitis After Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage for Malignant Biliary Obstruction. *Digestive Diseases and Sciences* 1999; 44: 542-6.

Cholangitis due to *Streptococcus pneumoniae* in a cancer patient

St.pneumoniae is a common agent causing both upper and lower respiratory diseases. Its role in abdominal infection is rare, even more bile duct infection. We report a case of probable cholangitis due to *St.pneumoniae* in a patient with esophageal cancer and bile duct instrumentation.

Key word: *Streptococcus pneumoniae*, cholangitis, cancer



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>