INFORME DE CASO

Medicina Interna. Infectología.

PERITONITIS POR NEUMOCOCO EN UNA MUJER PREVIAMENTE SANA

SPONTANEUOS PNEUMOCOCCAL PERITONITIS IN A PREVIOUSLY HEALTHY YOUNG ADULT: A CASE REPORT

Federico Angriman[1,2], Hernán Michelangelo[1]

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA
ISSN 1515-3460
Buenos Aires
Vol 4 | Núm 8 | May 2016
Páginas.

Recibido: 05/01/2016
Aceptado: 21/03/2016

[1] Departamento de Medicina Interna, Hospital Italiano de Buenos Aires

[2] Cátedra de Farmacología, Faculta de Medicina, Universidad de Buenos Aires

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES:

F Angriman: Concepción y diseño del manuscrito, recolección de datos, redacción, revisión, aprobación del manuscrito remitido.

H Michelangelo: Concepción y diseño del manuscrito, redacción, revisión, aprobación del manuscrito remitido.

Los autores expresan no poseer conflicto de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA
Dr. Federico Angriman. C1199ABB Perón 4190. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.
TE/Fax: +54-11-49590200 Ext: 8127
Email: federico.angriman@hospitalitaliano.org.ar

RESUMEN

La peritonitis por neumococo ha sido tradicionalmente asociada a la población pediátrica o en adultos con enfermedades crónicas. Presentamos un caso de peritonitis primaria por *Streptococcus pneumoniae* en una mujer previamente sana. La paciente consultó en la guardia por dolor abdominal y fiebre. El examen físico reveló dolor abdominal difuso leve, fiebre y taquicardia. Los exámenes complementarios revelaron leucocitosis, ascitis y derrame pleural sin consolidación neumónica. En los hemocultivos se obtuvo aislamiento de *S. pneumoniae*. Se inició tratamiento con ampicilina (2 gramos cada 6 horas por vía endovenosa) y drenaje quirúrgico de la cavidad abdominal a cuatro cuadrantes. La paciente evolucionó favorablemente.

PALABRAS CLAVE *Estreptococo pneumoniae*. Peritonitis primaria. Infección neumocóccica.

ABSTRACT

Pneumococcal peritonitis has been traditionally described in pediatric patients or in adults with chronic diseases. We present a rare case of primary pneumococcal peritonitis in a previously healthy young adult. A young woman presented to the emergency department with fever and abdominal pain. Her past medical history was unremarkable. Her physical exam revealed mild abdominal tenderness and fever. Her workup showed elevated white cell count, ascites and mild pleural effusion. Blood cultures revealed S. Pneumoniae, and treatment with ampicillin was initiated. Abdominal surgery and adequate drainage of the patient´s diffuse peritonitis was successfully performed. A diagnosis of spontaneous pneumococcal peritonitis was made.

***KEY WORDS**: Streptococcus Pneumoniae; Pneumococcal infections; Peritonitis, primary.*

Introducción

La peritonitis neumocócica forma parte de las enfermedades invasivas generadas por el neumococo, ha sido ampliamente descripta en la población pediátrica (1,2,3,4) y resulta rara en la población adulta. En esta última, se encuentra íntimamente asociada a la presencia de cirrosis (5,6), síndrome nefrótico (7), alteraciones en la función del bazo (8) o a defectos inmunológicos (9). Por el contrario, son muy escasos los casos publicados de peritonitis neumocócica en pacientes adultos previamente sanos, razón por la cual el diagnóstico suele revestir mayor dificultad con potencial impacto en la evolución clínica y el tratamiento subsiguiente (10). Presentamos un caso de peritonitis neumocócica en una mujer adulta previamente sana.

Presentación del caso

Paciente mujer de 32 años de edad, sin co-morbilidades que consultó por dolor abdominal, diarrea y vómitos de una semana de evolución. No refería al momento de la consulta

síntomas respiratorios, urinarios o ginecológicos ni procedimientos invasivos recientes. Al examen físico presentaba dolor abdominal generalizado, fiebre y taquicardia. En el laboratorio se evidenció hemoglobina 10,9 g/dl, glóbulos blancos 12970/ml y eritrosedimentación de 45mm/h. La función renal y hepatocelular eran normales. Se realizaron hemocultivos. La radiografía y la ecografía abdominal no demostraron alteraciones. En la tomografía computada de tórax y abdomen (figura 1) se observó la presencia de derrame pleural laminar sin consolidación neumónica, líquido libre intraabdominal y engrosamiento de la pared del colon sigmoides. Se realizó una punción de líquido ascítico evidenciando 1480 células / ml con predominancia de 80 % de polimorfonucleares, albúmina en líquido 2,4 g/dl (albúmina en suero: 3,1 g/dl). A las 48 horas se recibieron los hemocultivos positivos para *S. pneumoniae* sensible a Penicilina. Se realizó una laparoscopía exploradora que evidenció peritonitis purulenta de cuatro cuadrantes drenándose posteriormente la cavidad junto con un absceso a nivel del espacio de Douglas. El cuadro clínico se interpretó como una peritonitis primaria por neumococo. El proteinograma electroforético no evidenció alteraciones y la serología para el virus de la inmunodeficiencia adquirida (HIV) resultó negativa. La paciente completó tratamiento antibiótico con Ampicilina evolucionando favorablemente.

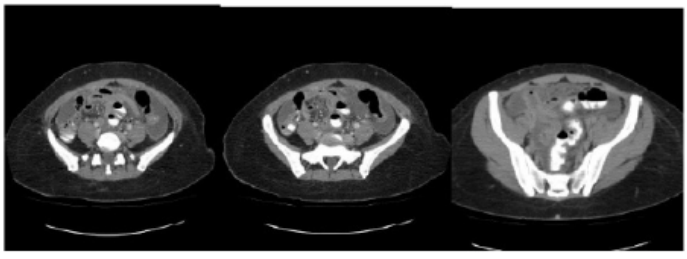

Figura 1. Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso y oral

Discusión clínica

Comunicamos un caso de peritonitis por neumococo por la rareza que supone dicha patología en una mujer adulta previamente sana, acentuando la importancia del reconocimiento temprano para un diagnóstico diferencial y tratamiento adecuados. La peritonitis neumocócica ha sido reconocida por más de 100 años en la población pediátrica. Son escasos las comunicaciones en la literatura excluyendo a la población pediátrica y a los pacientes adultos con cirrosis, síndrome nefrótico, enfermedades autoinmunes o medicación inmunosupresora (10).

La enfermedad invasiva por el neumococo se define por el aislamiento de dicho germen de un sitio habitualmente estéril como la sangre, el líquido ascítico o el líquido cefalorraquídeo. La incidencia de enfermedad neumocócica en la población está afectada por distintas variables, entre ellas la edad, la localización geográfica, el serotipo prevalente y el estado de vacunación. Más aún, se reconocen distintos factores de riesgo (tabla 1), dentro de los cuales se incluyen las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal crónica, la cirrosis, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y otras causas de inmunosupresión como la infección por el viurs HIV (11, 12, 13). Finalmente, el riesgo de enfermedad invasiva por neumococo se asocia con la presencia de infecciones respiratorias virales, tal es el caso de la influenza.

Factores de riesgo para enfermedad invasiva por neumococo

- ☞ Enfermedad hepática crónica (cirrosis).
- ☞ Enfermedad cardiovascular crónica (insuficiencia cardiaca, miocardiopatía dilatada).
- ☞ Enfermedad renal crónica o síndrome nefrótico.
- ☞ Diabetes mellitus.
- ☞ Enfermedad respiratoria crónica (EPOC, enfisema).
- ☞ Abuso de alcohol.
- ☞ Abuso de cocaína.
- ☞ Asplenia funcional o anatómica (drepanocitosis, esplenectomía).
- ☞ Inmunosupresión (HIV, mieloma múltiple, linfomas).
- ☞ Transplante de órganos sólidos o células hematopoyéticas.
- ☞ Tratamiento con esteroides.

En la era preantibiótica la tasa de mortalidad era casi del 100 % dentro de las 48 horas del inicio de los síntomas. La aparición de este cuadro en adultos jóvenes sin comorbilidades representa una rareza. Resulta más frecuente en mujeres jóvenes y los síntomas de presentación, un prodromo breve seguido de fiebre, dolor abdominal, diarrea y vómitos. El cuadro clínico debe diferenciarse de una perforación intestinal o apendicitis. La mayor prevalencia de la patología en mujeres hizo pensar en el tracto genital como origen del cuadro asociándolo a enfermedad inflamatoria pelviana, vulvovaginitis o complicaciones por el uso de dispositivos intrauterinos (14). La tasa de hemocultivos positivos es elevada (15). En la mayoría de los casos la infección se origina en procedimientos quirúrgicos abdominales, apendicular o ginecológico (tales como salpingitis); mientras que en casi un tercio de los pacientes restantes, no es posible identificar en las laparotomías o laparoscopías origen alguno.

La patogénesis del cuadro permanece aún controvertida. Se ha propuesto que el neumococo ingresa a la cavidad abdominal por tres rutas alternativas: hemática, desde el tracto gastrointestinal o genital. En el primero de los casos el foco generador de la bacteriemia suele ser el pulmón; en el segundo, una translocación bacteriana, pudiendo observarse en algunos estudios colonoscópicos la presencia de colitis aguda e inclusive ileítis terminal (14). Esta ruta marcó en algunos casos una asociación entre apendicitis y peritonitis neumocócica. La tercera de las rutas de acceso del neumococo puede ser el tracto genital, sobretodo en mujeres con múltiples parejas. Puede ocurrir en estos casos que sólo se reconozca en la exploración quirúrgica una pelvis bloqueada por el material fibrino-purulento apoyado sobre la región tubárica. La conducta terapéutica requiere el tratamiento antibiótico, y la rápida exploración quirúrgica, con limpieza de la cavidad abdominal, y resolución del foco en aquellos casos en los que se detecte el origen.

Como conclusión, la peritonitis neumocócica en adultos sin cirrosis ni síndrome nefrótico es poco frecuente, siendo similar a la descripta en la población pediátrica en cuanto a la sintomatología de presentación. Resulta más frecuente en mujeres jóvenes y los síntomas de presentación incluyen un inicio subagudo, fiebre, dolor abdominal, diarrea y vómitos. Como mecanismo patogénico inicial del cuadro se han postulado: siembra hematógena, la translocación bacteriana a través de la pared intestinal (proveniente del tracto gastrointestinal) o proveniente del tracto genital. La cirugía tiene un rol fundamental en el manejo junto con el apropiado tratamiento antibiótico.

Bibliografía

1. Fowler R. Primary peritonitis: changing aspects 1956–1970. Aust Paediat 23. J 1971;7:73–83.
2. McCartney JE, Fraser J. Pneumococcal peritonitis. Br J Surg 1922;9:479– 88.
3. Isaacman, D. J., McIntosh, E. D. & Reinert, R. R. Burden of invasive pneumococcal disease and serotype distribution among Streptococcus pneumoniae isolates in young children in Europe: impact of the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine and considerations for future conjugate vaccines. Int. J. Infect. Dis. 2010; 14, e197–209.
4. Rose, M. A., Christopoulou, D., Myint, T. T. H. & de Schutter, I. The burden of invasive pneumococcal disease in children with underlying risk factors in North America and Europe. Int. J. Clin. Pract. 2014; 68, 8–19.
5. Waisman, D. C., Tyrrell, G. J., Kellner, J. D., Garg, S. & Marrie, T. J. Pneumococcal peritonitis: Still with us and likely to increase in importance. Can. J. Infect. Dis. Med. Microbiol. 21, e23–7 (2010).
6. Correia JP, Conn HO. Spontaneous bacterial peritonitis in cirrhosis: endemic or epidemic. Med Clin North Am 1975;59:963–81.
7. Pahmer M. Pneumococcal peritonitis in nephrotic and non-nephrotic children. J Pediatr 1940;17:90–6.
8. Bose,. B., Keir, W. R., Godberson, C. V. Primary pneumococcal peritonitis. Can. Med. Assoc. J. 1974: 110:305.
9. Picard, C., Puel, A., Bustamante, J., Ku, C.-L. & Casanova, J.-L. Primary immunodeficiencies associated with pneumococcal disease. Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. 2003; 3, 451–9.
10. Carolyn Hemsley, Susannah J. Eykyn. Pneumococcal Peritonitis in Previously Healthy Adults: Case Report and Review. Clinical Infectious Diseases 1998;27:376–9
11. Robinson KA, Baughman W, Rothrock G, Barrett NL, Pass M, Lexau C et al. Epidemiology of invasive Streptococcus pneumoniae infections in the United States, 1995-1998: Opportunities for prevention in the conjugate vaccine era. JAMA 2001 ;285(13):1729-35.
12. Harboe, Z. B. et al. Incidence and risk factors for invasive pneumococcal disease in HIV-infected and non-HIV-infected individuals before and after the introduction of combination antiretroviral therapy: persistent high risk among HIV-infected injecting drug users. Clin. Infect. Dis. 2014; 59, 1168–76.
13. Barry, P. M. et al. Invasive pneumococcal disease in a cohort of HIV-infected adults: incidence and risk factors, 1990-2003. AIDS 2006; 20, 437–44.
14. Cathy A. Petti, S.-H. Ignatius Ou, Daniel J. Sexton. Acute Terminal Ileitis Associated with Pneumococcal Bacteremia: Case Report and Review of Pneumococcal Gastrointestinal Disease. Clinical Infectious Diseases 2002; 34:e50–3
15. Laupland KB, Gregson DB, Zygun DA, Doig CJ, Mortis G, Church DL. Severe bloodstream infections: a population-based assessment. Crit Care Med 2004;32(4):992-7.