



Endocarditis infecciosa en un paciente inmunocompetente

Gonzalo Alemán Ortiz,* Víctor A. de la Garza Estrada**

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de 33 años de edad, inmunocompetente, con cuadro clínico, ecocardiográfico y microbiológico de endocarditis infecciosa en la válvula aórtica bivalva.

Palabras clave: endocarditis infecciosa, endocarditis en aorta bivalva, endocarditis por *Streptococcus mitis*.

ABSTRACT

The case of an immunocompetent man in his middle thirties, with clinical, echocardiographic and microbiology findings of infective endocarditis is presented. Infective endocarditis is developed in the patient's bicuspid aortic valve.

Key words: infective endocarditis, bicuspid aortic valve endocarditis, *Streptococcus mitis* endocarditis.

Aunque la endocarditis infecciosa es poco frecuente, sobre todo a partir de la disminución de la incidencia de cardiopatía reumática, ésta aún puede encontrarse, incluso en pacientes inmunocompetentes. De ahí que mantener la sospecha clínica en un caso de fiebre de origen no determinado sigue siendo indispensable para llegar al diagnóstico correcto lo antes posible. En este trabajo se presenta el caso de un hombre inmunocompetente, quien manifestó endocarditis infecciosa.

COMUNICACIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 33 años de edad, sano, originario de Chile y radicado en la Ciudad de México desde un año antes, casado, en puesto gerencial, sin hijos. Refiere algunos viajes recientes a zonas urbanas de Costa Rica y a París. No fuma, toma bebidas alcohóli-

cas con patrón social, sin excesos y niega consumo de otras sustancias. Menciona no haber tenido relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos años. Inició su padecimiento tres semanas antes, con cuadro febril de hasta 40°C, inespecífico, sin otros hallazgos al examen físico, y que cedió con la administración de ciprofloxacina, a dosis de 500 mg, por vía oral, cada 12 horas, durante 10 días. Alrededor de cinco días después de haber suspendido el medicamento reapareció la fiebre y cinco días después se le ingresó al hospital. En esta ocasión se le escuchó un soplo holosistólico y holodiastólico en todos los focos de auscultación, de intensidad 4/5; al resto del examen físico, salvo temperatura de 40°C, no se encontró ningún otro hallazgo importante que mencionar. Se le realizó ecocardiograma, donde se observó aorta bivalva con vegetación redondeada en una de las valvas, de aproximadamente 3 mm de diámetro, y se detectó chorro regurgitante a través de la válvula. Se le hizo tomografía axial computada de abdomen donde se apreció una imagen compatible con el émbolo en la arteria renal izquierda. El electrocardiograma y la radiografía de tórax fueron normales. Se le colocó un catéter venoso central por vía subclavia, se le tomaron dos hemocultivos y se le inició tratamiento con ceftriaxona, 1 g cada 12 horas, por vía intravenosa. Los hemocultivos informaron crecimiento de *Streptococcus mitis*, muy sensible a todos los fármacos probados. En 48 horas cedió la fiebre y dos

* Médico internista, coordinador de hospitalización.

** Médico internista.

Hospital Ángeles del Pedregal, México, DF.

Correspondencia: Dr. Víctor A. de la Garza Estrada. E-mail: vicalroma1@hotmail.com

Recibido: septiembre, 2004. Aceptado: marzo, 2005.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

días más tarde se egresó al paciente con el catéter para continuar con el antibiótico intravenoso en casa y completar cuatro semanas de tratamiento. Una vez concluida la administración del antibiótico y con el paciente manifestando buen estado general y sin fiebre se le retiró el catéter un mes después. En las visitas de control el paciente se mantuvo asintomático; siguió haciendo su vida normal. No se ha repetido el ecocardiograma de control.

DISCUSIÓN

La incidencia actual de la endocarditis infecciosa es de 1.7 a 6.2 casos por 100,000 personas al año en países de Europa Occidental y Estados Unidos, con mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres, con relación de 1.7:1.¹ En la actualidad se manifiesta en edades más avanzadas (47 a 69 años), a diferencia de la era previa a los antibióticos (30 a 40 años).^{1,2} Entre los factores de predisposición más frecuentes se encuentran: procesos degenerativos valvulares propios de la edad avanzada, prótesis valvulares, uso intravenoso de drogas ilícitas, infecciones nosocomiales, hemodiálisis crónica, diabetes mellitus, VIH y otros padecimientos inmunosupresores.¹ Desde luego, en pacientes con valvulopatías congénitas la incidencia es mucho mayor, y llega a ser hasta de 150 a 2,000 por 100,000 personas al año.¹

A menudo el diagnóstico no es sencillo, de ahí que se haya tenido que recurrir a nuevas clasificaciones, como la de la Universidad de Duke, que toma en cuenta criterios ecocardiográficos³ y clínicos,⁴ y los clasifica en mayores y menores. Después se revisó la clasificación para agregarle criterios microbiológicos.¹ De acuerdo con esta clasificación, el paciente aquí repor-

tado cumplía con todos los criterios mayores y casi todos los menores para el diagnóstico de endocarditis.

Streptococcus mitis, del grupo viridans, es también de los agentes que se encuentran con mayor frecuencia en los casos de endocarditis infecciosa.^{1,2} En la válvula nativa la principal causa de endocarditis infecciosa la constituyen especies de *Streptococcus* (60%), a diferencia de lo que ocurre en usuarios de drogas ilícitas intravenosas, en quienes predomina *Staphylococcus aureus* (60%).²

El tratamiento indicado al paciente se basó en los resultados de la sensibilidad de los hemocultivos, que en este caso correspondió a ceftriaxona. La buena reacción que tuvo fue la que indicó que el tratamiento había sido el correcto. Aunque en la tomografía axial computada de abdomen se encontraron pruebas de probable émbolo en la arteria renal, situación frecuente en el caso de la endocarditis infecciosa,¹ dicho émbolo no tuvo manifestaciones clínicas ni de laboratorio y sólo se consideró un hallazgo tomográfico.

Se espera que este caso sirva como ejemplo para el internista, quien siempre debe tener en mente esta posibilidad, incluso aunque no se tengan los antecedentes necesarios para la manifestación de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Milonakis E, Calderwood SB. Infective endocarditis in adults. N Engl J Med 2001;345:1318-30.
2. Chambers HF. Endocarditis infecciosa. Enfermedades infecciosas, bacterias y clamidias. En: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editores. Diagnóstico clínico y tratamiento. 39^a ed. México: El Manual Moderno, 2004;pp:1324-8.
3. Durack DT, Lukes AS, Bright DJ. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Am J Med 1994;96:200-9.
4. Bayer AS, Ward JI, Ginzton LE, Shapiro SM. Evaluation of new clinical criteria for the diagnosis of infective endocarditis. Am J Med 1994;96:211-9.