



Una endocarditis atípica

Francisco Bonache Bernal^a, Lucas Tojal Sierra^b,
Javier Rekondo Olaetxea^b,
M. Isabel Jimeno Martín^c, Miguel Corral Saracho^a,
Zeltia Valcarce González^a, Enara Carrizo Arana^{a,*},
Joseba Portu Zapirain^a

^a Medicina Interna, Hospital Universitario Araba,
Vitoria-Gasteiz, España

^b Cardiología, Hospital Universitario Araba,
Vitoria-Gasteiz, España

^c Nefrología, Hospital Universitario Araba,
Vitoria-Gasteiz, España

Correo electrónico: fran.bonache@gmail.com
(E. Carrizo Arana).

Justificación: A pesar de que los hemocultivos (HC) siguen siendo la piedra angular del diagnóstico de la endocarditis infecciosa (EI), hasta un 31% de las EI pueden presentarse con HC negativos, a menudo como consecuencia de un tratamiento antibiótico previo, pero a veces por etiologías menos frecuentes.

Objetivo: Exponer un caso clínico de EI con HC negativos del Hospital Universitario Araba.

Método: Varón, 58 años, fumador, SAHS severo y arteriopatía periférica. En tratamiento con IECA, estatina y clopidogrel.

Ingresa por posible infección urinaria con un síndrome nefrítico asociado (fracaso renal agudo con creatinina máxima de 4 mg/dl, proteinuria de hasta 1 g/24 h y microhematuria), además de plaquetopenia e hipocomplementemia, con anti-MPO y anti-PR3 positivos. Se aíslan 20.000 UFC/ml de *E. coli* (sensible a todos los antibióticos testados). Recibe 7 días de tratamiento antibiótico con cefalosporinas.

Diez días después reingresa (tras haber retirado antiagregación) de forma programada para realizar biopsia renal, de cara a confirmar posible glomerulonefritis.

Entonces reconoce llevar 3 días con ortopnea. Se le diagnostica de insuficiencia cardíaca (IC) aguda y se realiza ecocardiograma transtorácico, que objetiva verruga de 12 mm adosada al velo coronario derecho de la válvula aórtica e insuficiencia valvular severa. Se inicia ampicilina 12 g/día + cloxacilina 12 g/día + gentamicina 3 mg/kg/día (ajustando niveles estrechamente por insuficiencia renal) y, tras realizar ecocardiograma transesofágico que descartase otras complicaciones locales y coronariografía para descartar cardiopatía isquémica, se traslada a Cirugía Cardíaca del Hospital Basurto.

Resultados: Se interviene 48 h más tarde, realizándose sustitución valvular aórtica con colocación de prótesis mecánica REGENT SJM número 23.

Los HC x3 fueron negativos y de las serologías extraídas, resultaron negativas: ASLO, rosa de Bengala, *Mycoplasma* spp., *C. burnetti*,



Legionella spp. y *Aspergillus* spp. Así como la PCR de *T. whipplei* en saliva y heces, que también resultó negativa.

Sin embargo, la IgG frente a *B. henselae* positivizó a título 1/2.560, confirmándose el diagnóstico con PCR16S en válvula aórtica nativa positiva para *Bartonella* spp.

Se suspendieron ampicilina y cloxacilina y se instauró tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 h durante 4 semanas, manteniéndose gentamicina durante las 2 primeras semanas de tratamiento, con buena evolución y casi normalización de la función renal al alta.

La anatomía patológica de la biopsia renal resultó compatible con glomerulonefritis postinfecciosa.

Conclusiones: La endocarditis por *Bartonella* es una causa rara de EI con cultivos negativos, suponiendo un 9-10% de estas. Se trata de una bacteria de muy lento crecimiento que no es fácil aislar en cultivos y que precisa del diagnóstico serológico y sobre todo microbiología molecular. La evolución suele ser subaguda y el diagnóstico tardío, cuando el paciente ya presenta IC o embolismos sistémicos, como es nuestro caso.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.002>

Reimplante en uno vs en dos tiempos en endocarditis infecciosa asociadas a dispositivos de estimulación cardíaca (EIDEC)



I. López Montesinos^a, Arístides de Alarcón^{b,j},
J. Ruiz Morales^c, J. de la Torre Lima^d,
F.J. Martínez Marcos^e, C. Hidalgo Tenorio^f,
D. Vinuesa García^g, A. Plata Cíezar^h,
J. Gálvez Acebal^{i,j,*}

^a HU Virgen Macarena, Sevilla

^b HU Virgen del Rocío, Sevilla

^c HU Victoria, Málaga

^d H Costa del Sol, Marbella

^e HU Juan Ramón Jiménez, Huelva

^f HUV Nieves, Granada

^g HU San Cecilio, Granada

^h HU Carlos Haya, Málaga

ⁱ HU Virgen Macarena, Sevilla

^j IBIS/Universidad de Sevilla

Correo electrónico: inma.lpz@hotmail.com
(J. Gálvez Acebal).

Justificación: El manejo terapéutico de las EIDEC incluye la retirada del dispositivo. No obstante, existen incertidumbres en cuando a llevar a cabo el reimplante del nuevo dispositivo por el posible riesgo de reinfección.

Objetivos: 1) Describir las características de una cohorte de pacientes con EIDEC que se someten a extracción y reimplante del

dispositivo en uno o dos tiempos. 2) Analizar la relación entre el tiempo de reimplante y el desenlace clínico.

Método: Estudio observacional multicéntrico prospectivo realizado en 8 hospitales terciarios. Se incluyeron pacientes ingresados por EIDEC definitiva o posible según criterios de Duke. Diferenciamos dos grupos en función del momento del reimplante del dispositivo: en un tiempo (el nuevo dispositivo se implanta en el mismo acto que se retira el dispositivo infectado) vs en dos tiempos (el dispositivo infectado se retira y posteriormente, en otra intervención, se reimplanta el nuevo dispositivo). La elección del método se llevó a cabo por el médico responsable de la atención del paciente.

Resultados: Desde 2008 a 2015, se incluyeron 92 pacientes con EIDEC. En 83 (90,2%) se extrajo el dispositivo; se reimplantó en 55 (66,3%). En 2 (3,6%) se desconocía el método de reimplante. La siguiente tabla resume las principales características de ambos grupos.

No hubo diferencias en las características clínicas, microbiológicas o de manejo antibiótico.

Conclusiones: No se han observado diferencias significativas en el número de recidivas, duración del tratamiento antimicrobiano o mortalidad, por lo que el reimplante en un tiempo podría considerarse en pacientes seleccionados.

El reimplante del dispositivo en un tiempo en pacientes con EIDEC no se asoció con mayor número de recidivas

	Un tiempo (n = 31) n (%)	Dos tiempos (n = 22) n (%)	p
Edad, m (RIQ); años	68 (57-76)	65 (55-72,5)	0,390,34
Charlson, m (RIQ)	3,8 (1-5)	2,5 (1,45-4,2)	
Dispositivo:			
Marcapaso	24 (77,4)	10 (49,5)	0,01
DAI	4 (12,9)	8 (36,4)	0,05
Hallazgos ecocardiográficos:			
Vegetación	19 (70,4)	16 (72,7)	0,86
Afectación de v. tricúspide	5 (23,8)	3 (17,6)	0,71
Estancia hospitalaria, m (RIQ); días	26 (15-52)	32,5 (26-52)	0,21
Duración tratamiento antibiótico hospitalario, m (RIQ); s	4,29 (2,36-6,29)	4,71 (3,71-6,93)	0,14
Eventos			
Mortalidad al año	0	0	-
Recidiva	2 (7,4)	2 (9,1)	1

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.003>

Estudio de una cohorte de pacientes con endocarditis infecciosa en un hospital universitario de tercer nivel

S. Otálora Valderrama*, A. Hernández Torres,
J. Gómez Gómez, J.A. Herrero Martínez,
E. García Vázquez

Medicina Interna-Infecciosas, Hospital Clínico
Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España
Correo electrónico: sdptotal@hotmail.com
(S. Otálora Valderrama).

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad poco frecuente, asociada a elevada mortalidad a pesar de los avances en el tratamiento medicoquirúrgico. El estudio de cohortes de pacientes con EI tratados en cada hospital permitirá definir necesidades de mejora de cada área.

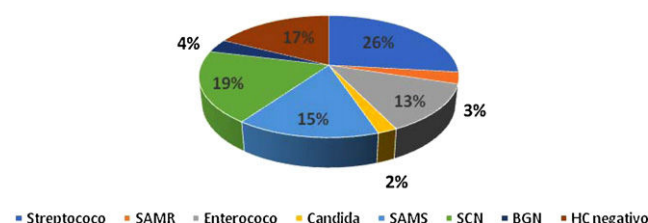


Figura 1.

Objetivo: Analizar las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de una cohorte de pacientes diagnosticados de EI en un hospital universitario de referencia en el sureste de España.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo hasta 2012 y prospectivo posteriormente, de una cohorte de pacientes mayores de 11 años con diagnóstico de EI, ingresados en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca en el periodo comprendido entre enero de 2000 y enero de 2017. La información se recogió siguiendo el protocolo de trabajo del GAME.

Resultados: Se incluyeron 287 pacientes (207 hombres y 80 mujeres), con edad media de 64 años (rango 12-86 años). El 67,5% de pacientes tenía un índice modificado de Charlson > 3. En lo que se refiere al tipo de válvula afectada, 130 (45,3%) eran EI sobre válvula nativa, 50 (17,4%) sobre válvula protésica y 30 (10,4%) sobre implantes, siendo la afectación de válvula aórtica predominante (n = 115), seguida de mitral (n = 75), tricúspide (n = 10) y pulmonar (n = 2). Los focos de origen más frecuente fueron el vascular (37,5%), el gastrointestinal (26,8%), el dental (15,3%) y el genitourinario (10%). La EI se consideró de adquisición comunitaria en el 54,5% de los casos, nosocomial en el 31% y relacionada con cuidados sanitarios en el 8,5%; en el 12% no quedó claro el origen. En cuanto a la presentación clínica, el 86,2% de los pacientes presentaron fiebre, el 45,5% sepsis grave y el 12,5% shock séptico. Como complicaciones relacionadas se objetivó insuficiencia renal en el 33% de los casos, fallo cardiaco en el 52% y anomalías de la conducción en el 14%. Las manifestaciones embolígenas se presentaron en el 30% de los pacientes (ictus, 14,5%; embolias sistémicas, 15,4%; siendo más frecuentes las esplénicas (6,85%) y las pulmonares (4,35%). Del total de pacientes, 234 (81%) tenían indicación quirúrgica (insuficiencia valvular, 53%; ICC, 37,7%; embolismos repetidos, 10,7%), realizándose esta en 179 pacientes (62%). A nivel microbiológico, se realizaron hemocultivos en el 98,45% de los casos (83% positivos). El microorganismo más frecuentemente detectado fue *Staphylococcus* spp. (36%). La figura 1 muestra el detalle de los datos de los hemocultivos.

Se realizó ecocardiograma transtorácico a 273 pacientes (95%), siendo sugestivo de EI en 224 (78%); en 215 pacientes (75%) se realizó además ecocardiograma transesofágico. El tratamiento se definió como erróneo en el 14,2%. La mortalidad intrahospitalaria ascendió a 65 casos (22,6%).

Conclusiones: La EI es una entidad de gran complejidad, presentación clínica diversa y elevada morbilidad que precisa de unidades multidisciplinarias con experiencia y coordinación que valoren de forma sincronizada la situación del paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.004>



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es