

CARTAS AL DIRECTOR

Endocarditis por *Gemella morbillorum* en un adicto a drogas por vía parenteral

Sr. Director:

Gemella morbillorum, hasta 1988 *Streptococcus morbillorum*, una bacteria que forma parte de la microbiota de boca, aparato digestivo y genitourinario, ha sido descrita en raras ocasiones como causante de endocarditis. Nosotros presentamos un caso que creemos que es el primero descrito en España y segundo en la literatura⁴ de endocarditis por *G. morbillorum* en un consumidor de drogas por vía parenteral (CDVP).

Se trata de un varón de 32 años, consumidor de heroína marrón por vía parenteral y fumador de cocaína, que acude al Servicio de Urgencias por disnea progresiva de doce horas de evolución, dolor torácico y desde hacía varios días clínica de infección respiratoria de vías altas y sensación distérmica. Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de edema agudo de pulmón secundario a valvulopatía mitroaórtica y refractario al tratamiento. En el ecocardiograma se evidencia endocarditis sobre válvulas aórtica y mitral con sendas imágenes sugestivas de vegetaciones sobre válvulas desestructuradas. Presenta insuficiencia mitral y aórtica grave, con dilatación de aurículas y ventrículo izquierdo, lo que podría indicar que la disfunción valvular era crónica. En la radiografía de tórax se evidenció cardiomegalia y signos de insuficiencia cardíaca. En un segundo ecocardiograma se observa un discreto derrame pericárdico. La elevación de CK: 652 U/l, y de CK-MB: 102 U/l, presentes al ingreso, se sigue de una curva descendente. Inicialmente presentó alteración de la hemostasia, leucocitosis con neutrofilia, anemia que requirió de transfusión de concentrado de hematíes y elevación de las transaminasas. Se encontraba alterado y desorientado.

Se realizaron cuatro hemocultivos y detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de hepatitis víricas, siendo el resultado negativo para VIH y vi-

rus de la hepatitis B (VHB) y positivo para virus de la hepatitis C (VHC). En todos los frascos aerobios y anaerobios de los cuatro hemocultivos (Bact/ alert, *Organon Teknika*) crecieron en 24-48 horas cocos grampositivos en diplos y cadenas, catalasa y oxidasa negativas, con mejor crecimiento en atmósfera microaerófila, dando hemólisis parcial en agar sangre, sin hidrólisis de la esculina ni del hipurato y resistente a optoquina. Utilizando los métodos Rapid 32 strep (*Biomérieux*) y GPI card (*Biomérieux Vitek*) se identificó como *Gemella morbillorum*.

Se determinó la sensibilidad mediante difusión en agar utilizando Neo-Sensitabs (Rosco) y E-test (Ab Biodisk), siendo sensible a penicilina, vancomicina y gentamicina. Se trató con vancomicina 1 g por vía intravenosa/ 12 horas y gentamicina 80 mg por vía intravenosa/ 12 horas desde el siguiente día a su ingreso y durante diez días, permaneciendo el enfermo apirético. Al cuarto día desde el ingreso es trasladado al Servicio de Cardiología y al noveno día el Servicio de Cirugía Cardiovascular le realizó un implante de prótesis mitral y aórtica. Después de la intervención quirúrgica ingresa en Reanimación con taquicardia supraventricular, hipotensión arterial e insuficiencia cardíaca postoperatoria. Al día siguiente persisten las arritmias ventriculares con bloqueo auriculoventricular completo. Sufre varios episodios de fibrilación ventricular que revierten espontáneamente y con choque eléctrico hasta que finalmente desembocan en asistolia que no responde a medidas habituales de resuscitación cardiopulmonar, falleciendo el paciente por shock cardiogénico al décimo día desde su ingreso.

El género *Gemella* causa un espectro de infecciones similar a los estreptococos del grupo *viridans* y ha sido descrito como causante de bacteriemia, endocarditis, pericarditis, artritis, meningitis y shock séptico. Nosotros hemos encontrado 19 casos de endocarditis por *G. morbillorum* publicados en la literatura científica, de los que en la tabla 1 resumimos catorce, más el nuestro, de los que disponemos de datos¹⁻¹³. Predominan los varones, con una edad entre 19 y 75 años. La válvula que resulta más afectada es la mi-

TABLA 1
Endocarditis por *G. morbillorum*

Referencia/año	Edad/ sexo	Válvula infectada	Fuente de infección	CMI (mg/l) penicilina	Tratamiento	Reemplazo valvular	Evolución
Coto y Berk ¹ (1984)	60/V	Mitral. Prótesis aórtica	Dental	<0,06	Penicilina, rifampicina	No	Curación
Maxwell ² (1989)	38/V	Mitral	Gastrointestinal	<0,015	Penicilina, gentamicina	No	Curación
Maxwell ² (1989)	39/V	Aórtica	Dental	<0,015	Penicilina, gentamicina	Sí	Curación
Calopa et al ³ (1990)	42/V	Mitral	Desconocido	nd	Penicilina, estreptomicina	No	Curación
Bell y McCartney ⁴ (1992)	19/V	Tricúspide	Saliva (?)	≤0,03	Penicilina, gentamicina	No	Curación
Omra y Wood ⁵ (1993)	48/V	Mitral	Dental	0,06	Vancomicina	No	Curación
Terada et al ⁶ (1994)	64/V	Mitral y aórtica	Dental	nd	Penicilina	Sí	Curación
Kerr et al ⁷ (1994)	29/M	nd	Dental	nd	Penicilina, gentamicina, eritromicina, rifampicina	No	Curación
Abboud y Friart ⁸ (1995)	74/V	Tricúspide	Gastrointestinal	nd	Penicilina, curoxima, amicacina	No	Curación
Martín et al ⁹ (1995)	75/V	Mitral	Desconocido	nd	Penicilina, gentamicina, teicoplanina, rifampicina, eritromicina	No	Curación
Francioli et al ¹⁰ (1995)	49/V	Mitral	Dental	0,25	Ceftazidima, netilmicina, amoxicilina, netilmicina	No	Curación
Molina et al ¹¹ (1995)	60/M	Mitral	Desconocido	nd*	Cefotaxima, amicacina	No	Curación
López Dupla et al ¹² (1996)	73/V	Mitral y aórtica	Gastrointestinal	<0,06	Penicilina, gentamicina	Sí	Fallece
La Scola y Raoult ¹³ (1998)	74/V	Aórtica	Dental	nd	Amoxicilina, gentamicina	Sí	Curación
Presente caso	32/V	Mitral y aórtica	Saliva (?)	0,047	Vancomicina, gentamicina	Sí	Fallece

V: varón; M: mujer; nd: no disponible; CMI: concentración mínima inhibitoria. *Sensible a penicilina.

tral. En la mayoría de los casos descritos la puerta de entrada del germe n está asociada a manipulaciones dentales y procedimientos quirúrgicos. En el nuestro pudo ser, como apunta Bell y McCartney⁴, la costumbre de los CDVP de «damerse los dedos» antes de frotarse el lugar de venipunción donde se van a inyectar la droga. El producir una hemólisis parcial en medio agar sangre hace que la identificación inicial sea como *Streptococcus* del grupo *viridans* y el tratamiento recomendado en aislamientos sensibles a penicilina ($CMI \leq 0,12$) sea penicilina, ceftriaxona o vancomicina, solo o asociado a gentamicina. En nuestro caso se trató empíricamente con vancomicina y gentamicina y al determinarse las concentraciones mínimas inhibitorias (CMI) e interpretarse éstas como sensibles se mantuvo durante todo el tiempo este tratamiento, permaneciendo el paciente afebril. Los aislamientos en que conocemos la sensibilidad son todos sensibles o con sensibilidad intermedia¹⁰ a penicilina. En cuanto a la evolución, fallecieron tres de los pacientes y doce de ellos curaron.

En los CDVP las válvulas afectadas casi siempre son la tricúspide y más raramente la pulmonar, ocasionando la entidad clínica conocida como endocarditis infecciosa derecha. La presencia de afectación izquierda en nuestro paciente podría explicarse por una valvulopatía previa y que se trataba de una endocarditis subaguda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coto H, Berk SL. Endocarditis caused by *Streptococcus morbillorum*. Am J Med Sci 1984; 287:54-58.
2. Maxwell S. Endocarditis due to *Streptococcus morbillorum*. J Infect 1989; 18:67-72.
3. Calopa M, Rubio F, Aguilar M, Peres J. Giant basilar aneurysm in the course of subacute bacterial endocarditis. Stroke 1990; 21:1.625-1.627.
4. Bell E, McCartney AC. *Gemella morbillorum* endocarditis in an intravenous drug abuser. J Infect 1992; 25:110-112.
5. Omran Y, Wood CA. Endovascular infection and septic arthritis caused by *Gemella morbillorum*. Diagn Microbiol Infect Dis 1993; 16:131-134.
6. Terada H, Miyahara K, Soara H, Sonoda M, Uenomachi H, Sanada J, Arima T. Infective endocarditis caused by an indigenous bacterium (*Gemella morbillorum*). Intern Med 1994; 33:628-631.
7. Kerr JR, Webb CH, McGimpsey JG, Campbell NP. Infective endocarditis due to *Gemella morbillorum* complicating hypertrophic obstructive cardiomyopathy. Ulster Med J 1994; 63:108-110.
8. Abboud R, Friart A. Deux cas d'endocardite tricuspidienne isolée après intervention colique. Acta Clin Belg 1995; 50:242-245.
9. Martin MJ, Wright DA, Jones AR. A case of *Gemella morbillorum* endocarditis. Postgrad Med J 1995; 71:188.
10. Francioli P, Ruch W, Stamboulian D, et al. Treatment of streptococcal endocarditis with a single daily dose of ceftriaxone and netilmicin for 14 days: a prospective multicenter study. Clin Infect Dis 1995; 21:1.406-1.410.
11. Molina M, Ortega G, Bermudo J, Ruiz J. Endocarditis y abscesos renales por *Gemella morbillorum*. Enferm Infecc Microbiol Clin 1995; 13: 263-264.
12. López Dupla M, Creus C, Navarro O, Raga X. Association of *Gemella morbillorum* endocarditis with adenomatous polyps and carcinoma of the colon: case report and review. Clin Infect Dis 1996; 22:379-380.
13. La Scola B, Raoult D. Molecular identification of *Gemella* species from three patients with endocarditis. J Clin Microbiol 1998; 36:866-871.

P. Úbeda Ruiz, I. Gutiérrez Martín, P. Ramírez Galleymore,
C. Pérez Bellés y M. Gobernado Serrano
*Servicios de Microbiología y Medicina Intensiva.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

Bronquiolitis obliterante con neumonía organizada asociada a vasculitis cutánea

Sr. Director:

La bronquiolitis obliterante fue descrita por primera vez por Lange en 1901¹. No obstante, hasta 1985² la bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO) no se identificó como una entidad nosológica de características clínicas, radiológicas y pronósticas diferentes de la bronquiolitis obliterante^{3,4}. Es una entidad clinicopatológica infrecuente que puede deberse a múltiples causas y acompañar a distintos

procesos pulmonares o también ser idiopática, descrita por Davison en 1983 y Epler en 1985 (neumonía criptogenética organizada)^{5,6}. La BONO asociada a síndromes vasculíticos es extraordinariamente rara.

Se trata de una mujer de 46 años de edad, sin antecedentes de interés, que dos meses antes de su ingreso presenta un cuadro de malestar general y desde dos semanas antes astenia y anorexia, al que se sobreñade cefalea de predominio frontal, fiebre diaria intermitente de 38°C y tos con escasa expectoración blanquecina. Fue tratada con antimicrobianos y, sin embargo, persistió el síndrome febril, con sintomatología general, aparición de artromialgias y lesiones cutáneas eritematovioláceas sobrelevadas, de unos 5 mm de diámetro en extremidades inferiores. En la exploración física destaca una auscultación pulmonar con crepitantes finos izquierdos y lesiones sobrelevadas y eritematovioláceas en extremidades inferiores (EEL). El resto de la exploración fue normal. Entre los datos analíticos se observaba anemia normocítica-normocrómica, signos de colestasis disociada y elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG). Orina elemental sin alteraciones. Proteíngrama: albúmina, 39,6%; alfa1, 7,6%; alfa 2, 13,4%; beta, 12,5%, y gamma, 26,9%. Hierro, 27 µg/dl; transferrina, 160 µg/dl; capacidad total transporte hierro, 203 µg/dl; índice de saturación, 13%, y ferritina, 536 ng/ml. Mantoux, rosa de Bengala, baciloscopía de esputo y serologías para *Coxiella burnetti*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia psittaci* negativos. Lavado bronquioalveolar (LBA) y broncoaspirado (BAS) obtenido mediante fibrobroncoscopia negativo para micobacterias y hongos. Proteinuria de 24 horas negativa. Inmunocomplejos circulantes negativos, enzima conversora de la angiotensina (ECA), 30; IgG e IgM anticardiolipinas, factor reumatoide (FR), anticuerpos anti-nucleares (ANA), anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) antiproteasa 3, antimieloperoxidasa (MPO) y antielastasa negativos. C3, 171, y C4, 32. Anticuerpos antimitocondriales negativos. Serología virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC) negativa. Hemocultivos para bacterias y micobacterias negativos. En la radiografía de tórax se observa un infiltrado en lóbulo superior izquierdo en continuidad con el hilio homónimo (fig. 1). La



Fig. 1. Radiografía de tórax. Infiltrado en lóbulo superior izquierdo en continuidad con el hilio homónimo.