

Endocarditis por *Stenotrophomonas maltophilia*

Sr. Editor: La infección (bacteriémica o no) por *Stenotrophomonas maltophilia* suele presentarse en pacientes con hospitalizaciones prolongadas, tratados con antimicrobianos de amplio espectro, malignidad, inmunosupresión o alteración de las barreras de defensa mucocutánea (intubación, sondajes, catéteres, prótesis valvulares, etc.).¹ Constituye una entidad clínica excepcional en el contexto de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).² Se presenta el caso de un paciente seropositivo para VIH, diagnosticado de endocarditis por *S. maltophilia* cuyo probable origen de la infección por este microorganismo fue la colonización de la cavidad oral y cuyo factor predisponente para endocarditis fue la existencia de una valvulopatía mitroaórtica reumática asintomática no conocida.

Se trataba de un varón de 44 años, con antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral hasta 5 años antes del ingreso, que no había consumido en ningún momento desde entonces. El paciente era VIH conocido desde hacía 2 años y nunca había sido tratado con fármacos antirretrovirales. Otros antecedentes: hepatitis crónica por virus B y C, colecistectomía por colelitiasis, caries dental destructiva grave con enfermedad periodontal y un flemón dentario 2 meses antes del ingreso. Acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital presentando un cuadro de 4 días de evolución caracterizado por debilitamiento general, fiebre de 40 °C, tos y escasa expectoración blanco-amarillenta. En la exploración se objetivó: presión arterial, 110/70 mmHg; Temperatura de 39 °C, subictericia conjuntival, boca séptica con práctica ausencia de piezas dentarias. Auscultación pulmonar: roncus en base de hemitórax izquierdo. Auscultación cardíaca: soplo protosistólico en foco mitral III/VI. Abdomen: hepatoesplenomegalia de 7 y 3 cm, respectivamente. Extremidades: sin hallazgos. Exploraciones complementarias: hemoglobina, 12,2 g/dl; hematocrito, 37,9%; volumen corpuscular medio, 93,8 fl; series blanca y megacariocítica normales, bioquímica normal salvo creatinina 1,7 mg/dl, ácido úrico 10,9 mg/dl, bilirrubina total de 1,7 mg/dl, protrombina, 73%. Gasometría basal: pH 7,39; pO₂, 88; pCO₂, 26; HCO₃, 16,1; saturación, 96,9. La radiografía de tórax y el electrocardiograma fueron normales. El ecocardiograma transtorácico practicado el cuarto día del ingreso reveló una válvula mitral engrosada reu-

mática con imágenes de vegetaciones en ambas valvas, con área mitral de 1,6 cm². La válvula aórtica, también reumática, mostraba imágenes en la raíz aórtica móviles compatibles con vegetación. En los hemocultivos se detectó crecimiento de *S. maltophilia* sensible a cotrimoxazol y ciprofloxacino. El aislamiento del microorganismo se realizó mediante test ID 32 6N (Biomérieux®) y el antibiograma/concentración mínima inhibitoria (CIM) mediante técnica de microdilución en caldo (Sensititre®, EMIZA9EF para bacilos gram-negativos). Resto de cultivos (orina, esputo), Zielh, etc., fueron negativos. La cifra de linfocitos CD4+ fue de 225 céls./μl, carga viral 35.000 copias ARNv/ml. Se inició tratamiento con cotrimoxazol (240 mg cada 6 h por vía intravenosa durante 28 días) y levofloxacino (500 mg por vía intravenosa cada 24 h durante la primera semana, posteriormente se pasó a vía oral hasta completar los 28 días) con buena evolución clínica y microbiológica. Los ecocardiogramas practicados semanalmente demostraron reducción del tamaño de las verrugas. El segundo día del ingreso presentó un episodio de flogosis en tobillo derecho, que mejoró con AINE y que podía corresponder a una artropatía microcristalina sin poder descartar origen séptico. Dos meses después del alta el paciente continuaba asintomático.

*S. maltophilia*³ es un bacilo gram-negativo aerobio, móvil, anteriormente clasificado dentro del género *Xanthomonas* (*X. maltophilia*), vinculado al género *Pseudomonas*. Sin embargo, nuevos estudios taxonómicos la sitúan en un género independiente (*Stenotrophomonas*).

La endocarditis por *S. maltophilia* es infrecuente y tan sólo hay descritos una veintena de casos en la literatura^{2,4-5}. Sus principales factores de riesgo son las válvulas protésicas (50%), la adicción activa a drogas por vía parenteral (43,8%) y la presencia de catéteres intravasculares (18,8%)⁴.

La particularidad clínica de este caso es una endocarditis con puerta de entrada probable en cavidad oral, en un paciente con válvulas nativas previamente dañadas (valvulopatía mitroaórtica reumática). Se ha comunicado un caso de endocarditis por *S. maltophilia* en un paciente sometido a manipulación dentaria⁵.

Un problema clínico que ofrece *S. maltophilia* es su multirresistencia antimicrobiana³. El cotrimoxazol, en ausencia de otros estudios, está considerado como el antimicrobiano de primera línea en el tratamiento de la infección. La ticarcilina-ácido clavu-

lánico y la minociclina han demostrado buenos resultados *in vitro* e *in vivo*, aunque la experiencia es limitada. Existen estudios que demuestran la mayor efectividad de las asociaciones de cotrimoxazol con ticarcilina o ceftazidima que la monoterapia con cotrimoxazol en las bacteriemias por este patógeno⁶. Las quinolonas, en especial ciprofloxacino, presentan resultados dispares en cuanto a la sensibilidad según los autores, con tasas de respuesta muy variables que oscilan ampliamente. Sin embargo, las nuevas quinolonas parecen ser más activas frente al microorganismo. Existen combinaciones antibióticas que han demostrado ser sinérgicas *in vitro* frente *S. maltophilia*³. Estas combinaciones son de cotrimoxazol con ticarcilina-ácido clavulánico o carbencilina, o bien combinaciones de quinolonas con ticarcilina-ácido clavulánico o minociclina, en ambos casos pudiendo añadir además rifampicina.

El pronóstico de la infección por *S. maltophilia* es variable y está en función de la gravedad de la infección y del estado basal del huésped. Aproximadamente el 30% de las infecciones por este microorganismo en pacientes oncológicos fallecen, la mayoría antes de conocer el diagnóstico e iniciar tratamiento oportuno⁷. En el caso de la endocarditis, esta mortalidad se cifra en torno al 33%⁴.

En conclusión, la *S. maltophilia* es un patógeno excepcional en los pacientes VIH cuyo principal determinante de patogenidad es la multirresistencia antibiótica, y las combinaciones de cotrimoxazol constituyen en la actualidad el tratamiento de elección del patógeno.

Francisco Javier Candel, R. López,
A. Valdivia, M.J. Núñez,
V. Roca-Arbonés
y J.J. Picazo de la Garza

Unidad de Enfermedades Infecciosas/VIH.
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
España.

Bibliografía

1. Elting LS, Bodey GP. Septicemia due to *Xanthomonas* species and non *Pseudomonas* species: Increasing incidence of catheter related infections. *Medicine* (Baltimore) 1990;69:296-306.
2. Soriano V, Valencia E, Alba A, González-Lahoz J. Endocarditis por *Xanthomonas maltophilia* en un paciente con SIDA. *Med Clin* 1994;102: 309.
3. Denton M, Kerr KG. Microbiological and Clinical Aspects of Infection Associated with *Stenotrophomonas maltophilia*. *Clin Microbiol Rev* 1998;11:57-80.
4. Gutierrez Rodero F, Masia MM, Cortes J, Ortiz de la Tabla V, Mainar V, Vilar A. Endocarditis caused by *Stenotrophomonas maltophilia*: Case

- report and review. Clin Infect Dis 1996;23:1261-5.
5. Shimoni S, Abend Y, Shimon A, Landau Z, Caspi A. *Stenotrophomonas maltophilia* endocarditis following dental treatment in a previous healthy patient. J Infect 1998;37:305-6.
 6. Muder RR, Harris AP, Muller S, Edmond M, Chow JW, Papadakis K, et al. Bacteremia due to *Stenotrophomonas (Xanthomonas) maltophilia*: A prospective, multicenter study of 91 episodes. Clin Infect Dis 1996;22:508-12.
 7. Vartivarian SE, Papadakis K, Anaissie EJ. Outcome of *Stenotrophomonas (Xanthomonas) maltophilia* infections in cancer patients. Presented at the 37th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, Ontario, Canada, Sept 28–Oct 1, 1997.