

*Endocarditis por Corynebacterium
pseudodiphtheriticum*

Sr. Editor: Las corinebacterias o difteroides son bacilos grampositivos



Figura 1. Ecocardiograma transesofágico que muestra una pequeña vegetación sobre la valva anterior de la válvula mitral (flecha).

comensales de piel y mucosas y frecuentes contaminantes de los medios de cultivo. Sin embargo, en los últimos años se ha demostrado el poder patógeno de las más de 20 especies del género y su participación en infecciones de diverso tipo. Se presenta el caso de una paciente diagnosticada de endocarditis infecciosa por *Corynebacterium acterium* y *C. pseudodiphtheriticum*.

Mujer de 62 años con el antecedente de valvulopatía reumática mitroaórtica, y portadora de prótesis aórtica desde hacía 6 años. Acudió a urgencias por un cuadro de 48 h de evolución de fiebre elevada con sudoración profusa, malestar general, astenia y artromialgias generalizadas. Se le extrajeron 2 hemocultivos, y fue remitida a su domicilio con antitérmicos y levofloxacino durante 7 días. La paciente ingresó 20 días más tarde por persistir la sintomatología. En la exploración física destacaba la presencia de un soplo sistólico grado III/IV en foco mitral. No había signos de insuficiencia cardíaca ni estigmas de endocarditis infecciosa. Analíticamente existía una leve leucocitosis con neutrofilia y una VSG de 64 mm/h, sin otras alteraciones relevantes. En el ecocardiograma transtorácico y transesofágico (fig. 1) se encontró una prótesis aórtica normofuncionante y una imagen filiforme móvil sobre la valva anterior de la válvula mitral con ligera insuficiencia valvular. En los 2 hemocultivos realizados a su ingreso, así como en los dos que se

obtuvieron 20 días antes, se aisló *C. pseudodiphtheriticum*, cepa sensible a betalactámicos, glucopéptidos y aminoglucósidos (la identificación se realizó con el sistema API-Coryne [bio-Mérieux®]) y para el estudio de sensibilidad se utilizó el método disco-placa en medio de agar sangre). La enferma era alérgica a penicilina y recibió tratamiento con vancomicina durante 4 semanas, asociada a gentamicina las 2 primeras. La evolución fue favorable, sin necesidad de intervención quirúrgica, quedando afebril a las 48 h del inicio del tratamiento.

Las corinebacterias son una causa poco frecuente de endocarditis infecciosa estimándose que son responsables del 0,2-0,4% de los casos sobre válvulas nativas, del 9% de las protésicas precoces y del 4% de las protésicas tardías^{1,2}. Las especies implicadas con más frecuencia son *C. diphtheriae* no toxigenica, *C. jeikeium* y *C. pseudodiphtheriticum*³. La infección ocurre generalmente en pacientes inmunodeprimidos, en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), en alcohólicos y en pacientes con prótesis valvulares o enfermedad valvular previa^{3,4}.

Aunque globalmente se pueda considerar como una infección más propia de válvulas protésicas, la proporción real entre endocarditis nativas y protésicas varía según la especie concreta de corinebacteria implicada. De hecho, de los 19 casos publicados hasta la fecha de endocarditis infecciosa por *C. pseudodiphtheriticum*^{5,6}, diez (53%) han sido sobre válvulas nativas. En

nuestro caso, ante el aislamiento repetido de *C. pseudodiphtheriticum* en los hemocultivos en una paciente con una prótesis valvular aórtica se realizó el ecocardiograma con la sospecha inicial de endocarditis infecciosa sobre la válvula protésica. Curiosamente, la vegetación asentaba en la válvula mitral nativa, si bien se trataba de una válvula previamente dañada, como ocurre en la mayoría de los casos³⁻⁵.

El tratamiento de la EI por *Corynebacterium* spp. no está totalmente establecido. Los casos publicados parecen indicar que el pronóstico con tratamiento exclusivamente médico es mejor cuando la válvula afectada es nativa. Entre los 9 casos descritos de endocarditis protésicas por *C. pseudodiphtheriticum*, sólo dos presentaron buena respuesta a antibioterapia sin necesidad de sustitución valvular, y la mortalidad global descrita en estos casos es del 56%. Por el contrario, ninguno de los 10 casos de endocarditis nativas requirió cirugía y la mortalidad en este grupo fue del 40%. En general, el tratamiento antibiótico recomendado es penicilina y gentamicina, combinación que parece tener un efecto sinérgico. La vancomicina sustituiría a la penicilina en los casos de alergia a betalactámicos, en las endocarditis protésicas y como tratamiento empírico inicial antes de conocer la especie concreta de corinebacteria implicada.

Queremos concluir reiterando que ante el aislamiento en hemocultivos de *Corynebacterium* spp. en pacientes con prótesis valvulares, enfermedad valvular previa o ADVP debe siempre considerarse su significación patógena, a pesar de que estos microorganismos puedan ser contaminantes habituales del laboratorio.

Maria Rivero, Carmen Quereda, Pilar Martín-Dávila, José Luis Moya, Enrique Navas y Santiago Moreno
Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Ramón y Cajal.
Ctra. de Colmenar Viejo, km 9,1.
28034 Madrid. España.

Bibliografía

- Wilson WR, Danielson GK, Giuliani ER, Geraci JE. Prosthetic valve endocarditis. Mayo Clin Proc 1982;57:155-61.
- Berbari EF, Cockerill FR, Steckelberg JM. Infective endocarditis due to unusual or fastidious microorganisms. Mayo Clin Proc 1997; 72:532-42.

3. Petit PL, Bok JW, Thompson J, Buiting AG, Coyle MB. Native-valve endocarditis due to CDC coryneform group ANF-3: report of a case and review of corynebacterial endocarditis. *Clin Infect Dis* 1994;19:897-901.
4. Prada JL, Villanueva JL, Torre-Cisneros J, Anguita M, Escauriaza J, Sánchez-Guijo P. Endocarditis por *Corynebacterium no diphtheriae*. Presentación de 7 casos y revisión. *Enferm Infect Microbiol Clin* 1993;11:536-41.
5. Morris A, Guild I. Endocarditis due to *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*: Five case reports, review, and antibiotic susceptibilities of nine strains. *Rev Infect Dis* 1991;13:887-92.
6. Wilson ME, Shapiro DS. Native valve endocarditis due to *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*. *Clin Infect Dis* 1992;15:1059-60.