

Antonio Sampedro, Javier Rodríguez-Granger*, Jorge Cabrera y Pablo Mazuelas

Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

doi:10.1016/j.eimc.2009.04.012

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javierm.rodriguez.sspa@untadeandalucia.es (J. Rodríguez-Granger).

Endocarditis por *Streptococcus bovis* en las 4 válvulas nativas. A propósito de un caso

Streptococcus bovis endocarditis in the four native valves. A case description

Sr. Editor:

El *Streptococcus bovis* es un coco grampositivo que produce bacteriemias y endocarditis en adultos, y es el causante del 6% de las endocarditis estreptocócicas en EE. UU.¹. No es raro que cuando causa endocarditis participen varias válvulas, pero la afectación de todas ellas es excepcional.

Se presenta el caso de un paciente con endocarditis infecciosa por *S. bovis* y afectación de las 4 válvulas cardíacas naturales.

Se trata de un varón de 70 años de edad con antecedentes personales de hepatopatía crónica por etilismo hasta 2 años antes y cólicos nefríticos izquierdos, sin historia previa de afectación cardíaca ni antecedentes de drogadicción i.v.

Ingresa en el hospital en julio de 2007 con una historia de 2 meses de evolución de episodios intermitentes de fiebre (hasta 38 °C), astenia y pérdida de 8 kg de peso en los últimos 3 meses. Los análisis (bioquímica, hemograma y coagulación) son normales, con el único hallazgo de microhematuria.

Se inicia estudio ambulatorio del síndrome constitucional con realización de TC toracoabdominopélvica, gastroscopia y broncoscopia, que fueron normales. Una colonoscopia demuestra 6 pólipos en sigma y colon descendente, que se extirpan con resultado anatomopatológico de adenomas hiperplásicos y un adenoma tubular.

El paciente persiste con astenia y febrícula intermitente, por lo que ingresa en el Servicio de Medicina Interna un mes más tarde. En los análisis se observa hiponatremia (129,4 mEq/l), hemoglobina (11,1 g/dl), proteína C reactiva (77,21 mg/dl) y velocidad de sedimentación globular (VSG) de 43 mm/h. En la radiología simple de tórax se observa un pinzamiento del seno costofrénico izquierdo. Se realizan urocultivos, con resultados negativos, y broncoaspirado (BAS) con baciloscopia y cultivo para micobacterias negativos. Tres hemocultivos resultan positivos para *S. bovis*, sensible a penicilina G (CMI=0,06 mg/l), amoxicilina, cefalosporinas, gentamicina (concentración inhibitoria mínima [CMI] < 500 mg/l), eritromicina, clindamicina y vancomicina.

Se realiza ecocardiograma transtorácico en el que se observan verrugas en válvula aórtica con insuficiencia grave. Se inicia tratamiento con ceftriaxona (2 g/d i.v.) y gentamicina (240 mg/d i.v.).

Durante su estancia, el paciente presenta dolor torácico y abdominal, por lo que se realiza TC que confirma la presencia de fenómenos embólicos en los pulmones y el bazo. Se repite el ecocardiograma, esta vez transesofágico, con el hallazgo de vegetaciones en las válvulas mitral, aórtica, tricuspídea y pulmonar e insuficiencias aórtica, mitral y tricuspídea moderada. Los hemocultivos se habían negativizado. Se aprecian anemia microcítica, VSG de 72 mm/h, proteína C reactiva de 18,02 mg/dl y procalcitonina < 0,5 ng/ml.

Se realiza intervención quirúrgica (día+34 de tratamiento antibiótico) con colocación de prótesis aórtica y mitral (mecánicas) y anuloplastia tricuspídea con colocación de anillo protésico. Tras la intervención (cultivo de válvulas negativo) sigue tratamiento antibiótico con ceftriaxona (2 g/día i.v.) y se sustituye la gentamicina por rifampicina (600 mg/día v.o.), que se mantienen durante 35 días. Con posterioridad, se realiza un nuevo ecocardiograma de control, informado como prótesis aórtica y mitral normofuncionantes, anillo tricúspide protésico con insuficiencia leve (presión sistólica arteria pulmonar [PSAP] de 45 mmHg), verruga endocárdica en válvula pulmonar sin alteración hemodinámica e hipoquinesia septal del ventrículo izquierdo con función conservada (FE del 65%).

El paciente permanece asintomático y se le da el alta. Un año después está vivo, con NYHA funcional clase I. Se le han hecho colonoscopias de control y continúa en seguimiento de su enfermedad colónica. En la última ecocardiografía (mes+9 tras intervención) presentaba una pequeña zona engrosada en la válvula pulmonar con insuficiencia leve sin estenosis.

La endocarditis infecciosa continúa representando un importante problema médico, a pesar de los avances tanto en medios diagnósticos como terapéuticos. Según algunas series, en los últimos años se ha observado un aumento de los casos de endocarditis por *S. bovis*. Este aumento parece tener ciertas peculiaridades geográficas al ser más notable en los países del sur de Europa¹. La endocarditis por *S. bovis* tiene otras particularidades, como su propensión a producir vegetaciones más grandes y a afectar simultáneamente varias válvulas^{2–4}, como en este caso, donde se afectaron las 4; a pesar de esto, la evolución suele ser buena. En la búsqueda realizada (utilizando los términos “*Streptococcus bovis*”, “endocarditis”, “polivalvular”, “multivalve”) en las bases de datos PubMed, Cochrane, Trip database y Medline, sólo hemos encontrado un caso de endocarditis por *S. bovis* con afectación de las 4 válvulas⁵.

Otra particularidad es su frecuente asociación con tumores en el colon (hasta en un 16–32% de los pacientes en que se realiza seguimiento)⁶. Se considera a los pacientes con bacteriemia/endocarditis por *S. bovis* de alto riesgo de presentar neoplasias de colon, por lo que se recomienda su estudio y posterior seguimiento. Otras asociaciones conocidas con este tipo de endocarditis son la presencia de cáncer de esófago y estómago, el adenocarcinoma pancreático, la enfermedad hepática³, la edad avanzada^{1–4} y la alta frecuencia de fenómenos embólicos^{1–3}; alguna de estas circunstancias cumplía también el paciente presentado.

Se trata, por tanto, de un caso de endocarditis infecciosa por *S. bovis* en un paciente de 70 años, con afectación de las 4 válvulas cardíacas nativas, hecho muy infrecuente, con muy buena evolución y asociado a pólipos de colon.

Bibliografía

1. Hoen B, Chirouze C, Cabell CH, Selton-Suty C, Duchêne F, Olaison L, et al. Emergence of endocarditis due to group D streptococci: Findings derived from the merged database of the International Collaboration on Endocarditis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2005;24:12–6.

2. Kupferwasser I, Darius H, Müller AM, Mohr-Kahaly S, Westermeier T, Oelert H, et al. Clinical and morphological characteristics in *Streptococcus bovis* endocarditis: A comparison with other causative microorganism in 177 cases. *Heart*. 1998;80:276–80.
3. Tripodi MD, Adinolfi LE, Ragone E, Durante E, Fortunato R, Iarussi D, et al. *Streptococcus bovis* endocarditis and its association with chronic liver disease: An underestimated risk factor. *Clin Infect Dis*. 2004;38:1394–400.
4. Pergoal V, Di Salvo G, Habib G, Avierinos JF, Philip E, Vailloud JM, et al. Comparison of clinical and echocardiographic characteristics of *Streptococcus bovis* endocarditis with that caused by other pathogens. *Am J Cardiol*. 2001;88:871–5.
5. Bassetti M, Secchi G, Borziani S, Melica G, Cassottana A, Martinelli L, et al. Successful treatment of four- valve native endocarditis caused by *Streptococcus bovis*. *Int J Cardiol*. 2004;97:159–60.
6. Ruoff KL, Miller SI, Garner CV, Ferraro MJ, Calderwood SB. Bacteremia with *Streptococcus bovis* and *Streptococcus salivarius*: Clinical correlates of more accurate identification of isolates. *J Clin Microbiol*. 1989;27:305–8.

Fernando Abadía^a, Iker García^b, Evelia Ojeda^b y Miguel Ángel Goenaga^{a,*}

^a *Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España*

^b *Servicio de Medicina Interna del Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aarceb@meditex.es (M.A. Goenaga).

doi:10.1016/j.eimc.2009.04.011