

CARTAS CLÍNICAS

Endocarditis sobre válvula tricúspide secundaria a celulitis



Tricuspid valve endocarditis secondary to cellulitis

La endocarditis infecciosa tricuspídea es frecuente en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), y constituye el 35-60% de las endocarditis en este tipo de pacientes¹. Sin embargo, su diagnóstico es muy infrecuente en pacientes no drogadictos y sin cardiopatía predisponente, siendo pocos los casos descritos en la literatura.

Presentamos el caso de un paciente varón de 65 años, fumador de un paquete al día y bebedor moderado, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia sin tratamiento farmacológico, vitiligo y bocio difuso eutiroideo. Negaba consumo de drogas o manipulación dental reciente. La semana previa al ingreso comenzó con edema y eritema a nivel de tobillo izquierdo sin fiebre. Unos días después sufre disnea progresiva hasta reposo. Acude a urgencias febril, taquicárdico, taquipneico y normotenso. Mal perfundido y algo deshidratado. No se encontraban adenopatías ni signos meníngeos, así como tampoco estigmas cutáneos de endocarditis ni marcas de venopunción. Presentaba roncus y sibilancias en la auscultación pulmonar con hipoventilación en ambas bases. Sin soplos cardiacos audibles. En la extremidad inferior izquierda se observaban signos de celulitis. Entre las pruebas complementarias destacaba leucocitosis con desviación izquierda, hemoglobina 10,5 g/dl, glucemia 311 mg/dl, urea 161 mg/dl, creatinina 2,44 mg/dl, PCR 14,8 mg/dl, procalcitonina 6,7 ng/ml, lactato 23,7 mg/dl, 6 hematíes en el sedimento de orina, y gasometría arterial indicativa de insuficiencia respiratoria parcial con alcalosis respiratoria. La radiografía de tórax (fig. 1) mostraba condensaciones parcheadas bilaterales y el electrocardiograma taquicardia sinusal. Así mismo se realizó una ecografía-Doppler del miembro inferior izquierdo que descartó trombosis venosa profunda. Ante la sospecha inicial de sepsis grave secundaria a celulitis o neumonía, ingresó en la unidad de cuidados intensivos con oxigenoterapia a alto flujo, control hídrico exhaustivo y antibioterapia empírica, atendiendo el probable foco de infección (clindamicina y linezolid). Experimentó mejoría inicial, pero posteriormente sufre nuevos picos febriles. En los hemocultivos se aisló un *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina (SASM), por lo que se cambió la pauta antibiótica a cloxacilina 2 g cada 4 h y

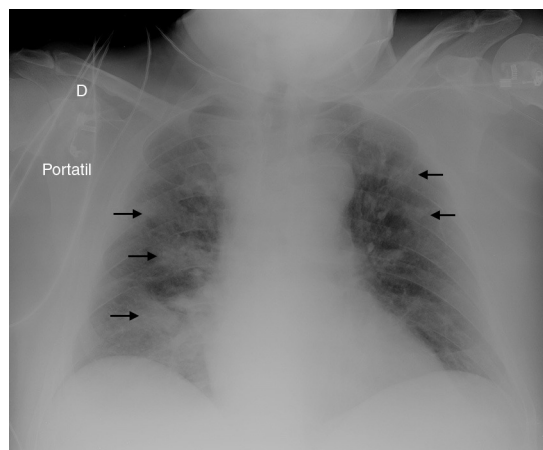


Figura 1 Infiltrados alveolares bilaterales.

gentamicina 80 mg cada 8 h. Además se observaba artritis en primera articulación interfalángica del 2.º dedo de la mano izquierda y osteomielitis en el pie izquierdo por resonancia magnética nuclear, cuya punción también confirmó SASM. Ante la sospecha de endocarditis infecciosa se realizó un ecocardiograma transtorácico y otro transesofágico, observándose en ambas pruebas una gran vegetación tricuspídea con insuficiencia tricuspídea severa. Sin evidencia de vegetaciones en el resto de válvulas ni comunicaciones intracardiacas. También se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal (fig. 2), que evidenció



Figura 2 TAC torácico. Infiltrados nodulares y derrame pleural.

condensaciones algodonosas parcheadas con broncograma aéreo de predominio en campos superiores y derrame pleural bilateral. Se completó tratamiento con gentamicina durante 2 semanas, manteniendo la cloxacilina 4 semanas, con buena respuesta, sin precisar abordaje quirúrgico de la válvula, aunque sí limpieza quirúrgica en varias ocasiones de la osteomielitis en calcáneo y astrágalo izquierdos.

La endocarditis tricuspídea en pacientes no ADVP y sin cardiopatía predisponente es poco frecuente. La infección localizada en las válvulas cardíacas derechas aparece entre el 5 y 10% de todos los casos de endocarditis infecciosa, y casi siempre se asocia a drogadicción parenteral². Con mucha menor frecuencia acontece en pacientes no adictos como complicación de catéteres intravasculares permanentes o infecciones genitales o cutáneas³ no tratadas, como sucedió en este paciente. Otros factores predisponentes conocidos son consumo crónico de alcohol, quemaduras extensas, situaciones de inmunodeficiencia o cardiopatías congénitas.

La endocarditis infecciosa sobre válvula tricúspide nativa aislada en adultos no ADVP suele desarrollarse sobre la 5.^a-6.^a décadas de la vida y en la mayoría de los casos hay condiciones médicas subyacentes⁴. Desde el punto de vista etiológico, el *Staphylococcus aureus*⁵ es el patógeno más común. Su adquisición en la comunidad se asocia con una rápida progresión y, a menudo, se complica con insuficiencia respiratoria. En cuanto a la presentación clínica aparece como fiebre persistente, asociada a manifestaciones pulmonares, anemia y microhematuria, que constituye el síndrome tricuspídeo⁶. Aproximadamente el 50% de los pacientes presenta infiltrados pulmonares al diagnóstico, que afecta predominantemente a lóbulos inferiores. Destaca la ausencia de estigmas periféricos de endocarditis y de soplos cardíacos (el soplo de regurgitación tricuspídea no se suele detectar al inicio debido a que comunica cámaras de baja presión). En este caso, mediante la realización de varios ecocardiogramas se descartó la afectación de válvulas izquierdas y de comunicaciones intracardiacas, por lo que pensamos que la artritis del dedo no corresponde a un embolismo sistémico y probablemente sea secundario a la bacteriemia inicial. La positividad de los hemocultivos y la detección de vegetaciones mediante un ecocardiograma, preferentemente transesofágico, constituyen las pruebas diagnósticas por excelencia⁷.

En cuanto al tratamiento⁸, varios estudios han demostrado los beneficios de la asociación de un betalactámico, en este caso cloxacilina, con un aminoglucósido, por su acción sinérgica. El régimen aminoglucósido más glucopéptido es menos eficaz en el SAMS, ya que el glucopéptido tiene una actividad intrínseca menor frente al estafilococo que la cloxacilina. Por lo que se debería reservar para estafilococos resistentes a meticilina.

El pronóstico es bueno, y a menudo se resuelve con tratamiento antibiótico. Sin embargo se debe considerar cirugía cuando hay fallo cardíaco severo, sepsis persistente, o bien el tamaño de la vegetación es superior a 2 cm⁹, ya que la penetración del antibiótico se reduce.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Sandre RM, Shafran SD. Infective endocarditis: Review of 135 cases over 9 years. *Clin Infect Dis*. 1996;22:276-86.
2. Akinosoglou K, Apostolakis E, Marangos M, Pasvol G. Native valve right sided infective endocarditis. *Eur J Intern Med*. 2013;24:510-9.
3. Castillo JC, Anguita MP, Torres F, Siles JR, Mesa D, Vallés F. Factores de riesgo asociados a endocarditis sin cardiopatía predisponente. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:304-7.
4. Varona JF, Guerra JM. Endocarditis infecciosa aislada de la válvula tricúspide en paciente no adicto a drogas y sin cardiopatía previa predisponente. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:993-6.
5. Negi SI, Anand A. Widespread systemic embolization with isolated tricuspid valve endocarditis. *Heart Lung*. 2012;41:387-9.
6. Revilla A, López J, Villacorta E, Gómez I, Sevilla T, del Pozo MA, et al. Endocarditis derecha aislada en pacientes no adictos a drogas por vía parenteral. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1253-9.
7. Perelló R, Supervía A, Aguirre A, Knobel H. Endocarditis infecciosa tricuspídea en paciente sin factores predisponentes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:507-13.
8. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, Fowler Jr VG, Bolger AF, Levison MEET-AL, Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia; American Heart Association; Infectious Diseases Society of America. Infective endocarditis: Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: a statement for healthcare professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association: endorsed by the Infectious Diseases Society of America. *Circulation*. 2005;111:e394-433.
9. Weymann A, Schmack B, Rosendal C, Rauch H, Karck M, Tochtermann U, et al. Tricuspid valve endocarditis with septic pulmonary emboli in drug addict. *Ann Thoracic Cardiovasc Surg*. 2012;18:481-4.

A. Peña-Irún^{a,*} y A.R. González-Santamaría^b

^a Centro de Salud El Sardinero, Santander, Cantabria, España

^b Servicio de urgencias extrahospitalarias, 061, Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaro290475@hotmail.com (A. Peña-Irún).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.02.004>