

3. Fahal IH, Williams PS, Clark RE, Bell GM. Thrombotic thrombocytopenic purpura due to rifampicin. BMJ. 1992;304:882.
4. Lee CH, Lee CJ. Thrombocytopenia—a rare but potentially serious side effect of initial daily and interrupted use of rifampicin. Chest. 1989;96:202-3.
5. Aitken P, Zaidi SM. Cefuroxime-induced thrombocytopenia. Postgrad Med J. 1996;72:757-8.
6. Ficha técnica Tavanic [consultado 3 Nov 2011]. Disponible en: <https://sinaem4.aged.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=62065&formato=pdf&formulario=FICHAS>
7. Alvarez Arroyo L, Perdiguero Gil M, Climent Grana E, Ordovás Baines JP. [Severe levofloxacin-induced thrombocytopenia]. Farm Hosp. 2007;31:253-4.
8. Salloum R, Liu CY, Weise AM. Possible case of levofloxacin-induced thrombocytopenia. Am J Health Syst Pharm. 2011;68:43-6.
9. Polprasert C, Prayongratana K. Levofloxacin-induced severe thrombocytopenia. J Med Assoc Thai. 2009;92:s69-71.

Carmen Sanclemente-Ansó*, Krystel Mojica-Poveda, Cristina Capdevila-Aguilera y Ramón Pujol-Farriols

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: csanclemente@bellvitgehospital.cat (C. Sanclemente-Ansó).

doi:10.1016/j.regg.2012.02.011

Endocarditis por *Stenotrophomonas maltophilia* en válvula aórtica bicúspide

Stenotrophomonas maltophilia endocarditis of bicuspid aortic valve

Sr. Editor:

La *Stenotrophomonas maltophilia* (*S. maltophilia*), antes denominada *Pseudomonas maltophilia*, es la única especie del género *Stenotrophomonas*¹. Es un bacilo gramnegativo aerobio, no fermentador de glucosa y móvil. Aunque ubicuo en el medio ambiente (ríos, pozos, animales, plantas, etc.), por su baja virulencia no suele producir infecciones de origen comunitario en pacientes previamente sanos. Infecta preferentemente a pacientes inmunodeprimidos, con enfermedad respiratoria crónica, a aquellos con estancias hospitalarias prolongadas, antibioterapia de amplio espectro, especialmente con un carbapenem² o sometidos a múltiples manipulaciones. Se le considera un patógeno nosocomial emergente. La manifestación clínica más frecuente es la neumonía y con menor frecuencia produce endocarditis. A su vez, la endocarditis por *S. maltophilia* es una causa rara de endocarditis y es más frecuente sobre válvulas protésicas³. Afecta a las válvulas nativas preferentemente en usuarios de drogas por vía parenteral^{2,4}. A continuación presentamos un caso de endocarditis infecciosa adquirida en la comunidad por *S. maltophilia* sobre válvula nativa.

Varón de 82 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)-patrón mixto leve, aneurisma de aorta ascendente, valvulopatía aórtica (doble lesión ligera con calcificación valvular) y fibrilación auricular permanente, en seguimiento ambulatorio. Sin hospitalizaciones previas ni tratamientos invasivos, realizaba tratamiento con acenocumarol, diltiazem 300 mg/24 h y valsartán 160 mg/24 h. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel: 100)⁵, sin deterioro cognitivo (grado 0 de la escala de la Incapacidad Mental de la Cruz Roja [CRM])⁶ y no institucionalizado. Había recibido azitromicina 500 mg × 3 días por cuadro de tos con expectoración purulenta, fiebre de 38 °C, astenia y anorexia de 4 días de evolución. La exploración física resultó anodina, la radiografía de tórax había descartado patrón neumónico e insuficiencia cardíaca y la analítica mostraba ligera leucocitosis con neutrofilia (11.000 leucocitos, 82% neutrófilos), sin otros hallazgos anómalos.

A los 12 días de finalizar el tratamiento, consultó nuevamente por persistencia de los síntomas iniciales, evidenciando en la auscultación un soplo sistólico y diastólico en foco aórtico; en la analítica: leucocitos 14.700 (88% neutrófilos), bilirrubina total 1 mg/dL, GOT 49 U/L, GPT 53 U/L, LDH 424 U/L, VSG 58 mm, con radiografía de tórax sin afección aguda. Se recogieron hemocultivos, resultando los tres positivos para *S. maltophilia*. El ecocardiograma transtorácico no fue concluyente para endocardi-

tis y se instauró tratamiento parenteral, según antibiograma, con amoxicilina/clavulánico 2 g/6 h asociado a sulfametoxazol/trimetoprim (800/160 mg), dos viales/6 h. El paciente fue remitido a nuestro centro para realización de ecocardiograma transesofágico (ETE) por sospecha de endocarditis infecciosa por *S. maltophilia*. El ETE reveló una válvula aórtica bicúspide del tipo común, con degeneración fibrótica, levemente estenótica y con regurgitación de grado moderado. Sobre ella se asentaba una imagen compatible con vegetación de tamaño grande (19 mm × 11 mm), muy móvil y adicionalmente una imagen compatible con pequeño absceso perivalvular (fig. 1). Asimismo se comprobó la presencia de una severa dilatación de la aorta ascendente (diámetro máximo: 61 mm). Rechazada la cirugía por el paciente, se realizó nuevo ETE de control a los 11 días de iniciado el tratamiento con resultados similares al previo. Se evidenció regresión de la leucocitosis, normalización de parámetros de función hepática y aunque se mantenía apirético, la VSG y la proteína C reactiva (PCR) persistían elevadas (105 y 102 respectivamente). La tomografía axial computarizada toracoabdominal no evidenció embolismos sépticos ni datos de neoplasia.

Posteriormente, y aunque se objetivó descenso de PCR, se modificó el tratamiento por trombocitopenia progresiva atribuida a toxicidad del sulfametoxazol/trimetoprim (cotrimoxazol), rotando a meropenem 1 g/8 h asociado a piperacilina/tazobactam 4 g/500 mg/8 h, a los 22 días de iniciado el tratamiento previo y según el antibiograma. Cuatro días más tarde, el paciente autorizó la cirugía realizando la sustitución valvular aórtica por prótesis biológica, cierre del absceso perivalvular con parche de pericardio bovino y sustitución de la aorta ascendente por tubo de dacron. El día de la cirugía presentó fiebre de 37,8 °C y en los hemocultivos recogidos creció *Candida albicans*, iniciando tratamiento con fluconazol. La evolución postquirúrgica fue tórpida con fibrilación auricular rápida e insuficiencia cardíaca, pero con buena respuesta a antiarrítmicos y diuréticos. El control ecográfico confirmó normofunción de la bioprótesis aórtica sin regurgitación ni imágenes sugestivas de vegetaciones. Se mantuvo el tratamiento con meropenem, piperacilina/tazobactam y fluconazol durante 6 semanas postcirugía y se procedió al alta hospitalaria. Índice de Barthel al alta: 70, situación mental (CRM): grado 2.

A los 10 días del alta consultó en otro hospital por tos seca y disnea progresiva. No presentaba fiebre. Se realizó ecocardiograma transtorácico que confirmó normofunción de la prótesis y ausencia de vegetaciones. La radiografía de tórax descartó condensación neumónica y se inició tratamiento empírico con amoxicilina/clavulánico. Evolucionó a insuficiencia respiratoria y exitus.

En resumen, se trata de un caso de endocarditis por germen emergente en un paciente previamente sano y sobre válvula nativa. Este germen, la *S. maltophilia* es intrínsecamente resistente a la mayoría de los antimicrobianos¹, especialmente a betalactámicos

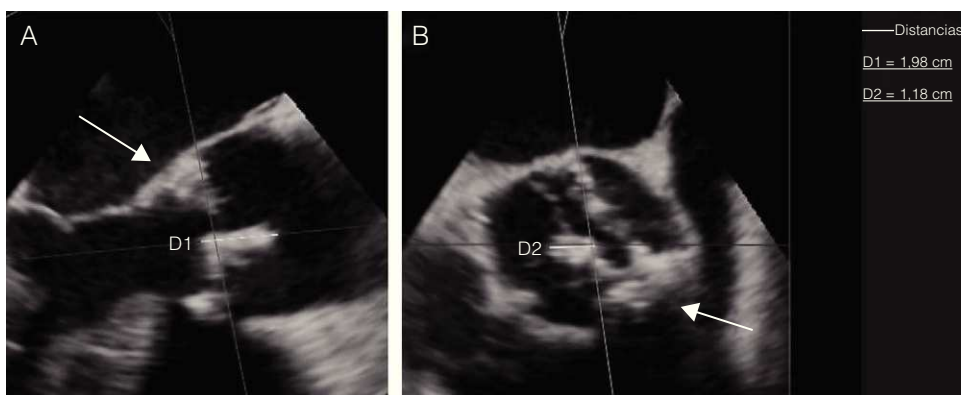


Figura 1. Ecocardiograma transesofágico a nivel del plano valvular aórtico con imágenes obtenidas en sístole: A) longitudinal, y B) transversal. Se muestra imagen compatible con vegetación de 19×11 mm. En el plano transverso se aprecia la apertura característica de la válvula aórtica bicúspide. Las flechas señalan la imagen de absceso.

y aminoglucósidos. Por ello, el cotrimoxazol, a la máxima dosis tolerada, es el tratamiento de elección, preferiblemente asociado a ticarcilina-clavulánico⁷. Esta asociación también se aconseja de forma empírica hasta disponer del antibiograma. Con respecto a la indicación de tratamiento quirúrgico, en las guías de práctica clínica⁸ se contempla que la coexistencia de vegetaciones grandes (definidas como más de 10 mm), así como la existencia de absceso, constituyen una indicación clase I, nivel de evidencia C, para cirugía valvular urgente.

En nuestro caso, el paciente rechazó inicialmente la cirugía, la elección del tratamiento antibiótico se realizó en función del antibiograma y consideramos como factor predisponente para la endocarditis el antecedente de válvula aórtica bicúspide disfuncionante en paciente con EPOC. Por razones injustificadas la válvula extraída no fue cultivada y se estableció el diagnóstico de endocarditis infecciosa definitiva aplicando los criterios modificados de Duke⁹.

Bibliografía

1. Rosado D, Natera C, Rivero A, Torre-Cisneros J. Infecciones por bacilos gram-negativos no fermentadores (II): *Pseudomonas aeruginosa* y *Stenotrophomonas maltophilia*. *Medicine*. 2010;10:3482-8.
2. Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JE, Letang E, López-Suñé E. Guía de terapéutica antimicrobiana 2010. Barcelona: Antares; 2010. 365.
3. Carmona JA, Velasco MJ, Zambrana JL, Adarraga MD. Endocarditis tricuspídea por *Stenotrophomonas maltophilia* en un paciente sin factores de riesgo. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:357.
4. Candel FJ, López R, Valdivia A, Núñez MJ, Roca-Arbonés V, Picazo de la Garza JJ. Endocarditis por *Stenotrophomonas maltophilia*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2002;20:477-8.

5. Mahoney FI, Barthel DW. Function evaluation. The Barthel index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
6. Guillén F, García MA. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en Geriatría. *Rev Esp Gerontol*. 1972;7:339-46.
7. López R, Lado FL, Rodríguez I, Gamallo R, Lorenzo V, Rodríguez-Otero L. Endocarditis por *Stenotrophomonas maltophilia*: presentación de un caso y revisión de la literatura. *An Med Interna*. 2003;20:312-6.
8. Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Predegast B, Vilacosta I, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009). The Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*. 2009;30:2369-413.
9. Li SJ, Sexton DJ, Mick N, Nettles R, Fowler VG, Ryan T, et al. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis*. 2000;30:633-8.

Alicia Blanco Moure^{a,*}, Francisco Calvo Iglesias^b,
Gonzalo Pradas Montilla^c y Román Rodríguez Álvarez-Granada^d

^a Medicina Interna, Hospital Ntra. Sra. de Fátima, Vigo, España

^b Cardiología, Hospital Ntra. Sra. de Fátima, Vigo, España

^c Cirugía cardíaca, Hospital Ntra. Sra. de Fátima, Vigo, España

^d Unidad de Cuidados Intensivos, Cooperativa Sanitaria de Galicia (CO.SA.GA), Ourense, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alicia.blanco.moure@sergas.es
(A. Blanco Moure).

doi:10.1016/j.regg.2011.11.009