

### Endocarditis por *Mycoplasma hominis*

**Sr. Editor:** La endocarditis infecciosa por *Mycoplasma hominis* es extremadamente rara, sólo se han comunicado 7 casos hasta ahora<sup>1-6</sup>. A continuación, presentamos una endocarditis aórtica precoz sobre una válvula protésica biológica producida por *M. hominis* diagnosticada a raíz del desarrollo de insuficiencia aórtica grave secundaria a una disfunción valvular.

Paciente de 48 años con antecedentes de hidrocele intervenido, recambio valvular hacia 2 meses por estenosis aórtica grave, fibrilación auricular paroxística, ex tabaquismo y en tratamiento habitual con warfarina y atenolol. 15 días antes del ingreso comenzó con disnea de esfuerzo, ortopnea y episodios de disnea paroxística nocturna; 24 h más tarde desarrolló fiebre de 38,5 °C precedida de escalofríos, tos con esputos purulentos y ruidos respiratorios de vías bajas, por lo que acudió a su centro de salud, donde le prescribieron amoxicilina-clavulánico 500/125/v.o./mg/8 h durante 4 días y posteriormente moxifloxacina 400 mg/v.o./24 h, pero sólo tomó un comprimido. El paciente quedó apirético en 72 h, sin tos, ni ruidos respiratorios, pero con intensa disnea. Acudió a su cardiólogo, quien le realizó un ecocardiograma transtorácico, y observó insuficiencia aórtica grave por disfunción protésica sin imágenes sugerentes de vegetación, insuficiencia mitral y tricuspídea moderadas, hipertensión pulmonar grave, dilatación marcada de aurícula izquierda y patrón diastólico restrictivo. Fue derivado de forma urgente para ingreso e intervención quirúrgica a nuestro hospital. En las primeras 24 h de su ingreso desarrolló un cuadro de hemiparesia izquierda en el contexto de un episodio

de fibrilación auricular paroxística (sin poder descartar que no se debiera a un fenómeno embólico séptico), la cual se fue resolviendo de forma progresiva hasta su total recuperación. Le fue practicada una tomografía computarizada cerebral, que resultó normal. Con alta sospecha de endocarditis sobre válvula protésica precoz se obtuvieron hemocultivos, incluso sin fiebre, y se pautó de forma empírica vancomicina 1 g/i.v./12 h y gentamicina 5 mg/kg/i.v./24 h repartida en 3 tomas. Las cifras de leucocitos eran 12.940 cél/μl (72% de neutrófilos, 15,1% de linfocitos), VSG 12 mm la primera hora, resto de hemograma normal; urea 84 mg/dl, creatinina 1,78 mg/dl, electrolitos normales. Se le practicó un nuevo ecocardiograma, este vez transesofágico, en el que se observaba dehiscencia de la prótesis biológica en la región media del anillo y regurgitación aguda, insuficiencia mitral y tricuspídea ligera, presión arterial pulmonar normal. Al cuarto día de ingreso se le efectuó recambio valvular e implante de una prótesis metálica de Sorin Overline de 22 mm de diámetro, con tiempos de clampaje y bomba de 1,5 h. La válvula extraída estaba desestructurada, sin clara lesión sugerente de vegetación. Tras la intervención se añadió al tratamiento anterior cefepima 2 g/i.v./12 h. Los hemocultivos a las 48 h fueron negativos y se pidió al servicio de Microbiología que los dejaran para larga incubación, además, se le solicitó serología de *M. pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, fiebre Q, *Bartonella henselae*, *Brucella* y *Legionella pneumophila*, que fueron también negativas. A los 7 días de la intervención creció en el cultivo de la válvula *M. hominis* (el medio empleado fue un agar-sangre que contenía caldos cerebro-corazón, peptona, extracto de levadura y suero de algunos mamíferos como fuente de colesterol); se retiró el tratamiento previo y se pautó doxiciclina 100 mg/v.o./12 h y levofloxacina 500 mg/v.o./24 h durante 8 semanas. El enfermo permaneció afebril durante el tratamiento, y un año después, se encontraba asintomático y con buen funcionamiento de la válvula.

*M. hominis* es un microorganismo colonizador del tracto genital humano, se transmite por contacto sexual y no constituye un patógeno en la vagina adulta; se ha relacionado con la enfermedad pélvica inflamatoria, parto pretérmino<sup>7</sup> y, de forma excepcional, con endocarditis<sup>1-6</sup>. En cuanto al mecanismo patogénico de endocarditis por *M. hominis* parece ser nosocomial, secundario, posiblemente, a una bacteriemia provocada por instrumentalización de zonas colonizadas en el perioratorio y postoperatorio o durante la

cirugía, ya que las 6 endocarditis, inclusive la nuestra, se habían presentado en pacientes sometidos a recambio valvular hacia menos de 1 año<sup>1-4</sup>. El diagnóstico de una endocarditis por *M. hominis* es difícil de hacer, debido a la ineficacia del Gram para identificarlo, a su limitada capacidad biosintética y a la dificultad de su aislamiento en medio de cultivo; cuando crece sus colonias tienen aspecto de huevo frito de 0,3-0,6 nm, lo que impide visualizarlas a simple vista<sup>8</sup>. En la actualidad, se está empleando con éxito la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en la válvula extraída por su alta especificidad y sensibilidad<sup>1</sup>; en nuestro caso, el diagnóstico se alcanzó mediante cultivo de la válvula. Nosotros creemos que *M. hominis* debe considerarse como un agente etiológico de endocarditis con hemocultivos negativos<sup>2,6</sup> e implante de válvula protésica de menos de un año de evolución. En función de esto, y puesto que hay otros microorganismos como *Brucella*, *Coxiella burnetii*, *Chlamydia*, que son también causantes de endocarditis con hemocultivos negativos<sup>6</sup> para los cuales los antibióticos utilizados de forma empírica en la endocarditis no son útiles, creemos podría considerarse la posibilidad de añadir al tratamiento antibiótico empírico doxiciclina 100 mg/12 h/v.o., al menos hasta que se identificara el microorganismo, ya que el beneficio sería mayor. El tiempo de tratamiento y la vía de administración en una endocarditis por *M. hominis* no están claras, aunque sí parece necesario completar un ciclo de antibioterapia de 6-8 semanas junto con recambio valvular, según la mayoría de casos comunicados<sup>1-4</sup>; incluso uno de ellos necesitó trasplante cardíaco por insuficiencia cardíaca aguda debido a insuficiencia perivalvular recurrente, a pesar de doxiciclina durante 2 meses<sup>3</sup>. Por otra parte, puesto que doxiciclina es un antibiótico bacteriostático, y *Mycoplasma* es resistente a eritromicina<sup>9</sup>, decidimos añadir levofloxacina 500 mg/24 h/v.o. por su efecto bactericida y buena penetración en el biofilm<sup>10</sup>. Por último en cuanto al pronóstico, la evolución puede ser fatal si se pasa por alto el diagnóstico, ya que este patógeno no es sensible a los antibióticos administrados clásicamente en la endocarditis<sup>1</sup>.

C. Hidalgo-Tenorio<sup>a</sup>, J. Pasquau<sup>a</sup>, S. López-Checa<sup>b</sup> y M.A. López-Ruz<sup>a</sup>

Unidad de Enfermedades Infecciosas.  
<sup>a</sup>Servicios de Medicina Interna  
<sup>b</sup>Cirugía Cardiovascular. Hospital  
 Universitario Virgen de las Nieves.  
 Granada. España.

## Bibliografía

1. Fenollar F, Gauduchon V, Casalta JP, Lepidi H, Vandenesch F, Raoult D. *Mycoplasma* endocarditis: two case reports and a review. *Clin Infect Dis*. 2004;38:21-4.
2. Blasco M, Torres L, Marco ML, Moles B, Villuendas MC, García Moya JB. Prosthetic valve endocarditis caused by *Mycoplasma hominis*. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2000;19:638-40.
3. Disesa VJ, Sloss LJ, Cohn LH. Heart transplantation for intractable prosthetic valve endocarditis. *J Heart Transplant*. 1990;9:142-3.
4. Cohen JI, Sloss LJ, Kundsinn R, Golightly L. Prosthetic valve endocarditis caused by *Mycoplasma hominis*. *Am J Med*. 1989;86:819-21.
5. Popat K, Barnardo D, Webb-Peploe M. *Mycoplasma pneumoniae* endocarditis. *Br Heart J*. 1980;44:111-2.
6. Houpijian P, Raoult D. Blood culture-negative endocarditis in a reference center: etiologic diagnosis of 348 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2005;84:162-73.
7. Arya OP, Tong CY, Hart CA, Pratt BC, Hughes S, Roberts P, et al. Is *Mycoplasma hominis* a vaginal pathogen? *Sex Transm Infect*. 2001;77:58-62.
8. Brouqui P, Raoult D. Endocarditis due to rare and fastidious bacteria. *Clin Microb Rev*. 2001;14:117-207.
9. Dósa E, Nagy E, Falk W, Szóke I, Ballies U. Evaluation of the Etest for susceptibility testing of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum*. *J Antimicrob Chemother*. 1999;43:575-8.
10. Almeda FQ, Tenorio AR, Barkatullah S, Parrillo JE, Simon DM. Infective endocarditis due to *Haemophilus aphrophilus* treated with levofloxacin. *Am J Med*. 2002;113:702-4.