



Una endocarditis atípica

Francisco Bonache Bernal^a, Lucas Tojal Sierra^b,
Javier Rekondo Olaetxea^b,
M. Isabel Jimeno Martín^c, Miguel Corral Saracho^a,
Zeltia Valcarce González^a, Enara Carrizo Arana^{a,*},
Joseba Portu Zapirain^a

^a Medicina Interna, Hospital Universitario Araba,
Vitoria-Gasteiz, España

^b Cardiología, Hospital Universitario Araba,
Vitoria-Gasteiz, España

^c Nefrología, Hospital Universitario Araba,
Vitoria-Gasteiz, España

Correo electrónico: fran.bonache@gmail.com
(E. Carrizo Arana).

Justificación: A pesar de que los hemocultivos (HC) siguen siendo la piedra angular del diagnóstico de la endocarditis infecciosa (EI), hasta un 31% de las EI pueden presentarse con HC negativos, a menudo como consecuencia de un tratamiento antibiótico previo, pero a veces por etiologías menos frecuentes.

Objetivo: Exponer un caso clínico de EI con HC negativos del Hospital Universitario Araba.

Método: Varón, 58 años, fumador, SAHS severo y arteriopatía periférica. En tratamiento con IECA, estatina y clopidogrel.

Ingresa por posible infección urinaria con un síndrome nefrítico asociado (fracaso renal agudo con creatinina máxima de 4 mg/dl, proteinuria de hasta 1 g/24 h y microhematuria), además de plaquetopenia e hipocomplementemia, con anti-MPO y anti-PR3 positivos. Se aíslan 20.000 UFC/ml de *E. coli* (sensible a todos los antibióticos testados). Recibe 7 días de tratamiento antibiótico con cefalosporinas.

Diez días después reingresa (tras haber retirado antiagregación) de forma programada para realizar biopsia renal, de cara a confirmar posible glomerulonefritis.

Entonces reconoce llevar 3 días con ortopnea. Se le diagnostica de insuficiencia cardíaca (IC) aguda y se realiza ecocardiograma transtorácico, que objetiva verruga de 12 mm adosada al velo coronario derecho de la válvula aórtica e insuficiencia valvular severa. Se inicia ampicilina 12 g/día + cloxacilina 12 g/día + gentamicina 3 mg/kg/día (ajustando niveles estrechamente por insuficiencia renal) y, tras realizar ecocardiograma transesofágico que descartase otras complicaciones locales y coronariografía para descartar cardiopatía isquémica, se traslada a Cirugía Cardíaca del Hospital Basurto.

Resultados: Se interviene 48 h más tarde, realizándose sustitución valvular aórtica con colocación de prótesis mecánica REGENT SJM número 23.

Los HC x3 fueron negativos y de las serologías extraídas, resultaron negativas: ASLO, rosa de Bengala, *Mycoplasma* spp., *C. burnetti*,

Legionella spp. y *Aspergillus* spp. Así como la PCR de *T. whipplei* en saliva y heces, que también resultó negativa.

Sin embargo, la IgG frente a *B. henselae* positivizó a título 1/2.560, confirmándose el diagnóstico con PCR16S en válvula aórtica nativa positiva para *Bartonella* spp.

Se suspendieron ampicilina y cloxacilina y se instauró tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 h durante 4 semanas, manteniéndose gentamicina durante las 2 primeras semanas de tratamiento, con buena evolución y casi normalización de la función renal al alta.

La anatomía patológica de la biopsia renal resultó compatible con glomerulonefritis postinfecciosa.

Conclusiones: La endocarditis por *Bartonella* es una causa rara de EI con cultivos negativos, suponiendo un 9-10% de estas. Se trata de una bacteria de muy lento crecimiento que no es fácil aislar en cultivos y que precisa del diagnóstico serológico y sobre todo microbiología molecular. La evolución suele ser subaguda y el diagnóstico tardío, cuando el paciente ya presenta IC o embolismos sistémicos, como es nuestro caso.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.002>

Reimplante en uno vs en dos tiempos en endocarditis infecciosa asociadas a dispositivos de estimulación cardíaca (EIDEC)

I. López Montesinos^a, Arístides de Alarcón^{b,j},
J. Ruiz Morales^c, J. de la Torre Lima^d,
F.J. Martínez Marcos^e, C. Hidalgo Tenorio^f,
D. Vinuesa García^g, A. Plata Cíezar^h,
J. Gálvez Acebal^{i,j,*}

^a HU Virgen Macarena, Sevilla

^b HU Virgen del Rocío, Sevilla

^c HU Victoria, Málaga

^d H Costa del Sol, Marbella

^e HU Juan Ramón Jiménez, Huelva

^f HUV Nieves, Granada

^g HU San Cecilio, Granada

^h HU Carlos Haya, Málaga

ⁱ HU Virgen Macarena, Sevilla

^j IBIS/Universidad de Sevilla

Correo electrónico: inma.lpz@hotmail.com

(J. Gálvez Acebal).

Justificación: El manejo terapéutico de las EIDEC incluye la retirada del dispositivo. No obstante, existen incertidumbres en cuando a llevar a cabo el reimplante del nuevo dispositivo por el posible riesgo de reinfección.

Objetivos: 1) Describir las características de una cohorte de pacientes con EIDEC que se someten a extracción y reimplante del