

Prevalencia de valvulopatías y otros factores predisponentes en nuestra serie de endocarditis infecciosa



M.L. Fernández-Gassó, J.A. Giner-Caro*,
M.J. del Amor-Espín, B. Alcaraz-Vidal,
J.J. Martínez-Díaz, R. Rojano-Torres,
R.M. Soto Ruíz, M. Melero Nicolás,
I.A. García-Escribano García, S. Wasniewski

Hospital General Universitario Santa Lucía,
Cartagena, Murcia, España
Correo electrónico: Lucynandez@hotmail.com
(J.A. Giner-Caro).

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) es una patología que se presenta con una elevada morbimortalidad que con frecuencia se presenta en sujetos con afectación valvular significativa y en aquellos portadores de dispositivos endocavitarios, precisando de un manejo multidisciplinar precoz.

Objetivo: Analizamos los pacientes (p) con EI en nuestra área, centrándonos en los factores predisponentes para su desarrollo y estableciendo su relación con el pronóstico.

Método: Incluimos todos los casos de p hospitalizados de mayo de 2009 a febrero de 2017 por EI confirmada a partir del diagnóstico microbiológico, siempre que dispusiéramos de todos los datos clínicos pertinentes (especialmente, ocurrencia de la misma y evolución hospitalaria).

Resultados: Obtuvimos un total de 52 p, edad media 71 ± 11 años, 62% mujeres y con alta comorbilidad (Charlson ajustado por edad de 5 [3-7]). El 34,6% de los p presentaban como factor predisponente afectación aórtica con estenosis al menos moderada, el 9,6% insuficiencia y 3,8% doble lesión aórtica. La valvulopatía mitral se presentó en menor medida: un 15,4% con insuficiencia mitral, un 5,8% con estenosis y un 5,8% con doble lesión mitral. La mayor parte de las valvulopatías eran debidas a cambios degenerativos (59,6%). El 19,2% no presentaban valvulopatías significativas predisponentes, en el 13,5% la causa era reumática y en el 7,7%, congénita (presentado el 100% afectación valvular aórtica con predominio de la estenosis aórtica). Tan solo un p tuvo como factor predisponente la presencia de catéter intracavitario. La EI sobre cable de marcapasos se dio en el 9,6% de los p y sobre válvula protésica en el 21% (11,5% biológica y 9,6% mecánica). Los gérmenes más frecuentemente implicados fueron *S. aureus* (15 p [29%]), *E. faecalis* y otros enterococos (12 p [23%]), *S. epidermis* (7 p [13%]) y estreptococos del grupo *viridans* (7 p [13%]), que difieren un poco de los resultados del registro ICE-PLUS (en el que el germen más frecuentemente aislado fue el enterococo). La tasa de mortalidad hospitalaria global fue de 12/52 p (23%) y la mortalidad global en el seguimiento, de 25/52 p (48,1%).

Conclusiones: En nuestra serie, la valvulopatía predisponente mayoritaria fue la afectación valvular aórtica degenerativa. Pese a los continuos avances en el tratamiento médico y quirúrgico de esta enfermedad, la mortalidad de la EI se mantiene estable, con una tasa de mortalidad hospitalaria del 23% y global del 48,1% en nuestra serie, lo que remarca la necesidad de formación de grupos multidisciplinarios con experiencia en el manejo médico y quirúrgico de esta enfermedad.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.028>

Endocarditis por *Coxiella burnetti*: segundo caso en 6 años



M.J. del Amor Espín^a, J.A. Giner Caro^b,
B. Alcaraz Vidal^{c,*}, R. Jiménez Sánchez^d,
M. Viqueira González^a, N. Cobos Trigueros^c,
A. Ortín Freire^d, A. Jimeno Almazán^c,
R. Gutiérrez Cívicos^e, R. Rojano Torres^c

^a Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^c Servicio de Medicina Interna-Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General

Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^d Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General

Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

^e Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital General

Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

Correo electrónico: menfaes@hotmail.com

(B. Alcaraz Vidal).

Justificación: La infección crónica por *Coxiella burnetti* se presenta en el 1-5% de los casos y es, por tanto, una patología poco frecuente que no suele tenerse en consideración, pudiendo retrasar un diagnóstico de fiebre Q crónica de 12 a 24 meses. La manifestación clínica más frecuente es la endocarditis, que se diagnostica casi exclusivamente en pacientes con una afectación valvular previa, en pacientes trasplantados y en pacientes inmunodeprimidos.

Objetivo: Notificar un segundo caso de endocarditis por *Coxiella* en nuestro hospital al cabo de 6 años.

Material y métodos: Descripción de caso clínico, atendiendo a datos clínicos, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 50 años que refiere disnea de mínimos esfuerzos de un mes de evolución sin edemas en MMII. En urgencias se descartó TEP como causa de la disnea y en la TAC se evidenció cardiomegalia y aneurisma de aorta ascendente de 5 cm, por lo que se procedió a su ingreso en cardiología. En ningún momento presentó fiebre. Entre los antecedentes personales destacan factores de riesgo cardiovascular, hipertenso y exfumador desde hace 7 años, y una cardiopatía previa, soplo de valvulopatía aórtica conocido desde hace un par de años. Como exploraciones complementarias se realizó ECG y ecocardiograma, presentando el ECG ritmo sinusal, con crecimiento de cavidades izquierdas y alteraciones secundarias en la repolarización, mientras que el ecocardiograma mostró insuficiencia aórtica subaguda severa (FEVI 30%) e insuficiencia cardiaca secundaria a endocarditis con rotura de velo aórtico. Ante estos hallazgos se sospechó de probable endocarditis infecciosa (un criterio mayor y un criterio menor) sobre válvula nativa aórtica, procediendo al protocolo de estudio de endocarditis infecciosas. Tras el resultado negativo de los hemocultivos se realizó el estudio serológico de los diferentes patógenos implicados, resultando positiva la serología para *C. burnetti*. Por el método IFI se procedió a la titulación de fases de *Coxiella* (fase I y fase II), obteniendo titulaciones significativas en todas las inmunoglobulinas de fase I o crónica (IgG 1/3.200; IgA 1/800 e IgM 1/200). Tras estos resultados se inició tratamiento prolongado con doxiciclina y levofloxacino, y el paciente fue programado para sustitución valvular aórtica. Finalmente el paciente, tras la sustitución valvular, permanece estable con adecuada evolución.

Conclusiones: La endocarditis por fiebre Q es una entidad importante a considerar que se asocia a un alto índice de complicaciones severas que requieren intervención quirúrgica de sustitución valvular en las tres cuartas partes de los afectados. El diagnóstico de fiebre Q crónica debe considerarse en todos los pacientes con endocarditis y hemocultivo negativo, afectación val-