

Endocarditis pulmonar aislada sobre válvula nativa en un paciente anciano sin factores predisponentes

Matías Pérez-Paredes, José M. Ramos Rincón^a, Andrés Carnero Varo, Diego M. Giménez Cervantes, Rosa Blázquez Garrido^a y José A. Ruiz-Ros

Unidades de Cardiología y ^aEnfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

La endocarditis infecciosa aislada sobre válvula pulmonar nativa es una entidad clínica muy poco frecuente en pacientes sin factores predisponentes y no usuarios de drogas por vía parenteral. Presentamos el caso de un paciente de 75 años con un cuadro clínico subagudo de fiebre e infiltrados pulmonares cavitados ingresado en nuestro centro con sospecha inicial de tuberculosis pulmonar. La presencia de hemocultivos positivos para *Enterococcus faecalis* y la visualización por ecocardiografía transtorácica y transesofágica de una vegetación adherida a la válvula pulmonar condujeron al diagnóstico final.

Palabras clave: Endocarditis infecciosa. Válvula pulmonar.

(Rev Esp Cardiol 2001; 54: 402-404)

Isolated Pulmonary Valve Endocarditis in an Older Patient without Predisposing Factors

Isolated infective endocarditis in the native pulmonary valve is an unusual clinical entity in patients without predisposing factors and in non-intravenous drugs users. We present the case of a 75-year-old patient, with a subacute clinical picture of fever and pulmonary cavity nodules, admitted to our hospital with an initial suspected diagnosis of pulmonary tuberculosis. The presence of *Enterococcal* bacteremia in hemoculture and the documentation of a large vegetation in pulmonary valve by transthoracic and transesophageal echocardiography were key factors for final diagnosis.

Key words: Infective endocarditis. Pulmonary valve.

(Rev Esp Cardiol 2001; 54: 402-404)

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) derecha representa aproximadamente el 6% de los casos de endocarditis, y afecta de manera habitual a la válvula tricúspide o a las dos válvulas derechas. La endocarditis infecciosa pulmonar (EIP) aislada representa menos del 1,5% del total de las EI¹. La EIP se ha descrito fundamentalmente en pacientes usuarios de drogas por vía parenteral y asociada a la presencia de catéteres venosos centrales o cables de marcapasos, a la valvuloplastia pulmonar, a infecciones sistémicas y a enfermedades pulmonares congénitas intervenidas o no¹. La EIP aislada en pacientes sin factores predisponentes es excepcional, y únicamente se han recogido casos aislados en la bibliografía. Presentamos el caso de un paciente anciano con EIP por *Enterococcus faecalis* ingresado con la sospecha inicial de tuberculosis pulmonar tras

un cuadro clínico subagudo de fiebre e infiltrados pulmonares cavitados.

CASO CLÍNICO

Varón de 75 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, con un cuadro clínico de 2 meses de evolución de fiebre de grado moderado (38-38,5 °C) junto a tos no productiva, dolor pleurítico en el hemitórax derecho, astenia, anorexia, pérdida de 10 kg de peso y descompensación de las cifras de glucemia. El paciente había recibido dos ciclos de tratamiento antibiótico empírico ambulatorio con mejoría transitoria de los síntomas. Entre sus antecedentes no se objetivaron datos epidemiológicos de interés, hábitos tóxicos, ingresos previos ni instrumentalización médica.

A su llegada al servicio de urgencias el paciente presentaba fiebre con temperatura axilar de 38 °C. En la auscultación pulmonar se apreciaban roncus bilaterales y crepitantes en el hemitórax superior derecho, y en la auscultación cardíaca un soplo protosistólico I/VI en el foco pulmonar con un segundo ruido normal y soplo diastólico aspirativo corto. El resto de la exploración fue normal. Entre los datos analíticos destacaban: hemoglobina de 9,1 g/dl; VCM de 70 fl;

Correspondencia: Dr. M. Pérez-Paredes.
Unidad de Cardiología. Hospital Universitario Morales Meseguer.
Avda. Marqués de los Vélez, s/n. 30008 Murcia.
Correo electrónico: matiasperez@medynet.es

Recibido el 25 de abril del 2000.

Aceptado para su publicación el 22 de mayo del 2000.



Fig. 1. En la radiografía de tórax puede observarse un corazón de tamaño normal con una imagen de consolidación cavitada en el lóbulo superior derecho.

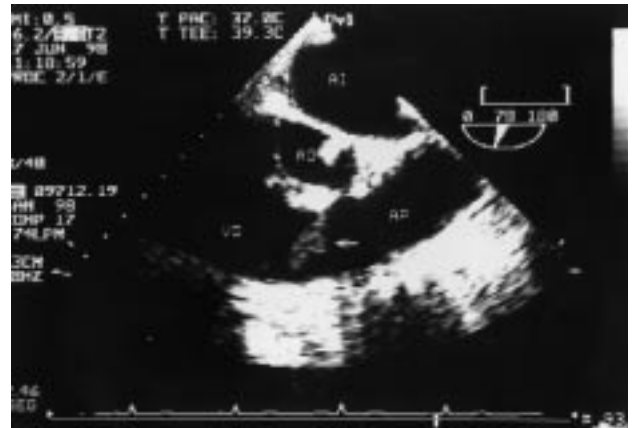


Fig. 2. Ecocardiograma transefágico: plano longitudinal del tracto de salida del ventrículo derecho, válvula pulmonar y arteria pulmonar en el que puede observarse una imagen correspondiente a una vegetación, de pedículo estrecho de 1,5 cm de diámetro mayor adherida a la válvula pulmonar.

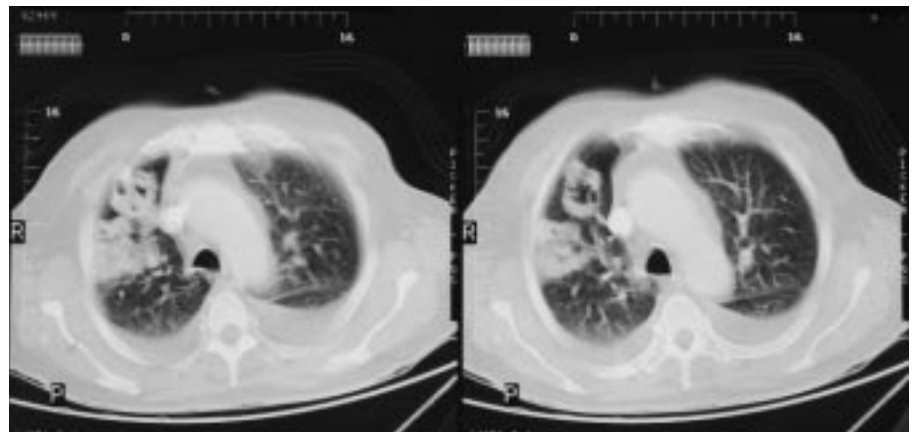


Fig. 3. Imagen de tomografía computarizada torácica en la que se observan un infiltrado cavitado parahiliar izquierdo y derrame pleural bilateral.

leucocitosis de 11,420 con 85% de neutrófilos; glucemia de 430 mg/dl; creatinina de 1,5 mg/dl; sodio de 126 mmol/l, y LDH de 896 U/l, junto a un aumento de los reactantes de fase aguda (VSG de 100 mm/en la primera hora y PCR de 130). El sedimento de orina fue normal. La radiografía de tórax puso de manifiesto un corazón de tamaño normal con una imagen de consolidación cavitada en el lóbulo superior derecho (fig. 1). En el ECG no se obtuvieron hallazgos significativos. Con juicio clínico tentativo de probable tuberculosis pulmonar el paciente ingresó aislado en sala de hospitalización y se inició tratamiento tuberculostático empírico. A las 24 h del ingreso se informó de crecimiento de cocos grampositivos en cadenas en las 3 parejas de hemocultivos obtenidas en el área de urgencias, ante lo cual se suspendió el tratamiento específico, se estableció la sospecha de endocarditis infecciosa derecha y se solicitó un ecocardiograma preferente. En el ecocardiograma transtorácico se observó una vegetación muy móvil y de pedículo estrecho de 1,5 cm de diámetro mayor adherida a la válvu-

la pulmonar, que por lo demás no evidenciaba ninguna anomalía, salvo la presencia de insuficiencia pulmonar ligera. No se observaron vegetaciones en el resto de válvulas. La válvula aórtica estaba ligeramente fibrosada, con calcio en el anillo y las comisuras e insuficiencia aórtica ligera. El ecocardiograma transefágico confirmó estos hallazgos (fig. 2). Los hemocultivos resultaron positivos para *Enterococcus faecalis* sensible a ampicilina, vancomicina y gentamicina, iniciándose tratamiento con ampicilina (16 g/día) y gentamicina (240 mg/día). La tinción de Zhiel de esputo seriada fue negativa, así como la citología de esputo para células neoplásicas y el urocultivo. Cuatro días después el paciente presentó dolor de instauración aguda en el hemitórax izquierdo de carácter pleurítico que coincidía con la aparición de un nuevo infiltrado cavitado parahiliar izquierdo y de derrame pleural bilateral en la radiografía de tórax y en la tomografía computarizada torácica (fig. 3). Se practicó un nuevo ecocardiograma transtorácico en el que ya no se visualizaba la vegetación pulmonar, hallazgo

que se confirmó mediante ecocardiografía transeofágica. El paciente recibió tratamiento antibiótico durante 6 semanas, evolucionando satisfactoriamente. En la actualidad, tras 18 meses de seguimiento, se encuentra asintomático y se ha producido la remisión radiológica del cuadro.

DISCUSIÓN

La endocarditis infecciosa pulmonar es una entidad clínica poco frecuente cuya incidencia oscila entre el 0 y el 1,3% de las distintas series, que en muchos casos se presenta asociada a endocarditis tricuspídea y que afecta principalmente a usuarios de drogas por vía parenteral¹, donde ocurre en un 0,75-3,5% de los casos². La experiencia en lo referente a su manejo y tratamiento está basada en comunicaciones de casos individuales (fundamentalmente por estafilococo, estreptococo, bacilos gramnegativos y gonococo), y su pronóstico se equipara, por lo general, al de la endocarditis tricuspídea³. En nuestro caso, el paciente no era consumidor de drogas ni en la anamnesis se demostraron antecedentes que pudieran estar relacionados con la aparición del cuadro. Además, no se aisló el microorganismo causante en ninguna otra localización y no se identificó ninguna anomalía subyacente (urinaria o gastrointestinal) que predispusiera a la infección.

La endocarditis enterocócica representa el 10% de los casos de EI, siendo dicho porcentaje superior en ancianos. Algunas particularidades del paciente, además de la ausencia de factores predisponentes y de la localización de la endocarditis, fueron su avanzada edad y el cuadro constitucional que acompañó al síndrome febril. En los últimos años, la epidemiología de la EI ha experimentado un sustancial cambio, siendo cada vez mayor el número de casos diagnosticados en edades avanzadas⁴. En este grupo, la forma de presentación clínica con síndrome constitucional predominante constituye un hallazgo habitual⁴. Aunque se sabe que la bacteriemia por enterococo se asocia a una mayor mortalidad en los ancianos, y que en general la edad conlleva una mayor mortalidad y un peor pronóstico⁴, en nuestro caso la evolución fue satisfactoria con el tratamiento antibiótico prolongado.

Es indiscutible el papel actual de la ecocardiografía, no sólo en el diagnóstico de la EI, sino también en el reconocimiento de la existencia de complicaciones y en la evaluación de la repercusión hemodinámica de las lesiones valvulares. La sensibilidad de la ecocardiografía transtorácica (ETT) para el diagnóstico de la endocarditis se encuentra en torno al 70%, dependiendo de las características de la población estudiada, del tamaño de la vegetación y de la presencia de la enfermedad sobre válvula nativa o sobre válvula protésica⁵. El valor diagnóstico de la ecocardiografía transeofá-

gica (ETE) está claramente establecido, con unas cifras de sensibilidad en torno al 95%. Este incremento de la sensibilidad respecto al ETT se pone sobre todo de manifiesto cuando se evalúan lesiones que afectan a válvulas protésicas (sobre todo en posición mitral) y en aquellos casos con mala ventana acústica transtorácica.

En lo que se refiere al diagnóstico ecocardiográfico de la EI sobre válvulas derechas se ha comunicado una sensibilidad similar del ETT y del ETE en la endocarditis derecha en heroínómanos (63%), atribuyéndose la alta sensibilidad del ETT en esta serie fundamentalmente al gran tamaño de las vegetaciones⁶. Pese a todo, en el caso de la EIP aislada, se sabe que la sensibilidad del ETT es menor que la del ETE, debido fundamentalmente a la baja sensibilidad del ETT en la mayoría de las series⁷.

En un estudio reciente de pacientes con EI sobre válvula nativa⁸, la existencia de un cuadro febril prolongado previo al ingreso, así como la embolización de vegetaciones de gran tamaño fueron factores de riesgo independientes para el desarrollo de complicaciones durante la hospitalización. En nuestro caso, el pronóstico fue bueno pese a que se dieron estas dos circunstancias, probablemente porque estas conclusiones quizás no sean extrapolables a la EI de válvulas derechas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watanakunakorn C, Burket T. Infective endocarditis at a large community teaching hospital, 1980-1990. A review of 210 episodes. *Medicine (Baltimore)* 1993; 72: 90-102.
2. Hecht SR, Berger M. Right-sided endocarditis in intravenous drugs users. Pronostic features in 102 episodes. *Ann Intern Med* 1992; 117: 560-566.
3. Nakamura K, Satomi G, Sakai T, Ando M, Hashimoto A, Kogoyani H et al. Clinical and echocardiographic features of pulmonary valve endocarditis. *Circulation* 1983; 67: 198-204.
4. Ribera Casado JM. Endocarditis infecciosa en el anciano. *Rev Esp Cardiol* 1998; 5 (Supl 2): 64-70.
5. Sanfilippo AJ, Picard MH, Newell JB, Rosas E, Davidoff R, Thomas JD et al. Echocardiographic assesment of patients with infectious endocarditis. Prediction of risk for complications. *J Am Coll Cardiol* 1991; 18: 1191-1199.
6. San Román JA, Vilacosta I, Zamorano J, Almería C, Sánchez-Haraguindey L. Transeophageal echocardiography in right side endocarditis. *J Am Coll Cardiol* 1993; 21: 1226-1230.
7. Shapiro SM, Young E, Ginzton LE, Bayer AS. Pulmonic valve endocarditis as an underdiagnosed disease. Role of transeophageal echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr* 1992; 5: 48-51.
8. Goldman ME, Fisher EA, Winters S, Reichstein R, Stavile K, Gordin R et al. Early identification of patients with native valve infectious endocarditis at risk for major complications by initial clinical presentation and baseline echocardiography. *Int J Cardiol* 1995; 52: 257-264.