

rácica (ETT) al ingreso, prolapso mitral y esclerosis aórtica. Inicialmente la paciente fue tratada con ceftriaxona 1 g/i.v. cada 24 h y gentamicina 240 mg/i.v./día. Al ingreso se extrajeron 2 hemocultivos con intervalo de 20 min positivos a *E. coli*, sensible a amoxicilina, cefalosporinas y aminoglucósidos e imipenem. A las 72 h, la paciente persistía febril, se practicó nuevo ETT, objetivándose vegetación de 15 mm en valva posterior mitral, asociado a insuficiencia moderada severa y posible vegetación en válvula aórtica. Ecografía transesofágica (ETE), realizada a continuación confirmó ambas lesiones y se objetivó la presencia de absceso en comisura posterior e insuficiencia aórtica moderada, fracción de eyección conservada. Fue intervenida (EUROSCOPE 9 puntos) al cuarto día del ingreso, bajo cobertura antibiótica de ceftriaxona y gentamicina. Confirmando la presencia de insuficiencia aórtica, con engrosamiento del borde libre, gran vegetación en válvula mitral que se extiende a todo el velo posterior con absceso en comisura posterior. Gram y cultivo de ambas válvulas, negativo. Diagnóstico endocarditis mitral y aórtica sobre válvula nativa. Se realiza sustitución de ambas válvulas por prótesis mecánicas tipo St Jude. La evolución fue favorable completando, el tratamiento antibiótico con imipenem 1 g/i.v. cada 6 h durante 5 semanas, asociado a amikacina 1 g/i.v. cada 24 h durante 5 semanas. Los controles posteriores han sido favorables estando a los 8 meses asintomática.

Caso 2. Mujer de 70 años, antecedentes de infecciones urinarias de repetición. Ingresos por fiebre de 8 días de evolución, tratada por médico de familia con claritromicina 500 mg cada 12 h durante 7 días, con persistencia de la fiebre, 24 h antes del ingreso se asocia al cuadro febril sensación de acorchamiento en extremidades izquierdas. Exploración física. Temperatura 38,5 °C. Sople sistólico en borde paraesternal izquierdo. Exploración del SNC, sin déficit motor ni sensitivo, RCP flexión bilateral. Pulsos periféricos simétricos. Sin signos de embolismos periféricos.

Hemograma: leucocitos 12.000/ μ l. VSG 67 mm/h. PCR 15 mg/l. Dos hemocultivos con intervalo de 20 min obtenidos al ingreso, positivos a *E. coli*, resistente a la ampicilina. Sensible a cefalosporinas, aminoglucósidos e imipenem. TC cerebral, con contraste al ingreso y a los 8 días, normales. ETT y ETE realizados al séptimo día del ingreso observaron, la presencia de una vegetación de 12 mm en la valva posterior mitral, con insuficiencia mitral leve asociada. Las manifestaciones clí-

nicas de acorchamiento en extremidades izquierdas, desaparecieron en las primeras 24 h. La paciente fue tratada inicialmente con ceftriaxona 1 g/i.v. cada 24 h 6 semanas asociándose a las 48 h, gentamicina 240 mg/i.v. día 4 semanas. Durante su ingreso se realizaron semanalmente dos hemocultivos que fueron negativos, así como ETT, el grado de insuficiencia mitral pasó de leve a moderado con desaparición de la vegetación al mes del ingreso. Ha sido controlada periódicamente estando a los 5 años asintomática y sin recidiva de la endocarditis manteniendo un grado moderado de insuficiencia mitral, no precisando intervención quirúrgica.

La endocarditis por *E. coli* es poco frecuente, en la serie de la Clínica Mayo de 54 casos de endocarditis por gramnegativos, únicamente 4 lo fueron por *E. coli*¹.

Afecta predominantemente a adultos, con edades entre 60-82 años, con enfermedades subyacentes, diabetes o cardiopatías previas están presentes en el 21 y 36%, respectivamente. Es más prevalente en mujeres, pudiendo estar en relación con su mayor tendencia a padecer infecciones del tracto urinario³. Analíticamente la presencia de leucocitosis y de reactantes de fase aguda es un hallazgo habitual, siendo los hemocultivos positivos en un 95%. La válvula mitral, es la que se afecta predominantemente, con aparición de grandes vegetaciones, perforación y/o formación de abscesos, las lesiones pueden progresar sin una significativa alteración hemodinámica y con escasos síntomas². En un 47% aparece insuficiencia cardíaca congestiva, describiéndose episodios embolígenos sistémicos entre 22-50% de las EI de éstos un 65% afectan al SNC. Son las endocarditis con afectación del velo anterior de la válvula mitral las que presentan mayor riesgo de embolización, el cual disminuye a los 15 días de iniciado el tratamiento⁵, el caso 2, creemos que desarrolló una ICT por la duración del cuadro, la completa recuperación, asociado a la normalidad de 2 TC cerebrales aunque no podemos descartar un episodio embolígeno, al no realizarle una RM. El tratamiento de la endocarditis por *E. coli* se basa en combinar tratamiento quirúrgico asociado a antibioterapia, cefalosporinas de tercera generación y aminoglucósidos en especial la gentamicina son los recomendados⁵.

La agresividad de la bacteria, retraso en el diagnóstico debido al bajo nivel de sospecha, podrían ser la razón del mal pronóstico, aunque se ha observado una disminución progresiva de la mortalidad que antes de 1990 era superior al 53%²⁻⁴ y en las publica-

Endocarditis por *Escherichia coli*: a propósito de 2 casos

Sr. Editor: La bacteriemia debida a *Escherichia coli* es común, en un 90% el foco inicial es urinario. Sin embargo, la presencia de endocarditis, es poco frecuente, debido a que la bacteriemia, suelen ser de corta duración y la capacidad de adherencia al endotelio vascular es muy baja aunque este se encuentre lesionado¹, la mayor parte de las bacterias circulantes son destruidas en el torrente sanguíneo por los mecanismos naturales de defensa, sin embargo algunas de ellas pueden sobrevivir produciendo complicaciones infecciosas graves²⁻⁴. A continuación presentamos 2 casos de endocarditis infecciosa por *E. coli*.

Caso 1. Mujer de 64 años, sin antecedentes, ingresa por cuadro febril y escalofríos de 8 h de evolución. Quince días antes había sido tratada por su médico de familia con amoxicilina-ácido clavulánico 875 mg cada 8 h durante 10 días por una gastroenteritis infecciosa en la que se aisló *E. coli* en un hemocultivo obtenido en la sala de urgencias, sensible a amoxicilina, cefalosporinas y aminoglucósidos. Exploración física. Temperatura 40 °C. Sople sistólico en borde paraesternal izquierdo, resto de exploración sin hallazgos significativos. Hemograma: leucocitos 13.000/ μ l. VSG 104 mm/h. PCR 8 mg/l. Ecocardiografía transto-

ciones más recientes se sitúa en torno al 17% (si bien son trabajos con un número escaso de pacientes)³.

Juan Martí Cabané
y *Enrique Antón-Aranda*
Servicio de Medicina Interna.
Hospital de Zumárraga.
Guipúzcoa. España.

Bibliografía

1. Broseta L, Martínez V, Sáez L, Solera J. Artritis séptica y endocarditis por *Escherichia coli*. Rev Clin Esp. 2005;205:631-2.
2. Somma J, Stakkevold TI, Henriksen AZ. *Escherichia coli* endocarditis of the aortic valve with formation of a paraventricular abscess cavity. Echocardiography. 2005;22:129-31.
3. Branger S, Casalta JP, Habib Collard F, Raoult D. *Escherichia coli* endocarditis: Seven new cases in adults and review of the literature. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005;24: 537-41.
4. Watanakunakorn C, Kim J. Mitral valve endocarditis caused by serum resistant strains of *Escherichia coli*. Clin Infect Dis. 1992;14:501-5.
5. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, Fowler VG Jr, Bolger AF, Levison ME, et al. Infective Endocarditis. Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: A statement for healthcare professionals from the committee on rheumatic fever, endocarditis, and Kawasaki disease, council on cardiovascular disease in the young, and the councils on clinical cardiology, stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association: Endorsed by the Infectious Diseases Society of America. Circulation. 2005;111: e394-434.