

100/60 mmHg, 36 resp./min, tonos cardíacos rítmicos a 90 lat./min sin soplos, murmullo vesicular conservado, herpes oral extenso y ausencia de adenopatías periféricas, organomegalias, lesiones cutáneas, dolor a la palpación vertebral o focalidad neurológica. La analítica mostró: proteína C reactiva 184 mg/l, leucocitos  $9.900 \times 10^9/l$  con  $7.050 \times 10^9/l$  neutrófilos, hemoglobina 10,8 g/dl, ferritina 447 ng/ml, creatinina 3,12 mg/dl, siendo el resto de parámetros bioquímicos incluyendo pruebas de función hepática y urinalisis normales. Una radiografía de tórax y una tomografía computarizada (TC) abdominal no mostraron alteraciones. Se extrajeron 4 hemocultivos en 2 días consecutivos, coprocultivos y urinocultivos y se inició tratamiento empírico con ciprofloxacino (400 mg/12 h por vía intravenosa). Durante los siguientes días desapareció la diarrea, pero la paciente persistió febril y una nueva radiografía de tórax mostró infiltrados parenquimatosos basales, que se confirmaron en una TC torácica. Un ecocardiograma transtorácico mostró una ligera estenosis mitral degenerativa con calcificación del anillo valvular a nivel posterolateral sin evidenciarse regurgitación valvular; la función del ventrículo izquierdo fue normal y no se observaron vegetaciones. En los 4 hemocultivos creció *E. coli* sensible a cefalosporinas, aminoglucósidos y ciprofloxacino. El urocultivo y los coprocultivos fueron negativos. El quinto día del ingreso se añadió ceftriaxona (2 g/día por vía intravenosa), a pesar de lo cual la paciente permaneció febril, sufrió un deterioro progresivo de su estado general y falleció 2 días más tarde. La autopsia reveló una vegetación de 1,5  $\times$  2  $\times$  0,5 cm en la válvula mitral, cuyo anillo estaba calcificado pero no existían complicaciones perianulares, así como un infarto esplénico de 4  $\times$  2 cm, infartos renales bilaterales y signos de congestión pulmonar. No se detectaron lesiones gastrointestinales ni del tracto urinario. El examen microscópico de dicha vegetación mostró una endocarditis necrosante con marcada inflamación aguda y crónica y depósito de fibrina y el cultivo fue positivo para *E. coli*.

Aunque *E. coli* es el microorganismo que más frecuentemente causa bacteriemia en pacientes hospitalizados, rara vez produce endocarditis<sup>1</sup>. De este modo, en una serie de 861 episodios de bacteriemia por *E. coli* sólo en 2 pacientes se demostró una endocarditis<sup>4</sup>. En los últimos años se ha incrementado la frecuencia de endocarditis por bacilos gramnegativos como consecuencia del uso de tratamientos inmunosupresores, de fármacos por vía parenteral o de procedimientos

quirúrgicos de recambio valvular. En una revisión de la literatura especializada de 1945 a 1977 se describen sólo 14 pacientes con endocarditis por *E. coli* de entre 348 endocarditis por bacilos gramnegativos<sup>5</sup>. En 1982, Geraci y Wilson<sup>6</sup> describieron 56 casos de endocarditis por bacterias gram negativas que ocurrieron en la clínica Mayo desde 1958 a 1979; de éstos, 4 fueron debidos a *E. coli*. Por último, un estudio reciente<sup>7</sup> aporta 7 nuevos casos, dos de los cuales se produjeron sobre una válvula mitral nativa. La rareza de esta entidad ha motivado también la comunicación de casos aislados en la bibliografía médica<sup>2,3,8</sup>. Por lo general, la endocarditis por *E. coli* ocurre más frecuentemente en pacientes con patología valvular subyacente, pero hasta en el 25% de los casos se desarrolla en individuos con un corazón previamente sano. La válvula mitral es la más comúnmente afectada y el tracto urinario el origen de la infección en casi la mitad de los episodios, aunque en el 16% de los casos es desconocido<sup>7</sup>. La mitad de los sujetos presentan insuficiencia cardíaca, siendo la presencia de grandes vegetaciones un factor predisponente para su aparición. Por su rareza, el tratamiento óptimo no está establecido, pero parece ser que la respuesta es buena con cefalosporinas de tercera generación asociadas o no a un aminoglucósido; a menudo se precisa cirugía de recambio valvular. Aunque la mortalidad asociada a este tipo de infección ha disminuido en las últimas décadas, se sitúa actualmente en torno al 17%<sup>7</sup>.

Ana Belén Madroño<sup>a</sup>,

José Manuel Porcel<sup>a</sup>, Silvia Bielsa<sup>a</sup>  
y Judit Pallarés<sup>b</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Medicina Interna y  
<sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital  
Universitario Arnau de Vilanova,  
Lleida. España.

## Endocarditis mitral por *Escherichia coli*

**Sr. Editor:** La endocarditis por *Escherichia coli* es una entidad rara, que afecta generalmente a válvulas protésicas y cuyo origen es frecuentemente nosocomial<sup>1</sup>. Los casos aparecidos sobre válvula nativa son excepcionales<sup>2,3</sup> debido a la escasa adherencia de *E. coli* al endotelio valvular. Presentamos el caso de una paciente sin enfermedad cardíaca subyacente, que falleció de una endocarditis mitral por dicho germen diagnosticada en la autopsia.

Una mujer de 75 años consultó por diarrea (4-5 deposiciones diarias sin productos patológicos), dolor abdominal difuso, fiebre, escalofríos y artroalgias de 3 días de evolución. No refería síntomas respiratorios, miccionales ni ambiente epidemiológico relevante. Entre sus antecedentes destacaba una hipertensión arterial tratada con irbesartán e hidroclorotiazida y una diabetes mellitus controlada con dieta. Once años antes había sido tratada por una brucelosis con estreptomycin y doxiciclina. En la exploración física destacaba una temperatura de 39,9 °C, presión arterial

## Bibliografía

1. Watanakunakorn Ch, Kim J. Mitral valve endocarditis caused by a serum-resistant strain of *Escherichia coli*. Clin Infect Dis. 1992;14: 501-5.
2. Valencia ME, Guinea J, Enríquez A, González-Lahoz J. Endocarditis infecciosa por *Escherichia coli*. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1996; 14:509-10.
3. Morrison DJ, Sperling LS, Schwartz DA, Felner JM. *Escherichia coli* endocarditis of a native aortic valve. Arch Pathol Lab Med. 1997; 121:1292-5.
4. Gransden WR, Eykyn SJ, Phillips I, Rowe B. Bacteriemia due to *Escherichia coli*: A study of 861 episodes. Rev Infect Dis. 1990;12:1008-18.
5. Cohen PS, Maguire JH, Weinstein L. Infective endocarditis caused by gram-negative bacteria: A review of the literature, 1945-1977. Prog Cardiovasc Dis. 1980;22:205-42.
6. Geraci JE, Wilson WR. Endocarditis due to gram-negative bacteria. Mayo Clin Proc. 1982; 57:145-8.

7. Branger S, Casalta JP, Habib G, 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.
8. Broseta L, Martínez V, Sáez L, Solera J. Artritis séptica y endocarditis por *Escherichia coli*. *Rev Clin Esp*. 2005;205:631-2.