



CASO CLÍNICO

Endocarditis infecciosa, una entidad que precisa de los niveles asistenciales geriátricos

Endocarditis; an entity that requires geriatric care models

Patricia López Pardo*, Raquel Martín Pozuelo Ruiz de Pascual, Pedro López-Dóriga Bonnardeaux y Leocadio Rodríguez Mañas

Servicio de Geriatria, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España



Introducción

A pesar de las mejoras en su manejo, la endocarditis infecciosa (EI) sigue estando asociada a una gran mortalidad y complicaciones graves¹. El caso que presentamos muestra que muchas enfermedades infecciosas a las que nos enfrentamos en nuestra práctica clínica requieren de tratamientos y estancias hospitalarias prolongadas, que conllevan un alto riesgo de discapacidad nosocomial si no se disponen de niveles asistenciales geriátricos adecuados con medidas anti-fragilidad en los hospitales que atienden a personas mayores.

Caso clínico

Varón de 86 años que acude al servicio de urgencias por deterioro funcional y cognitivo progresivos en el último mes. El paciente previamente era independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, conducía. A su llegada presenta desorientación temporo-espacial permanente, pérdida de lenguaje espontáneo, precisando ayuda para ducha o vestido. Ha perdido instrumentales. Ya no sale a la calle. Bradicinesia de predominio matutino. No historia de caídas ni cambios farmacológicos (toma levotiroxina y ramipril como antihipertensivo). No síntomas respiratorios, abdominales ni miccionales. Como antecedente médico reseñable: prolapso del velo de la mitral con insuficiencia mitral moderada-severa y función ventricular conservada con seguimiento en cardiología. Se decide ingreso en geriatría para estudio. A destacar PCR de 61 mg/l con sistemático de orina, líquido cefalorraquídeo y radiografía de tórax sin hallazgos. La TAC craneal con signos de arteriopatía de pequeño vaso. A su llegada a planta presenta pico febril, por lo que se extraen 2 hemocultivos donde se aísla *Streptococcus viridans* (Sv). Se instaura tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2 g/día según antibiograma. Se solicita

ecocardiograma transtorácico y transesofágico siendo ambos no concluyentes. Al sexto día de ingreso presenta, de manera súbita, hemiparesia derecha y lateralización de la marcha ipsilateral, notificada por los familiares a las 12 h del inicio de la clínica. Se realiza TAC craneal urgente, sin hallazgos. La RMN cerebral muestra infartos cardioembólicos recientes en hemisferio izquierdo. Tras 3 semanas de tratamiento antibiótico intravenoso y mejora funcional pasando de precisar ayuda de 2 personas para desplazamientos a supervisión con uso de andador, el paciente comenta dolor lumbar de 3 meses de evolución y que ahora es de mayor intensidad por trabajo en gimnasio. Se realiza RMN en dicha región que evidencia espondilodiscitis a nivel del disco intervertebral L1-L2 (fig. 1). Se realiza ecocardiograma transesofágico de control pre-alta con mínima imagen de resto de vegetación.

El paciente recibe continuidad asistencial durante 2 semanas más en el hospital de día geriátrico con trabajo de recuperación funcional y terapia ocupacional que permiten el regreso y la adaptación en domicilio, así como control clínico administrando dosis de ceftriaxona intramuscular hasta completar 6 semanas de tratamiento antibiótico. Resolución de espondilodiscitis a nivel radiológico y negativización de la velocidad de sedimentación globular.

Discusión

Siguiendo los criterios de Duke modificados², nuestro paciente cumple un criterio mayor por 2 hemocultivos positivos a microorganismo típico como es Sv + 3 criterios menores: fiebre, embolia arterial cerebral y prolapso del velo de la mitral nativa (no está considerada factor de riesgo al no ser protésica, pero sí la consideramos condición cardíaca predisponente). Es diagnosticado de EI definida de adquisición comunitaria, de evolución subaguda.

En estreptococos orales/digestivos sensibles a penicilina sobre válvula nativa en pacientes mayores de 65 años se recomienda tratamiento² con penicilina G/amoxicilina/ceftriaxona durante 4 semanas. La ceftriaxona está especialmente indicada para tratamientos ambulatorios. El riesgo de un episodio embólico nuevo alcanza su nivel más alto los primeros días después de iniciar el

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: plpardo@hotmail.com (P. López Pardo).



Figura 1. Secuencia T2 RMN lumbar: captación de irregularidad del platillo inferior L1 y superior de L2 con afectación del disco intervertebral.

tratamiento antibiótico y se reduce rápidamente a partir de ese momento, sobre todo después de las 2 semanas³.

La prevalencia de espondilodiscitis en pacientes con EI se encuentra en torno al 1,8-15%⁴. La prevalencia de EI en la osteomielitis vertebral es más alta⁵ en presencia de EI por Sv. Se debe realizar TC y, preferiblemente, RM de la columna vertebral y ¹⁸F-FDG PET/TC de cuerpo entero⁶ a los pacientes con EI que tengan dolor óseo o de espalda. A diferencia de las espondilodiscitis causadas por *Staphylococcus aureus* y estreptococos del grupo no *viridans*; las originadas por Sv sp presentan un curso más subagudo, con

menor repercusión sistémica. Es por ello por lo que suelen tener un mayor retraso diagnóstico⁷, como en nuestro caso. La mayoría de los pacientes con una infección por este microorganismo presentan paralelamente una EI, por lo que es imprescindible en estos casos realizar un ecocardiograma⁸. En nuestro paciente solo encontramos como único foco de infección de entrada una periodontitis crónica no tratada, en paciente sin antecedentes quirúrgicos ni ingresos hospitalarios previos. No podemos precisar si la espondilodiscitis fue el origen de la EI⁹ o consecuencia, ya que ambas se resolvieron en los tiempos estándares y ambas pueden tener como etiología un foco infeccioso dental primario.

Financiación

El trabajo no ha recibido financiación de ningún tipo.

Bibliografía

1. Thuny F, Grisoli D, Collart F, Habib G, Raoult D. Management of infective endocarditis: Challenges and perspectives. *Lancet*. 2012;379:965–75.
2. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, del Zotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the Management of Infective Endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed By: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *Eur Heart J*. 2015;36:3075–128.
3. Thuny F, di Salvo G, Belliard O, Avierinos JF, Pergola V, Rosenberg V, et al. Risk of embolism and death in infective endocarditis: prognostic value of echocardiography: A prospective multicenter study. *Circulation*. 2005;112:69–75.
4. Chan KL, Dumesnil JG, Cujec B, Sanfilippo AJ, Jue J, Turek MA, et al. A randomized trial of aspirin on the risk of embolic events in patients with infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 2003;42:775–80.
5. Gonzalez-Juanatey C, Gonzalez-Gay MA, Llorca J, Crespo F, Garcia-Porrúa C, Corredoira J, et al. Rheumatic manifestations of infective endocarditis in non-addicts. A 12-year study. *Medicine (Baltimore)*. 2001;80:9–19.
6. Koslow M, Kuperstein R, Eshed I, Perelman M, Maor E, Sidi Y. The unique clinical features and outcome of infectious endocarditis and vertebral osteomyelitis coinfection. *Am J Med*. 2014;127:669.e9–15.
7. Vind SH, Hess S. Possible role of PET/CT in infective endocarditis. *J Nucl Cardiol*. 2010;17:516–9.
8. Murillo O, Roset A, Sobrino B, Lora-Tamayo J, Verdaguer R, Jiménez-Mejías E, et al. Streptococcal vertebral osteomyelitis: Multiple faces of the same disease. *Clin Microbiol Infect*. 2013;20:33–8.
9. Cariati V, Deng W. Atypical presentation of thoracic spondylodiscitis caused by *Streptococcus mitis*. *BMJ Case Rep*. 2014;2014, bcr2013200532.