



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas científicas

Endocarditis tricuspídea por *Streptococcus agalactiae*. Descripción de un caso y revisión de la literatura

Streptococcus agalactiae tricuspíde valve endocarditis. A case report and review of literature

Sr. Editor:

La incidencia de infección invasiva por estreptococos del grupo B (SGB) ha aumentado en los últimos años en adultos no gestantes. En países desarrollados este aumento afecta especialmente a pacientes de edad avanzada, inmunodeficientes o con enfermedades de base graves, en especial diabéticos, cirróticos y pacientes con enfermedad neurológica. En países en desarrollo, la infección invasiva por SGB puede que afecte a pacientes más jóvenes y sin estos factores de riesgo¹.

La endocarditis es una complicación infrecuente de la infección por este microorganismo, y la tricuspíde es rara vez afectada. Presentamos a continuación un caso de endocarditis tricuspídea por SGB en un varón de origen africano sin factores de riesgo, y revisamos todos los casos publicados en la literatura, mediante una búsqueda bibliográfica en MEDLINE.

Se trata de un varón de 27 años natural de Nigeria y residente en España desde hacía 4 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acudió a nuestro hospital por fiebre, tos con escasa expectoración y dolor pleurítico derecho de 10 días de evolución. Se inició tratamiento intravenoso con 500 mg de levofloxacino diarios al sospecharse un proceso neumónico por

el infiltrado alveolar parcheado que presentaba en la radiografía de tórax. El quinto día se detectó la aparición de un soplo sistólico en foco tricúspide, y 4 hemocultivos sucesivos fueron positivos para *Streptococcus agalactiae* por lo que se realizó un ecocardiograma que mostró una vegetación en la valva anterior de la tricúspide que permitía una insuficiencia tricuspídea moderada. En la tomografía computarizada (TC) torácica presentaba condensaciones alveolares bilaterales con áreas de necrosis, indicativas de embolias sépticas pulmonares. Se realizó tratamiento antibiótico por vía intravenosa con 4.000.000 UI de penicilina G sódica cada 6 horas durante 8 semanas, en combinación con 240 mg diarios de gentamicina las primeras 2 semanas. Inicialmente la evolución fue tórpida, con nuevas embolias sépticas, fiebre persistente y anemia que precisó soporte transfusional frecuente; también se detectó un déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa. Finalmente, el paciente mejoró y se objetivó la desaparición de la verruga en el ecocardiograma de control. No obstante, la regurgitación tricuspídea aumentó, y quedó una disfunción valvular severa, aunque bien tolerada clínicamente. Los hemocultivos de control a los 2 meses de finalizar el tratamiento fueron negativos y actualmente, algo más de 1 año después del alta hospitalaria, el paciente permanece asintomático.

En la revisión bibliográfica¹⁻¹⁰ hemos encontrado 21 casos de endocarditis tricuspídea por SGB desde 1968 hasta 2006, cuyas características se resumen en la tabla 1. En 8 pacientes había antecedentes obstétrico-ginecológicos, 7 eran usuarios de drogas por vía parenteral, 4 tenían comorbilidad predisponente y tan sólo 1 paciente no presentaba factores de riesgo. En 2 casos no

Tabla 1
Endocarditis tricuspídea por estreptococos del grupo B

Caso	Edad	Sexo	Condiciones predisponentes	Embolias pulmonares	Ecocardiografía	Tratamiento médico	Cirugía	Evolución	Referencia
1	24	M	Cesárea	Sí	NC	PNC, estreptomycinina, ampicilina	Sí	Curación	2
2	19	M	Aborto, UDVP	Sí	+	PNC, gentamicina	Sí	Curación	2
3	35	V	UDVP	Sí	NC	PNC	No	Curación	2
4	65	M	Alcoholismo, cáncer de mama	Sí	+	PNC	Sí	Curación	2
5	32	M	UDVP	Sí	NC	Oxacilina, gentamicina	No	Curación	2
6	56	V	DM	Sí	NC	ampicilina	No	Muerte	2
7	54	V	DM, alcoholismo	Sí	+	PNC, tobramicina	No	Curación	2
8	22	M	UDVP	Sí	+	PNC, gentamicina	No	Muerte	2
9	13	M		No	+	PNC	No	Curación	2
10	32	M	UDVP	Sí	+	PNC	No	Curación	2
11	NC	M	NC	NC	NC	NC	NC	NC	3
12	30	M	Aborto	Sí	+	Vancomicina	Sí	Curación	4
13	NC	M	Frotis Papanicolaou	NC	NC	Sí	Sí	Curación	5
14	33	M	Aborto	Sí	+	PNC, gentamicina	Sí	Curación	6
15	18	M	Aborto	NC	NC	Sí	Sí	Curación	6
16	25	V	UDVP	No	+	PNC, gentamicina	No	Curación	1
17	22	V	UDVP	No	+	PNC	No	Curación	1
18	53	M	Alcoholismo	No	+	Teicoplanina, tobramicina	No	Muerte	7
19	24	M	Aborto	Sí	+	Ampicilina, gentamicina	No	Curación	8
20	19	M	NC	Sí	+	Sí	No	Muerte	9
21	22	M	Aborto	Sí	+	PNC, gentamicina	No	Curación	10

UDVP: uso de drogas por vía parenteral; DM: diabetes mellitus; M: mujer; NC: no consta; PNC: penicilina; V: varón.

disponemos de los antecedentes. La incidencia de embolias fue muy elevada, como está ya descrito, debido al gran tamaño de las vegetaciones y a su friabilidad, consecuencia de la falta de producción de fibrinolisis. Requirieron intervención quirúrgica 7 casos y fallecieron 4 pacientes del total.

En resumen, la afectación tricuspídea en la endocarditis por SGB es infrecuente, pero tiene un curso clínico agresivo. Afecta fundamentalmente a pacientes jóvenes tras abortos inducidos y a pacientes usuarios de drogas por vía parenteral. Es excepcional en pacientes sin factores de riesgo, como es el caso que describimos.

Bibliografía

1. Sambolla A, Miro JM, Tornos MP, Almirante B, Moreno-Torrico A, Gurgui M, et al. *Streptococcus agalactiae* infective endocarditis: Analysis of 30 cases and review of the literature, 1962-1998. *Clin Infect Dis*. 2002;34:1576-84.
2. Watanakunakorn CH, Hapte-Gabr E. Group B streptococcal endocarditis of tricuspid valve. *Chest*. 1991;100:569-71.
3. Vilde J-L, Roujeau J-C, Bure A, Verliac F, Bastin R. Infections graves et septicémies a streptocoque du groupe B chez l'adulte: a propos de quatre observations, dont une endocardite tricuspídenne compliquée de glomérulonephrite. *Sem Hop*. 1974;50:355-62.
4. Vartian C, Septimus E. Tricuspid valve group B endocarditis following elective abortion. *Rev Infect Dis*. 1991;13:997-8.
5. Mong K, Taylor D, Muzyka T, Freed D, Koshal A. Tricuspid endocarditis following a Papanicolaou smear: case report. *Can J Cardiol*. 1997;13:895-6.

6. Azzam ZS, Ron Y, Oren I, Sbeit W, Motlak D, Krivoy N. Group B streptococcal tricuspid valve endocarditis: a case report and review of literature: a case report and review of literature. *Int J Cardiol*. 1998;64:259-63.
7. Rollán MJ, San Roman JA, Vilacosta I, Sarria C, Lopez J, Acuna M, et al. Clinical profile of *Streptococcus agalactiae* native valve endocarditis. *Am Heart J*. 2003;146:1095-8.
8. Kangavari S, Collins J, Cercek B, Atar S, Siegel R. Tricuspid valve group B streptococcal endocarditis after an elective termination of pregnancy. *Clin Cardiol*. 2000;23:301-3.
9. Andresen K, Balf D, Marcu CB. Massive pulmonary embolism in a patient with *Streptococcus agalactiae* tricuspid valve endocarditis. *Heart*. 2005;91:279.
10. Palys EE, Li J, Gaut PL, Hardy WD. Tricuspid valve endocarditis with Group B *Streptococcus* after an elective abortion: the need for new data. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2006;2006:1-3.

Nuria Ribas *, Cristina Arribas y Javier Murillas

Servicio de Medicina Interna, Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuriaribas03@yahoo.es (N. Ribas).

doi:10.1016/j.eimc.2008.04.007

Insuficiencia aórtica grave secundaria a endocarditis por *Erysipelothrix rhusiopathiae*

Severe aortic regurgitation secondary to *Erysipelothrix rhusiopathiae* endocarditis

Sr. Editor:

Erysipelothrix rhusiopathiae es un bacilo grampositivo no esporulado aerobio y anaerobio facultativo de amplia distribución en la naturaleza y muy común en el reino animal, que ocasionalmente puede producir infecciones en seres humanos y manifestarse de 3 formas diferentes: una con afectación cutánea localizada llamada erisipeloide de Rosenbach, otra con afectación difusa de la piel sin bacteriemia y, finalmente e inusualmente, como una forma bacteriémica, con o sin afectación cutánea, que generalmente se relaciona con endocarditis o artritis y que puede cursar con elevada mortalidad^{1,2}.

Presentamos el caso de una paciente de 58 años de edad que ingresa en urgencias aquejando fiebre, escalofríos e insuficiencia cardíaca moderada. Refiere ser diabética insulino dependiente y manipuladora y consumidora habitual de pescado fresco, y haber comenzado en los últimos 2 meses con astenia, febrícula y disnea de moderados esfuerzos, que se acompaña de una lesión eritematosa en el quinto dedo de la mano izquierda. La exploración física revela solamente un soplo diastólico III/VI en el borde esternal izquierdo y estertores basales pulmonares. Una ecocardiografía transesofágica muestra una válvula aórtica trivalva con una vegetación de 10 mm y rotura de uno de los velos, así como insuficiencia aórtica masiva e insuficiencia mitral moderada, con función sistólica conservada. La analítica sanguínea es normal, a excepción de proteína C reactiva de 153 mg/l. La radiografía de tórax muestra un patrón de edema pulmonar y el electrocardiograma no muestra alteraciones. En 2 hemocultivos se aísla *E. rhusiopathiae* sensible a penicilina y resistente a vancomicina y a aminoglucósidos. En cuidados intensivos se instaura tratamiento con nitroglicerina intravenosa

(iv) a 0,3 mg/h, furosemida 20 mg/6 h iv, ventilación mecánica no invasiva tipo presión de soporte ventilatorio de 12 y presión positiva al final de la espiración de 5 con oxigenoterapia al 40% y penicilina G sódica iv a razón de 4.000.000/4 h y, urgentemente, se traslada a un centro de cirugía cardíaca en donde se implanta una válvula biológica de pericardio bovino no soportada (Freedom solo), n.º 21 en posición aórtica. Durante el acto quirúrgico se observan vegetaciones en los 3 velos de la válvula aórtica, con perforación en uno de ellos y sin apreciarse imágenes de abscesos, aunque no se envían para su cultivo. Se continúa con la administración del antibiótico iv hasta completar 4 semanas de tratamiento. La evolución es satisfactoria; hace una vida normal y está en tratamiento exclusivamente con ácido acetilsalicílico 100 mg al día y con 36 y 26 unidades subcutáneas de insulina de acción prolongada por la mañana y por la noche, respectivamente, habiendo tenido una revisión médica a los 6 meses que ha sido normal.

E. rhusiopathiae puede encontrarse como comensal o patógeno en muchas especies animales, siendo el cerdo doméstico uno de los principales reservorios, y característicamente puede sobrevivir en la tierra y en el agua en condiciones medioambientales desfavorables^{2,3}. Aunque raramente causa infecciones, éstas suelen localizarse en la piel, generalmente afectan a personas que están en contacto con animales infectados o que manipulan carne o pescado contaminados (pescadores, pescaderos, carniceros, trabajadores de mataderos, cocineros, veterinarios etc.); por ello se considera una enfermedad profesional^{1,2,4,5}. De forma inusual, produce infecciones sistémicas y endocarditis que ocurren, sobre todo, en pacientes inmunodeficientes o alcohólicos^{1,2,4-7}. El contagio es habitualmente por contacto cutáneo y, en algunos casos, tras ingestión de carne de cerdo poco cocinada^{1,3,4}. En nuestro caso, es posible que el primer mecanismo haya sido el involucrado al tratarse de una paciente diabética, manipuladora habitual de pescado fresco, que ha sufrido una lesión cutánea en la mano izquierda. La mayoría de los casos que presentan bacteriemia (menos del 1% del total) cursan habitualmente con endocarditis subaguda o crónica y, secundariamente,