

Clínica: fiebre y artritis. Diagnóstico: endocarditis por enterococo

Noelia Vázquez Fuentes^a, José Javier Querol Gutiérrez^b, José María Miralles Ibarra^b, Rafael Merino de Torres^c, Juan Carlos Querol Gutiérrez^d y Enrique Manuel Laza Laza^e

^aUnidad de Reumatología. Hospital Ingresa. Ceuta. España.

^bUnidad de Cardiología. Hospital Ingresa. Ceuta. España.

^cUnidad de Neurología. Hospital Ingresa. Ceuta. España.

^dUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital Ingresa. Ceuta. España.

^eUnidad de Urgencias. Hospital Ingresa. Ceuta. España.

El cuadro clínico de la endocarditis infecciosa es inespecífico. La fiebre y la auscultación de un soplo cardíaco son los síntomas más frecuentes. La asociación de artralgias es relativamente común, y es inusual la presentación en forma de poliartritis. Presentamos un caso de endocarditis infecciosa que se inicia con clínica subaguda de fiebre y poliartritis.

Palabras clave: Endocarditis. Poliartritis. Enterococo.

Clinical Review: Fever and Arthritis. Diagnosis: Endocarditis Due to Enterococcus

Clinical signs of infective endocarditis are inespecific. Fever and heart murmur are the most frequent symptoms. Arthralgias's association is fairly common but presentation as polyarthritis is unusual. We report a case of infective endocarditis that begins with subacute fever and polyarthritis.

Key words: Endocarditis. Polyarthritis. *Enterococcus*.

Introducción

La endocarditis infecciosa se define por la proliferación de microorganismos en el endotelio cardíaco, con mayor frecuencia en las válvulas cardíacas. La lesión del endotelio por cualquier causa produce un flujo aberrante que predispone a la infección por diversos tipos de microorganismos, sobre todo bacterias.

Aunque las manifestaciones clínicas más frecuentes de la endocarditis infecciosa son la fiebre y el soplo cardíaco, a menudo se encuentran presentaciones atípicas que obligan a realizar un diagnóstico de exclusión. Presentamos un caso de endocarditis infecciosa que cursa con fiebre y poliartritis como forma de presentación.

Caso clínico

Varón de 43 años, sin antecedentes clínicos de interés, que 2 meses antes de su diagnóstico inicia un cuadro subagudo de fiebre máxima de 39 °C de predominio vespertino y dolor, inflamación e impotencia funcional en la mano derecha y el tobillo izquierdo. A la exploración física presentaba dolor a la palpación y signos inflamatorios a nivel del carpo, segunda, tercera, cuarta y quinta metacarpofalángicas derechas y tobillo izquierdo con limitación dolorosa de la movilidad en primeros grados en todos los arcos de movimiento, así como la auscultación de un soplo diastólico en foco aórtico. El resto de la exploración fue normal. Analíticamente destacaban: leucocitosis (16.000) con neutrofilia (85%); VSG, 52 mm/h, y PCR, 4,6 mg/dl. Hemostasia y bioquímica, normales. En el estudio inmunológico, el factor reumatoide, los anticuerpos antinucleares, los anti-ADN, las inmunoglobulinas y el complemento fueron negativos, así como la serología para virus y bacterias. Se realizaron hemocultivos tras el primer pico febril y antes del inicio de la antibioterapia que fueron positivos para *Enterococcus faecalis*. La radiografía de tórax mostró

Correspondencia: Dra. N. Vázquez Fuentes.
Unidad de Reumatología. Hospital Ingresa de Ceuta.
Paseo Marina Española, s/n. Ceuta. España.
Correo electrónico: nvazquezfuentes@yahoo.es

Manuscrito recibido el 31-3-2006 y aceptado el 18-7-2006.



Figura 1. Ecocardiografía: engrosamiento valvular aórtico que condiciona insuficiencia aórtica severa.

un discreto derrame pleural bilateral y la ecocardiografía, una insuficiencia aórtica de grado severo con engrosamiento de los velos valvulares (fig. 1). Con el diagnóstico de endocarditis bacteriana por *E. faecalis*, se inició antibioterapia intravenosa con ampicilina y gentamicina, con mejoría progresiva de la clínica articular y la fiebre y de los hallazgos de imagen, hasta que el paciente quedó asintomático.

Discusión

Aunque se han descrito casos de infección del endotelio cardíaco por diversos tipos de microorganismos, la mayor parte de ellos se deben a un pequeño número de especies bacterianas. Las más frecuentemente vinculadas a endocarditis infecciosa son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* y *Enterococcus*¹. Se consideran factores de riesgo para endocarditis bacteriana las malformaciones cardíacas congénitas, valvulopatías, prótesis valvulares y la adicción a drogas por vía parenteral².

Enterococcus causa el 8% de las endocarditis en válvulas naturales en la comunidad y el 16% de las nosocomiales, el 8% de las que asientan sobre prótesis valvulares los primeros 2 meses después de la cirugía, el 12% entre los 2 y los 12 meses y el 11% después del año y un 9% de las endocarditis de los adictos a drogas por vía parenteral¹.

El cuadro clínico es variable e inespecífico. Los síntomas más frecuentes son la fiebre que aparece en un 80-90% de los casos y la auscultación de un soplo cardíaco en el 80-85%. La endocarditis bacteriana aguda se manifiesta con fiebre alta y afección sistémica. Las formas subagudas suelen dar síntomas inespecíficos, como astenia, debilidad, anorexia, fatigabilidad, artralgias y febrícula durante semanas o meses; en esta forma es más

frecuente la aparición de manifestaciones autoinmunitarias (glomerulonefritis, nódulos de Osler, manchas de Roth y positividad del factor reumatoide).

Las manifestaciones extracardíacas se correlacionan con la duración de la enfermedad, que cada vez son más infrecuentes gracias al diagnóstico y el tratamiento precoces. Los síntomas osteomusculares que suelen aparecer son artromialgias (15-30%) y dolor de espalda (7-15%). La aparición de poliartritis, como en nuestro caso, es extremadamente inusual³⁻⁵.

En la exploración física podemos encontrar signos de insuficiencia cardíaca congestiva, soplo cardíaco, petequias, esplenomegalia y hemorragias conjuntivales o retinianas, y en la analítica, anemia, leucocitosis, aumento de VSG y hematuria macroscópica.

El diagnóstico de endocarditis infecciosa⁶ se establece según los criterios de Dukes (tabla 1).

La antibioterapia debe administrarse por vía parenteral. Las pautas recomendadas son la asociación de gentami-

TABLA 1. Criterios de Dukes

Criterios mayores	
Hemocultivo positivo	Microorganismo típico de endocarditis infecciosa obtenido en 2 hemocultivos diferentes (<i>Streptococcus viridans</i> , <i>Streptococcus bovis</i> , microorganismo del grupo HACEK, <i>Staphylococcus aureus</i> o <i>Enterococcus</i>) adquiridos en la comunidad en ausencia de foco primario
Hemocultivo positivo persistente	Hemocultivo positivo persistente definido como la recuperación de un microorganismo compatible con una endocarditis infecciosa a partir de:
	Hemocultivos extraídos con una separación > 12 h o 3 o la mayoría de 4 o más hemocultivos diferentes, con una separación por lo menos de 1 h entre la extracción del primero y el último
	Un solo resultado positivo de cultivo de <i>Coxiella burnetii</i> o un título de anticuerpo IgG de fase I > 1:800
Signos de afección endocárdica	
Ecocardiograma positivo:	Masa intracardíaca oscilante en una válvula o en las estructuras de apoyo, en la vía de chorros de insuficiencia o en material implantado en ausencia de una explicación anatómica alternativa o
	Absceso o
	Nueva dehiscencia de una prótesis valvular o
	Nueva insuficiencia valvular (el aumento o cambio de un soplo previo no es suficiente)
Criterios menores	
	Predisposición: cardiopatía predisponente o consumo de drogas intravenoso
	Fiebre mayor o igual a 38 °C
	Fenómenos vasculares: embolia arterial relevante, infartos pulmonares sépticos, aneurisma micótico, hemorragia intracraneal, hemorragias conjuntivales, lesiones de Janeway
	Fenómenos inmunitarios: glomerulonefritis, nódulos de Osler, manchas de Roth, factor reumatoide
	Datos microbiológicos: hemocultivos positivos que no cumplen los criterios mayores o signos serológicos de infección activa por un microorganismo compatible con una endocarditis infecciosa

Diagnóstico de endocarditis infecciosa: 2 criterios mayores, 1 criterio mayor y 3 menores o 5 criterios menores.

cina a dosis de 1 mg/kg/8 h i.v. con penicilina G 3-4 millones de U/4 h i.v., con ampicilina 2 g/4 h i.v. o con vancomicina 15 mg/kg/12 h i.v., durante 4-6 semanas. La fiebre suele desaparecer 24-48 h después del inicio de la antibioterapia. La persistencia de la fiebre después de una semana de tratamiento indica embolia séptica, y su recurrencia, resistencia a la antibioterapia. Se recomienda monitorizar la erradicación del microorganismo tras el tratamiento mediante la obtención de hemocultivos^{7,8}.

Sería importante destacar a la artritis como una forma inusual de presentación clínica de endocarditis infecciosa, teniendo en cuenta lo vital de su diagnóstico y su tratamiento precoces.

Bibliografía

1. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison: Principios de Medicina Interna. 16.ª ed. México: McGraw-Hill; 2005. p. 820-30.
2. Dejana AS, Taubert KA, Wilson W, Bolger AF, Bayer A, Ferrieri P. Prevention of bacterial endocarditis. *JAMA*. 1997;277:1794-801.
3. Vlahakis NE, Temesgen Z, Berbari F, Steckelberg JM. Osteoarticular infection complicating enterococcal endocarditis. *Mayo Clinic Proc*. 2003; 78:623-8.
4. Rambaldi M, Ambrosone L, Migliaresi S, Rambaldi A. Infective endocarditis presenting as polyarthritis. *Clin Rheumatol*. 1998;17:518-20.
5. Bayer AS, Brenner RJ, Galpin JE, Guze LB. Severe disabling polyarthritis associated with bacterial endocarditis. *West J Med*. 1975;123:404-7.
6. Weinstein I, Rubin RH. Infective endocarditis. *Progr Cardiovasc Dis*. 1973;16:239-74.
7. Cunha BA, Gill MV, Lazar JM. Acute infective endocarditis. Diagnostic and therapeutic approach. *Infect Dis Clin North Am*. 1996;0:811-34.
8. Giesel BE, Koenig CJ, Blake RL. Management of bacterial endocarditis. *Am Fam Physician*. 2000;61:176-8.