

Endocarditis infecciosa sobre válvulas protésicas causada por *Staphylococcus capitis*: un nuevo caso

Alberto Domínguez Rodríguez, Martín J. García González, Antonio Lara Padrón, Ignacio Laynez Cerdeña, Antonio Barragán Acea, José M. Miralles Ibarra, Juan Lacalzada Almeida, Francisco Bosa Ojeda, Francisco Marrero Rodríguez y Diego de Armas Trujillo

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

endocarditis infecciosa / prótesis cardíaca / staphylococcus capitis / válvulas cardíacas

Se presenta el caso de un paciente varón, portador de prótesis valvular aórtica y mitral con endocarditis infecciosa por *Staphylococcus capitis*, bacteria recientemente descrita como agente productor de endocarditis, tanto sobre válvulas cardíacas nativas en pacientes con lesiones predisponentes como sobre válvulas protésicas. El curso evolutivo del paciente fue desfavorable, a pesar de tratamiento antibiótico específico, siendo necesaria la sustitución valvular quirúrgica, que consiguió la resolución completa del cuadro clínico. Este caso pone en relevancia que, si bien es poco frecuente la presentación de endocarditis infecciosa por *Staphylococcus capitis*, su patogenia es importante.

Palabras clave: Endocarditis. *Staphylococcus capitis*. Prótesis valvular.

INFECTIOUS ENDOCARDITIS IN BIOPROSTHETIC VALVES CAUSED BY *STAPHYLOCOCCUS CAPITIS*: A NEW CASE

We present the case of a male patient with aortic and mitral valve bioprostheses who developed infectious endocarditis due to *Staphylococcus capitis*, which has recently been described as an agent producing infectious endocarditis in native and prosthetic cardiac valves. The patient's course evolved unfavorably, despite specific antibiotic treatment, leading to the surgical replacement of the valve, which completely resolved the problem. This case points out that, although rare, in infectious endocarditis due to *Staphylococcus capitis*, its pathogenicity is significant.

Key words: Infectious endocarditis. *Staphylococcus capitis*. Prosthetic valves.

(Rev Esp Cardiol 1999; 52: 277-278)

INTRODUCCIÓN

Staphylococcus capitis es un germen coagulasa negativo cuyo hábitat más común es la piel del cuero cabelludo, cejas, orejas y cuello¹, y que es capaz de producir infecciones en humanos como neumonía, infección de vías urinarias, bacteriemia relacionada con catéteres, celulitis y meningitis en pacientes portadores de derivaciones de líquido cefalorraquídeo. En los últimos años ha sido descrito como agente productor de endocarditis infecciosa²⁻⁶. Describimos un nuevo caso de endocarditis infecciosa producida por este germen en un paciente portador de válvulas protésicas aórtica y mitral.

Correspondencia: Dr. A. Domínguez Rodríguez.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Canarias.
Ofra, s/n. La Cuesta. 38320 La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Recibido el 13 de febrero de 1998.

Aceptado para su publicación el 6 de mayo de 1998.

CASO CLÍNICO

Varón de 55 años de edad, portador de prótesis valvulares biológicas (Bioimplant) mitral y aórtica desde 1989. Ingresó en mayo de 1996 por lumbalgias, fiebre y quebrantamiento general de 4 semanas de evolución, con la sospecha clínica de endocarditis infecciosa. La exploración física del paciente reveló como hallazgos más significativos fiebre de 38 °C, impulso apical desplazado lateral e inferiormente hacia línea axilar anterior, ruidos cardíacos rítmicos de normal intensidad con soplo sistólico eyectivo aórtico de grado II/VI y esplenomegalia ligera. En la analítica de ingreso se observó un recuento leucocitario de 11.300/μl (un 91% neutrófilos) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) fue de 12 mm a la primera hora. El resto de los parámetros analíticos se encontraron dentro de la normalidad. El electrocardiograma presentó ritmo sinusal a 70 lat/min, espacio PR 0,16. Eje de QRS a + 60° y trastorno de la repolarización ventricular no específico de V4 a V6. En la radiografía de tórax se apreció cardiomegalia radiológica de grado I con índice cardiorácico de 0,55. El ecocardiograma transtorácico puso de manifiesto la existencia de

disfunción valvular protésica mitral con prolapso de uno de sus velos e insuficiencia ligera-moderada; disfunción valvular protésica aórtica con prolapso e insuficiencia ligeros; no se objetivó la existencia de imagen definitiva de vegetación endocárdica. Se realizaron seis hemocultivos seriados, y en todos se detectó el crecimiento de *Staphylococcus capitis*. Se instauró antibioterapia específica, según antibiograma y de acuerdo con el régimen terapéutico recomendado en la bibliografía con vancomicina (30 mg/kg de peso i.v. cada 24 h en cuatro dosis diarias), rifampicina (300 mg. v.o. cada 8 h) ambos durante seis semanas y gentamicina (1 mg/kg de peso i.v. cada 8 h) durante dos semanas⁷, remitiendo la fiebre al tercer día de tratamiento. A los 6 días del ingreso el paciente sufrió un episodio fugaz de mareo, disartria, parestesias en mano izquierda, cefalea y temblor generalizado. En la TAC craneal, objetivó imagen de infarto cerebral de localización temporoparietal derecha. En la ecocardiografía transesofágica se detectó la existencia de vegetaciones valvulares de localización aórtica y mitral, regurgitación mitral severa y aórtica moderada. A los 15 días del ingreso el paciente presentó dolor en el hipocondrio izquierdo y aumento de la esplenomegalia. En una ecografía abdominal y en una gammagrafía con galio-67 se observó la existencia de un infarto esplénico. A los 21 días del ingreso recurrió la fiebre, y se detectó en una nueva analítica practicada elevación de la VSG hasta 84 mm a la primera hora y anemia no presente al ingreso con una hemoglobina de 9,8 mg/dl y hematocrito del 28,7%. Dada la evolución clínica del paciente, se decidió intervención quirúrgica, realizándose la doble sustitución de las prótesis valvulares biológicas por nuevas prótesis valvulares mecánicas en el día 30 del ingreso. Se continuó el mismo régimen terapéutico antibiótico durante dos semanas más. En los hemocultivos realizados posteriormente no se detectó crecimiento de microorganismos. La evolución clínica del paciente fue favorable y fue dado de alta hospitalaria a los 57 días del ingreso. No se pudo identificar la puerta de entrada del germen.

DISCUSIÓN

La endocarditis infecciosa sobre válvula protésica representa del 10 al 20% de las endocarditis. Su incidencia acumulativa aumenta con los años, y si bien el riesgo no es uniforme a lo largo del tiempo (es mayor en los 6 primeros meses tras la cirugía, particularmente en las 5-6 primeras semanas) luego desciende, aunque persiste. Se califica como precoz o tardía a la endocarditis infecciosa sobre válvula protésica que aparece antes o después de los 60 días tras la cirugía, respectivamente, términos que, en principio, hacen referencia estricta a la cronología de aparición de la infección. Sin embargo, a cada una se asocia dos características peculiares: mientras que en las formas precoces y hasta los doce meses tras la cirugía el riesgo de infección es ma-

yor en las prótesis mecánicas que en las bioprótesis, y es *Staphylococcus* coagulasa negativo el germen más frecuentemente aislado; en las formas tardías, el riesgo es mayor en las bioprótesis y el espectro y frecuencia de microorganismos es semejante a la endocarditis sobre válvula nativa adquirida comunitariamente en pacientes no adictos a drogas por vía parenteral, presumiblemente resultado de una bacteriemia transitoria procedente de manipulaciones dentaria, gastrointestinal, genitourinaria, rotura de la barrera cutánea e infecciones intercurrentes, representando *Staphylococcus* coagulasa negativo tan sólo el 15% de los casos⁷.

Presentamos el caso de un paciente varón, portador de bioprótesis mitral y aórtica desde hacía siete años, con endocarditis infecciosa protésica valvular «tardía» cuyo interés reside en la rareza de haber sido causada por *Staphylococcus capitis*.

En la bibliografía se recogen seis casos de endocarditis infecciosa causada por *Staphylococcus capitis*: cinco sobre válvulas cardíacas nativas y uno sobre válvula cardíaca protésica. En cuatro de ellos se vio afectada la válvula mitral, y de ellos, en dos existía una lesión predisponente conocida (prolapso valvular)^{2,3,5}; en uno el asentamiento fue sobre la válvula tricúspide en un paciente con defecto del tabique interventricular⁴, y en un caso, recientemente descrito, se trataba de una válvula protésica⁶. El curso evolutivo descrito fue, por lo general, hacia la curación con tratamiento antibiótico específico. Sin embargo, nuestro paciente evolucionó de forma desfavorable, precisando el reemplazo valvular, al igual que en dos de los casos previamente comunicados: uno por deterioro valvular progresivo⁵, y otro que, al igual que en el nuestro, asentó sobre válvula cardíaca protésica⁶.

Concluimos que, a pesar de su escasa frecuencia, es importante poner en relevancia la capacidad patogénica de *Staphylococcus capitis*, sobre todo cuando éste asienta sobre válvulas cardíacas protésicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kloos WE. Ecology of human skin. En: Mardh PA, Schleifer KH, editores. Coagulase-negative staphylococci. Estocolmo: Almquist & Wiksell, 1986; 37-50.
2. Bandres JC, Darouiche RO. *Staphylococcus capitis* endocarditis: a new case of an old disease. Clin Infect Dis 1992; 14: 366-367.
3. Lina B, Cellar M, Vandensch F, Ribier A, Delahaye JP, Etienne J. Infective endocarditis due to *Staphylococcus capitis*. Clin Infect Dis 1992; 15: 173-174.
4. Latorre M, Rojo PM, Franco R, Cisterna R. Endocarditis due to *Staphylococcus capitis* subspecies *ureolyticus*. Clin Inf Dis 1993; 16: 343-344.
5. Mainardi JL, Lortholary O, Buu-Hoi A, Desplaces N, Goldstein F, Gutmann L et al. Native valve endocarditis caused by *Staphylococcus capitis*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1993; 12: 789-791.
6. Terada Y, Mitsui T, Yamamoto T. Prosthetic valve endocarditis caused by *Staphylococcus capitis*. Ann Thorac Surg 1996; 62: 324.
7. Karchmer AW. Infective Endocarditis. En: Braunwald E, editor. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Filadelfia: W.B. Saunders, 1997; 1.077-1.104.