

REPORTE DE CASO

Deterioro del sensorio de un paciente con endocarditis infecciosa en sala de internados

Impairment of the sensorium in a patient with infective endocarditis in an inpatient ward

¹ Da Ponte Rojas, María Noemí¹; Guggiari, Johanna Natali²

¹Instituto de Previsión Social, Hospital Central, Medicina Interna del servicio de Clínica Médica I. Asunción, Paraguay.

²Instituto de Previsión Social, Hospital Central, Clínica Médica I, Medicina Interna. Asunción, Paraguay.

Como referenciar este artículo | How to reference this article:

Da Ponte Rojas MN, Guggiari JN. Deterioro del sensorio de un paciente con endocarditis infecciosa en sala de internados. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, 2021; 54(3): 151-154

RESUMEN

El caso expuesto a continuación demuestra que, a pesar del diagnóstico precoz de la endocarditis infecciosa, el buen pronóstico del paciente se da cuando el tratamiento es oportuno. Por lo tanto, es de suma importancia tener presente cuales son las posibles complicaciones para tratarlas a tiempo.

Paciente de sexo masculino, de 72 años de edad, consultó por fiebre de ocho días de evolución. Al examen físico se constató soplo diastólico en foco aórtico. Retornaron hemocultivos positivos para streptococcus gallolyticus, se inició tratamiento con antibióticos según antibiograma; en la segunda semana de tratamiento presentó deterioro del sensorio, primero estuvo confuso y luego somnoliento. Se realizó una tomografía de cráneo simple en primera instancia y luego resonancia magnética encefálica donde se observaron lesiones compatibles con posibles complicaciones de la endocarditis infecciosa como el émbolo séptico. Se continuó con el mismo esquema de antibióticos por seis semanas con mejoría del sensorio.

El germen aislado en el caso clínico se relaciona en un porcentaje no infrecuente en pacientes con patologías gastrointestinales, el dato positivo que se obtuvo dentro de sus hábitos fisiológicos era la constipación crónica como dato importante ya que se relaciona frecuentemente con pólipos intestinales o neoplasias que se descartaba con estudios complementarios. Además, que los patógenos frecuentemente implicados en complicaciones neurológicas fueron por *S. aureus* y *Streptococcus gallolyticus*, coincidiendo el último con el germen aislado en este caso clínico, además que presentaba dos de las muchas complicaciones como ictus isquémico y émbolos sépticos en un mismo paciente.

Palabras Clave: Endocarditis, Complicaciones, Embolo.

Autor correspondiente: Dra. Johanna Natali Guggiari. Especialista en Medicina Interna. Clínica Médica I. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay. E-mail: johi_g@hotmail.com

Fecha de recepción el 10 de Mayo del 2021; aceptado el 10 de Noviembre del 2021.

ABSTRACT

The case presented below goes beyond the early diagnosis of infective endocarditis and the association of the patient's prognosis with timely treatment; It is also important to keep in mind about possible complications despite adequate clinical management.

A male patient consulted for a fever of eight days of evolution, the positive finding on physical examination was the auscultation of a diastolic murmur in the aortic focus. Positive blood cultures returned for streptococcus gallolyticus, antibiotic treatment had been started according to the antibiogram, and in the second week of treatment there was deterioration of the sensorium. A simple skull tomography had been performed in the first instance and then brain magnetic resonance imaging showing lesions compatible with possible complications of infective endocarditis. The same antibiotic scheme was continued for six weeks with improvement of the sensorium.

The isolated germ in the clinical case is related in a not infrequent percentage in patients with gastrointestinal pathologies, the positive data that was obtained within their physiological habits was chronic constipation as important data since it is frequently related to intestinal polyps or neoplasms that are ruled out with complementary studies. In addition, the pathogens frequently involved in neurological complications were *S. aureus* and *Streptococcus gallolyticus*, the latter coinciding with the isolated germ in this clinical case, in addition to presenting two of the many complications such as ischemic stroke and septic embolism in the same patient.

Keywords: Endocarditis, Complications, Embolism.

INTRODUCCION

La endocarditis infecciosa es una enfermedad poco común que tiene una incidencia de 3 a 7 personas en 100.000 mil habitantes por año. Aunque es relativamente rara, está caracterizada por el aumento de la morbilidad y mortalidad siendo la tercera y/o cuarta causa común de infección altamente mortal luego de la sepsis, neumonía y absceso intraabdominal (1).

Los avances en las técnicas de diagnóstico más importantes como la ecocardiografía, en las últimas décadas, y los progresos terapéuticos como las cirugías cardíacas han contribuido a una mejora del pronóstico de esta enfermedad. Partiendo de este concepto la importancia del diagnóstico y el tratamiento precoz (2).

La clasificación depende de la evolución y de la presencia de otras patologías. De acuerdo a la virulencia del microorganismo, evolución, factores del huésped, puede clasificarse en aguda y subaguda. La presentación clínica puede variar dependiendo de ciertos factores como la edad, la condición clínica del paciente,

del germen presente y de otros factores de riesgo.

Los agentes causales comunes son bacterias como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus viridans*. En la endocarditis subaguda los más frecuentes el *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus spp.* y bacterias del grupo HACEK (*Haemophilus parainfluenzae*; *Eikenella corrodens*, especies de *Cardiobacterium* y *Kingella kingae*) (3).

Los cuadros de bacteriemia por *Streptococcus bovis* han sido tradicionalmente asociados a endocarditis y/o patologías colónica o hepatoiliar. Los cambios taxonómicos han definido de mejor manera estas relaciones, estableciendo que el biotipo I, ahora denominado *Streptococcus gallolyticus* subsp *gallolyticus* es el grupo que mayormente se asocia con endocarditis y cáncer de colon (4).

El diagnóstico se da cumpliendo criterios de clínica, hemocultivos seriados positivos, ecocardiografía, hemograma que en forma

general se presenta en formas agudas con leucocitosis. En el electrocardiograma se pueden manifestar trastornos de conducción que puede sugerir presencia de absceso (5).

Existen importantes complicaciones para la endocarditis infecciosa como los abscesos cardiacos, insuficiencia cardiaca congestiva, estenosis aórtica, embolismos sistémicos que pueden generar abscesos, infartos sépticos y aneurismas micóticos intracraneales. En cuanto al deterioro clínico de los pacientes con dicha patología se encuentran la fatiga, astenia, fluctuaciones del estado de alerta y/o alteraciones en el lenguaje (6).

Una de las complicaciones de la endocarditis aguda infecciosa es la embolia sistémica, siendo el cerebro y el bazo las localizaciones más frecuentes (7).

Presentación del caso

Paciente de 72 años de edad, sexo masculino, procedente de Santaní, como antecedentes patológicos personales diabético en tratamiento con metformina de 850mg por día. Hipertenso en tratamiento con enalapril de 20 mg cada 12 horas. Hábitos fisiológicos: estreñimiento crónico. Última internación hace 1 mes por hemorragia subaracnoidea que requirió atención en unidad de terapia intensiva.

Actualmente acude al Hospital central de Instituto de Previsión Social por fiebre de 8 días

de evolución, continua, graduada en 38 grados Celsius sin predominio horario, cediendo parcialmente con antipiréticos de uso común. Niega otros síntomas acompañantes.

Al examen físico se ausculta soplo diastólico en foco aórtico. A la auscultación pulmonar el murmullo vesicular se encuentra conservado de vértice a base bilateral. Lúcido con Glasgow 15/15. Resto sin particularidades.

Laboratorios solicitados: glóbulos blancos: 13500/mm³ neutrófilos 85%. Hemoglobina 13, 4 g/dl hematocrito: 37%. Urea 26mg/dl creatinina 1,0 mg/dl. PCR: 120 mg/l y eritrosedimentación: 81 mg/dl. TP: 90% Electrolitos: sodio: 136 mEq/l, potasio: 4 mEq/l, cloro: 102 mEq/l.

Orina simple: 0-1 leucocitos por campo, no se aíslan bacterias.

Hemocultivo: streptococcus galloyticus 6/6. Sensible a ceftriaxona y vancomicina.

Ecocardiografía transtorácica: la válvula aórtica presenta vegetación de gran tamaño sobre la valva coronaria anterior y coronaria derecha, anillo normal; el de mayor tamaño 16mm x 7mm, demás válvulas sin particularidades.

Ecografía abdominal: dentro de los parámetros normales.

Colonoscopia: dentro de los parámetros normales.



Figura 1. Tomografía simple de cráneo donde se constatan lesiones nodulares supratentoriales.

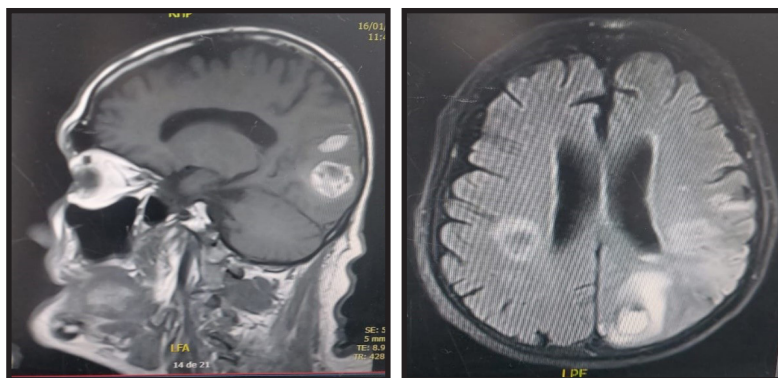


Figura 2. Resonancia magnética encefálica: lesiones nodulares supratentoriales una de ellas, otra con restricción central a la difusión, hallazgos que podrían corresponder a émbolos sépticos en diferentes estadios, además de evento isquémico agudo en territorio de la ACM izquierda.

En la segunda semana de tratamiento dirigido por antibiograma, el paciente presentó disartria y hemiparesia del cuerpo derecho por lo que se realizó tomografía de cráneo donde se observó lesión nodular hiperdensa supratentorial derecha sin otras lesiones. Luego se solicitó resonancia magnética encefálica que informó lesiones nodulares supratentoriales en una de ellas y otra con restricción central a la difusión, hallazgos que podrían corresponder a émbolos sépticos en diferentes estadios. Además del evento isquémico agudo en territorio de la Arteria Cerebral Media izquierda.

El paciente continuó con misma terapia de antibióticos y presentó mejoría clínica desde la cuarta semana de tratamiento culminando en la sexta semana.

DISCUSION

El microorganismo aislado en este paciente se encuentra relacionado con enfermedades gastrointestinales. Como dato positivo el paciente refirió estreñimiento crónico. Se realizó ecografía abdominal y colonoscopia en búsqueda de dichas patologías en donde los estudios resultaron normales. Se comparó con un estudio de cohorte retrospectivo desarrollado en Alemania, en donde el 64% de los pacientes con endocarditis por *S. bovis* presentaban simultáneamente enfermedad gastrointestinal, aunque solo el 6% de todas las endocarditis infecciosas son causadas por éste patógeno (8).

Este paciente fue del sexo masculino y tenía 72 años en coincidencia con el estudio publicado en un Hospital General donde la edad media fue de 76,4 años, el 63.3% tenían más de 75 años y el 53,3% eran hombres. Entre los factores de riesgo se halló diabetes mellitus en más de la mitad de los pacientes, así como diagnóstico de base de este paciente (9).

Las complicaciones neurológicas de la endocarditis infecciosa son frecuentes habiéndose descrito su aparición hasta en el 20-40% de casos, en un trabajo realizado se encontró que las principales manifestaciones neurológicas de los pacientes con endocarditis

infecciosa son el ictus isquémico embólico (14-30%), la hemorragia cerebral (3-5%), la encefalopatía aguda (6%), la meningitis (7%), los abscesos cerebrales (2%). Además, que los patógenos frecuentemente implicados fueron por *S. aureus* y *Streptococcus gallolyticus*, coincidiendo con el germen aislado en este caso clínico (10).

Declaración de colaboración de autores

El artículo fue redactado en conjunto por las 2 autoras. En base al caso clínico, se realizó la revisión bibliográfica para la realización de la introducción y discusión.

En el artículo los autores no presentaron conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Baddour LM, et al. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, And Management of Complications: A scientific Statement for Healthcare Professionals From The American Heart Association. *Ago 2016*; 132 (15): 1435-86.
2. Frank Josué Perdomo FJ, et al. Endocarditis infecciosa: una revisión bibliográfica necesaria. *MEDISAN*. Feb 2010; 14 (1).
3. Romero JR, Aveiro AC. Características clínicas, bacteriológicas y demográficas de las endocarditis infecciosas *Rev. Nac. (Itauguá)*. Jun 2020; 12 (1): 42-54.
4. AMADO, Cristina et al. *Streptococcus gallolyticus* (ex *S. bovis*) bacteremia and its relationship with colonic or hepatobiliary disease and endocarditis. *Rev. chil. infectol*. Ago 2015; 32 (4): 430-434.
5. Maass Mayd J. Endocarditis Infecciosa. *Rev. méd. sinerg*. Mar 2016; 1(3):3-6.
6. Martínez-Aguilar MM, et al. *Rev. Endocarditis infecciosa en un paciente con válvula aórtica bicúspide: Reporte y revisión de un caso*. *Fac. Med. Méx*. Jul-Ago 2014; 57(4):43-49.
7. Consejo-Martínez E, et al. De la rigidez de nuca y fiebre, a la endocarditis de causa infrecuente: cerebro y corazón, unidos por la patogenia. *Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI)*. Abr 2018; 3(1): 39-40.
8. Starosta RT, Rivero R, de Oliveira FH, Lopes E, Cerski MR. Diagnóstico erróneo de *Streptococcus gallolyticus* endocarditis. *Autops Case Rep*. Sep 2016; 6(3):29-33.
9. García-Morante H, et al. Hallazgos clínicos y microbiológicos asociados a la bacteriemia por *Streptococcus bovis/gallolyticus*. *Rev Enf Emerg*. 2019; 18(2):107-112.
10. VARONA JF. Complicaciones neurológicas como manifestación inicial de endocarditis infecciosa. *A. Med. Interna (Madrid)*. 2007; 24(9):439-441.