

Endocarditis: un diagnóstico difícil en el anciano

Teresa Villar
Alfredo Zamora
Carmen Cánovas

Servicio de Geriátría
Hospital San Jorge
Zaragoza

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 76 años, ingresado en el Servicio de Geriátría remitido desde su Centro de Salud por presentar pérdida de peso acompañado de anorexia, astenia y dolor lumbar de un mes de evolución. Con las pruebas realizadas se llegó al diagnóstico de endocarditis bacteriana por *Enterococcus faecalis* subaguda sobre válvula protésica biológica con comienzo clínico insidioso, inespecífico y complicaciones embolígenas graves. Se comenta su evolución clínica. Se compara con las características clínicas y evolutivas de la endocarditis bacteriana en ancianos en la literatura.

Palabras clave: Endocarditis bacteriana. *Enterococcus faecalis*. Ancianos.

Summary

We present the case of a 76 year old male sent to the geriatric out patient clinic from his health care center due to weight loss accompanied by anorexia, asthenia and lumbar pain in the last month. Based on all of the tests carried out, the diagnostic conclusion reached was a infective endocarditis caused by *Enterococcus faecalis* located on the prosthetic valve with insidious clinical signs and serious embolic events.

We describe the clinical evolution. We compare the clinical characteristics of infective endocarditis with some previous studies in elderly patients.

Key words: Infective endocarditis. *Enterococcus faecalis*. Elderly.

Introducción

La proliferación de microorganismos en el endotelio cardiaco tiene como consecuencia el desarrollo de una endocarditis infecciosa.

En las últimas décadas se ha objetivado un incremento en la incidencia de esta enfermedad en pacientes ancianos. Los pacientes de edad avanzada por sus especiales características de comorbilidad,

alteraciones nutricionales, disminución de lesiones reumáticas, aumento de valvulopatías degenerativas y utilización frecuente de material protésico intracardiaco, constituyen una población predispuesta al desarrollo de este proceso¹. Sin embargo, existen discrepancias en la literatura sobre la influencia de la edad en la presentación y curso clínico de esta enfermedad. En los últimos años con la mejora de las técnicas diagnósticas se han descrito características y evolución clínica similar a la de los pacientes jóvenes^{2,3}. Algunos autores han sugerido que los pacientes ancianos como en otras patologías, tienen una mayor incidencia de manifestaciones atípicas lo que podría contribuir a un retraso diagnóstico y a una alta incidencia de complicaciones^{4,5}.

A continuación presentamos un caso de Endocarditis infecciosa por *Enterococcus faecalis* en un paciente anciano con una forma de presentación atípica y un debut inespecífico de enfermedad: astenia, hiporexia y dolor lumbar.

Caso clínico

Varón de 76 años de edad que ingresa por presentar desde hace aproximadamente un mes un cuadro de astenia, anorexia, pérdida de unos tres kilos de peso y dolor intenso a nivel lumbosacro que no cede con analgésicos habituales.

Entre sus antecedentes destaca hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, insuficiencia mitral, insuficiencia aórtica severa con colocación de prótesis biológica en 1999, by-pass aortocoronario, prostatectomía radical por hipertrofia prostática en 1997 y estreñimiento severo.

Al ingreso se encuentra en tratamiento con bisoprolol, enalapril, digoxina, nitritos, torasemida, AAS, lansoprazol y paracetamol (1 gr/8 horas).

Correspondencia:
Teresa Villar San Pío
Hospital San Jorge Zaragoza
Padre Manjón, 1
50.010 Zaragoza
E-mail:
teresavsp@msn.com

Presenta la siguiente valoración geriátrica. Esfera socio-ambiental: vive en domicilio con su esposa y tiene un hijo. Esfera funcional: se trata de un sujeto totalmente independiente para las AVD, cuidador principal de su esposa enferma. Esfera cognitiva: no se objetiva deterioro (MEC Folstein 30/35).

En la exploración física inicial únicamente destaca una temperatura de 37°C, a la auscultación cardiaca la presencia de un soplo sistólico aórtico irradiado a cuello y la presencia de dolor sordo, espontáneo y a la palpación en región lumbosacra que irradia en cinturón hacia mesogastrio con fuerza, sensibilidad y ROT en extremidades inferiores normales. Peso 65 Kg/ IMC: 20,06.

A su ingreso se solicita analítica completa de sangre, sedimento de orina, ECG, Radiología de torax, abdomen y columna lumbosacra. Los únicos hallazgos patológicos encontrados son una discreta anemia normocítica (Hb 10,8 mg/dl, Hto 33,1%, VCM 89,9), VSG 60, signos de malnutrición calórico-proteica (colesterol total 104 mg/dl, proteínas totales 6 gr/dl con albúmina de 2,8, 8200 leucocitos con 1100 linfocitos) y signos artrósicos degenerativos en columna dorsolumbar. Resto de pruebas y parámetros dentro de la normalidad.

Durante el ingreso se decide continuar con la escala analgésica de dolor y se instaura tratamiento con opioides débiles tipo tramadol cada 8 horas con lo que el dolor lumbar inicialmente mejora.

Al tercer día de su ingreso sufre de forma brusca un cuadro de disminución del nivel de conciencia, afasia motora y desviación de comisura bucal conservando fuerza y sensibilidad en las cuatro extremidades. Se recupera progresivamente en las siguientes 24 horas aunque persiste una disfasia motora residual. El TAC craneal realizado objetiva infartos lacunares en los ganglios de la base izquierdos y atrofia cortical difusa. Al mismo tiempo se realiza TAC de columna lumbosacra con el resultado de protusión discal difusa de L3-L4 y L4-L5.

En días sucesivos se objetiva febrícula diaria con evolución a picos febriles de más de 38 °C diarios y vespertinos, sin modificaciones en la exploración clínica y con normalidad en pruebas complementarios de control (analítica de sangre, orina, radiología y ecografía abdominal). Se solicitan hemocultivos seriados y se inicia tratamiento antibiótico empírico con cefotaxima y gentamicina parenteral.

Días después el paciente sufre un episodio de dolor agudo en hipocondrio izquierdo de 48 horas de evolución acompañado de nauseas y esplenomegalia

moderada en la exploración física. En TAC toraco-abdominal se aprecia moderada esplenomegalia de densidad heterogénea con extensas áreas hipodensas compatible con infartos esplénicos múltiples o proceso infiltrativo hematológico (Figura 1). El estudio de médula ósea mediante punción esternal descartó patología hematológica.

Tras recibir el resultado de los hemocultivos se constata *Enterococcus faecalis* sensible a amoxicilina y levofloxacin por lo que se inicia tratamiento intravenoso con ambos fármacos. El antibiograma demuestra resistencias a los antibióticos previamente utilizados.

Con sospecha diagnóstica de endocarditis bacteriana se realiza ecocardiograma transtorácico con la intención de objetivar vegetaciones pero no es resolutivo. No se pudo realizar ecocardiograma transesofágico de confirmación.

El paciente es diagnosticado de una endocarditis bacteriana por *Enterococcus faecalis* en sujeto portador de una prótesis biológica que cursó con infarto embolígeno cerebral, infartos esplénicos múltiples, y un síndrome constitucional acompañante con desnutrición.

El paciente fue dado de alta manteniendo el tratamiento antibiótico durante un mes y con una evolución posterior satisfactoria.

Discusión

El inicio del proceso infeccioso de nuestro paciente fue inespecífico con predominio de síntomas constitucionales anorexia, pérdida de peso y malestar general. Se objetivó una pérdida de peso respecto a niveles previos de referencia. La ausencia inicial de fiebre,

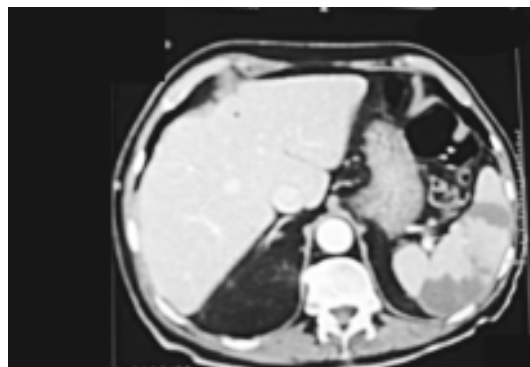


Figura 1.
TC Abdominal infartos
esplénicos

síntoma más común de la enfermedad (80-90%) aunque descrito con menos frecuencia en pacientes ancianos⁶, estuvo parcialmente enmascarada por el uso de analgésicos con efecto antitérmico.

El dolor de espalda motivo de ingreso, ha sido descrito en algunas series de endocarditis bacterianas entre un 7 y un 15%⁷. Aunque es un síntoma habitual de numerosas patologías osteoarticulares del anciano, en nuestro caso no podemos descartar una infección metastásica focal ya que el dolor cedió tras la resolución de la endocarditis con tratamiento antibiótico. En la endocarditis bacteriana, los pacientes a menudo se quejan de artralgias inespecíficas aunque raramente se encuentran signos anormales en las articulaciones⁷.

Se trató de una endocarditis subaguda de comienzo insidioso cuya manifestación clara inicial fue en forma de complicación embolígena, un ictus embólico con disfasia motora residual. La embolización de fragmentos de vegetaciones ocurre en un tercio de los casos pudiendo afectar por vía hematogena a cualquier órgano o tejido siendo clínicamente más evidente en piel, bazo, riñones, sistema esquelético y meninges^{1,8}. Las vegetaciones más de 10 mm de diámetro y las localizadas en válvula mitral tienen mayor probabilidad de embolizar⁴. Además de lesiones vasculíticas y aneurismas micóticos, el cerebro puede presentar infartos por émbolos (20-40%) que pueden dar lugar a abscesos cerebrales.

El bazo está aumentado en la mayoría de los casos con hiperplasia generalizada y su grado relacionado con la duración de la enfermedad. Es relativamente frecuente la existencia de infartos esplénicos que ocasionalmente pueden complicarse con formación de abscesos y ruptura. En nuestro paciente los infartos esplénicos se manifestaron como un episodio de dolor abdominal agudo. El inicio de un tratamiento antibiótico sensible no descarta la posibilidad de continuar con complicaciones embólicas⁹.

El paciente no presentó signos de insuficiencia cardíaca, complicación clínica frecuente^{1,4}. Sin embargo la existencia de un soplo en la auscultación orienta al diagnóstico. La aparición de un nuevo soplo cardíaco o cambio en las características de uno previo es un signo importante de enfermedad.

No se objetivó ningún episodio de delirium durante la hospitalización, descrito con frecuencia en ancianos en algunas series¹⁰ ni declive cognitivo residual tras el ACV.

Otros signos y síntomas que tampoco se presentaron en nuestro caso fueron leucocitosis, anemia intensa,

alteración de la función renal, ni hematuria macroscópica.

El paciente tuvo diversos factores de riesgo de enfermedad. Los ancianos con dispositivos protésicos intracardiacos se considera que presentan un alto riesgo de endocarditis bacteriana¹¹. Se trató de una endocarditis tardía tras implantación de válvula protésica hace más de 5 años.

Nuestro paciente no presentó antecedentes de instrumentación previa, pruebas diagnósticas o infecciones en otras localizaciones sobre todo a nivel urinario. Sin embargo persistía clínica miccional tras haber sido intervenido de patología prostática y tenía estreñimiento habitual severo relacionado en la literatura con el microorganismo aislado en nuestro caso. No existió comorbilidad subyacente, descrita como favorecedora de endocarditis bacteriana en ancianos tales como diabetes o neoplasia^{3,10,12,13}. Al ingreso se constataron parámetros clínicos de desnutrición no teniendo constancia de valores previos de referencia.

Los criterios diagnósticos de endocarditis infecciosa son clínicos, bacteriológicos y ecocardiográficos, aunque en el anciano la ausencia de manifestaciones clínicas no excluyen el diagnóstico. Nuestro paciente cumplió con criterio de endocarditis infecciosa confirmada con el aislamiento de *Enterococcus faecalis* adquirida en la comunidad en varios hemocultivos separados, lesión predisponente protésica valvular, fiebre y embolización en arterias importantes¹⁴. La endocarditis enterocócica se relaciona habitualmente con un origen urológico o gastrointestinal que a menudo ocurre en pacientes ancianos^{4,15,16}. En esta edad algunos estudios han señalado una frecuencia mayor y mayor mortalidad en relación con estreptococos (viridans, bovis y enterococos faecalis)^{11,17-19}. La ecocardiografía ha mejorado el diagnóstico de la endocarditis infecciosa lo que ha motivado su inclusión en los criterios diagnósticos de Duke¹⁴. En nuestro caso la ecografía transtorácica no fue concluyente habiéndose descrito una sensibilidad en diversas series de ancianos entorno a un 45%^{1,10}. La presencia de pequeñas vegetaciones o abscesos en el límite de resolución, vegetaciones ya embolizadas como en nuestro caso o zonas ciegas a ultrasonidos pueden ser causas de falsos negativos. La ecografía transesofágica con una elevada sensibilidad es la prueba de elección en estos pacientes¹⁷.

Nuestro paciente cumplió criterios clínicos de gravedad: edad mayor de 70 años, patología predisponente, material protésico intracardiaco y presencia de complicaciones⁸. El tiempo de demora en el diag-

nóstico desde el comienzo de los síntomas y la estancia media en el Servicio fueron elevados, coincidiendo con los estudios realizados por otros autores^{1,4}. A la endocarditis en el anciano se le ha atribuido un peor curso evolutivo y mayor mortalidad debido a una peor situación funcional previa, mayor fragilidad y mayor porcentaje de patologías asociadas^{4,5}. En nuestro caso la evolución clínica fue satisfactoria con el tratamiento prescrito, con persistencia al alta de gran fragilidad física. La necesidad de un tratamiento antibiótico durante más de un mes contribuyó a la persistencia de una discreta hipoxemia con necesidad de suplementos nutricionales, que fue normalizándose progresivamente. La ingesta de antibióticos durante tiempo prolongado en el anciano no está exento de numerosos efectos secundarios como anorexia o alteraciones en el ritmo deposicional con tendencia a diarreas por *C. difficile*²⁰. El paciente presentó durante la hospitalización un ánimo depresivo reactivo a su situación prolongada de enfermedad con empeoramiento moderado de la autonomía funcional previa que fue mejorando de forma ambulatoria. Al alta el paciente y su esposa se desplazaron al domicilio de un hijo para ser atendidos. Se aconsejó la valoración de un logopeda para tratar su problema de lenguaje residual.

La Endocarditis infecciosa es una enfermedad de diagnóstico difícil especialmente en el anciano ya que su sintomatología se puede atribuir a otras enfermedades. Por tanto, es necesario un alto grado de sospecha clínica y un diagnóstico precoz para el inicio de un tratamiento específico que evite la aparición de complicaciones graves de enfermedad y sus secuelas.

Bibliografía

- Cruz JM, Martínez R, García M, Zarzalejos JM, De la Peña F. Endocarditis infecciosa en el anciano. *Ann Med Interna* 2003;20(11):569-74.
- Paccalin M, Pasdeloup T, Cazenave-Roblot F, Ragot S, Breux JP, Raud-Raynier P, et al. Influence de l'âge sur le pronostic de l'endocardite infective. *Arch Mal Coeur* 2000;93:1083-87.
- Netzer RO, Zollinger E, Seiler C, Cerny A. Native valve infective endocarditis in the elderly and younger adult patients: comparison of clinical features and outcomes with use of the Duke criteria. *Clin Infect Dis* 1999; 28:933-4.
- Castillo Domínguez JC, Anguita Sánchez MP, Ramirez Moreno A, Siles Rubio JR, Mesa Rubio D, Muñoz Carvajal I. y cols. Características clínicas y pronósticas de la endocarditis infecciosa en el anciano. *Rev Cardiol* 2000;53(11):1437-42.
- Thell R, Martin FH, Edwards JE. Bacterial endocarditis in subjects 60 years of age and older. *Circulation* 1975;51:174-82.
- Finkelstein MS. Unusual features of infections in the aging. *Geriatric* 1982;37:65-78.
- Adolf W. Karchmer. Endocarditis infecciosa. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. Mc Graw Hill Interamericana. 15 ed.; 2002:958-68.
- Rodríguez Llorian AC, Martínez Trabanco JI, Segovia Martínez de Salinas E, Moreno Torrico A, Pendas García E. Endocarditis infecciosa. *Medicine* 2001; 8(48):2517-24.
- Vilacorta I, Gaupner C, San Roman JA, Sarria C, Ronderos R, Fernandez C et al. Risk of embolization after institution of antibiotic therapy for infective endocarditis. *JAAC* 2002;39(9):1489-95.
- Dominguez Arganda L, Vazquez Perazuela C, Garcia Navarro JA, Sanchez-Harguindey, Ribera Casado JM. Endocarditis infecciosa en el anciano: estudio retrospectivo entre 1990-1994. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(5):301-7.
- Selton-Suty C, Hoen B, Grentzinger A, Houplon P, Maignan M, Juillière Y, et al. Clinical and bacteriological characteristics of infective endocarditis in the elderly. *Heart* 1997;77:260-3.
- Vandenesch F, Etienne J, Reverdy ME, Eykyn SJ. Endocarditis due to *Staphylococcus lugdunensis*: report of 11 cases and review. *Clin Infect Dis* 1993;17(5): 871-6.
- Gomis M, Sánchez B, Merino P, Sánchez P, Olmeda I, Bezenet E. Infección de tejidos blandos por *Staphylococcus lugdunensis*: presentación de dos casos y revisión general. *Rev Clin Esp* 1998;198:433-6.
- Durack DT, Lukes AS, Bright DK, and the Duke Endocarditis Service. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. *Am J Med* 1994;96:200-9.
- Abboud R, Friart A. Deux cas d'endocardite tricuspídenne isolée après intervention colique. *Acta Clin Belg* 1995;50:242-5.
- Millaire A, Goullard L, Leroy O, Ducloux G. Les endocardites tricuspídennes isolées. A propos d'un cas à *Streptococcus D bovis* et *faecalis* survenu après coloscopie. *Ann Cardiol Angeriol* (Paris) 1991;40:23-7.
- Wermer GS, Schulz R, Fuchs JB, Andreas S, Prange H, Ruschewski W et al. Infective endocarditis in the elderly in the era of transesophageal echocardiography: clinical features and prognosis compared with younger patients. *Am J Med* 1996;100:90-7.
- Terpenning MS, Buggy BP, Kaufmann CA. Infective endocarditis: clinical features in young and elderly patients. *Am J Med* 1997;83:626-34.

20. O'Callaghan AS, Yuste M, Arnedans LL, Grogera BA, Laporte AS, Torres MV. Factores de riesgo de infección por *C.difficile* en pacientes ancianos. Estudio de casos y controles. *Med Clin (Barc)* 2002;115(13):499-500.
19. García MA, Álvarez B, Álvarez F, Moreno de Cisneros A, Bueno JI, Salinas A. endocarditis infecciosa sobre válvula natural: ¿es diferente en el anciano? *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000;35:313-6.