

Endocarditis infecciosa por *Staphylococcus aureus*

Infectious endocarditis due to Staphylococcus aureus

Patricia Ribeiro Sarques¹
Livia Crisóstomo Deldoti²
Francisca Mabel Meza Nuñez²
Alex Pesci Duarte²

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay (UCP)
Pedro Juan Caballero, Amambay, Paraguay

Fecha de recepción: 13 de enero de 2022

Fecha de aceptación: 24 de enero de 2022

Introducción

El presente trabajo desarrolla los puntos fundamentales sobre la infección del endocardio producidas por bacterias, enfocando en la amplia agresividad de los *Staphylococcus aureus*, "La bacteriemia por *Staphylococcus aureus* metilicina resistente es un problema especialmente importante por la elevada mortalidad que condiciona." (GUDIOL, F, 2009)

Es una enfermedad infecciosa que afecta el endocardio y las válvulas cardíacas (1) capaz de provocar un alto riesgo para la vida, por lo cual el pronóstico depende de muchos factores como la virulencia y el estado del paciente.

Las manifestaciones clínicas son la fiebre, el soplo cardíaco que ocurre en 90% de las endocarditis infecciosas izquierdas, astenia, pérdida de peso y alteraciones cutáneas que se describen a continuación (1)(2).

La Endocarditis es de difícil diagnóstico, el tratamiento adecuado resulta ser indispensable para prevenir posibles complicaciones.

Los *Staphylococcus aureus* son cocos grampositivos, catalasa-positivos dispuestos en racimos. Los factores de virulencia incluyen componentes estructurales que

facilitan la adherencia a los tejidos del hospedador o evitan la fagocitosis, y una variedad de toxinas o de enzimas hidrolíticas. (3)

Los factores de riesgo a una infección por *Staphylococcus aureus* comprenden la presencia de un cuerpo extraño, un procedimiento quirúrgico previo y el empleo de antibióticos que suprimen la flora microbiana normal. (3)

Cerca de 90% de los *Staphylococcus aureus* presentan resistencia a la penicilina G y casi la mitad es resistente a metilicina. (4)

Informe de caso

Paciente femenina de 32 años acude al consultorio por fiebre de 39° C e inapetencia de tres días de evolución.

A la exploración física se encontraba en estado general regular, eupneica, lívida, temperatura de 39° C, Fc 93 Lpm, PA 120/60 mm/Hg. En el examen físico cardíaco la auscultación mostró ritmo cardíaco regular, soplo sistólico 3 + / 6 +(Levine,1933) (5) en el área aórtica, irradiado al borde esternal izquierdo y foco mitral, con soplo diastólico 3 + / 6 + en el área aórtica. En la evaluación de la mucosa oral se constató mal estado de higiene y salud. Presentaba nódulo de Osler (nódulo eritematoso doloroso) en punta de los

¹ Médica Generalista. Docente de la Universidad Central del Paraguay (UCP).

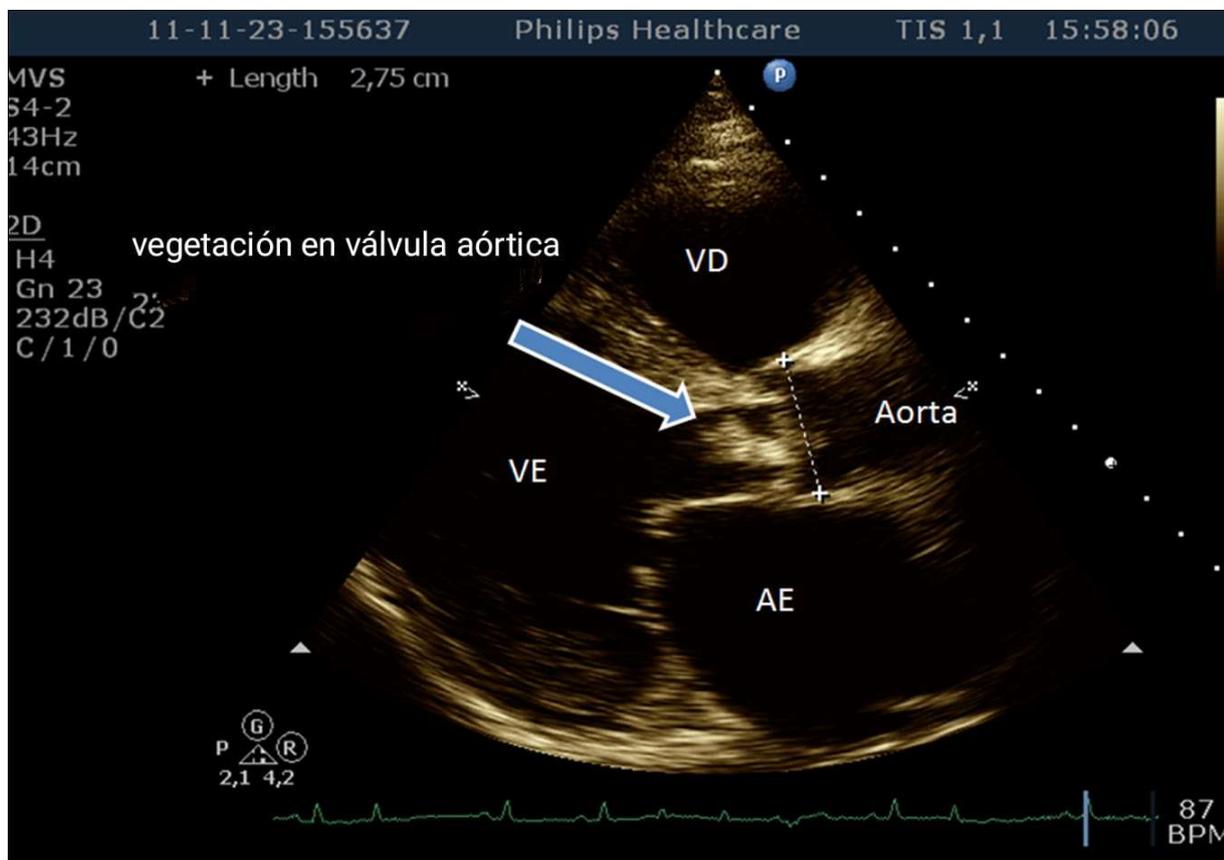
² Estudiantes de la carrera de medicina de la UCP. Contacto: liviacrisostomo2@gmail.com



dedos, lesiones de Janeway (pápulas eritematosas no dolorosas) en planta de las manos y petequias rojo-violáceas en cara y esclera.

Paciente reveló antecedentes de fiebre reumática a los 5 años.

Figura 1. Imagen de ecocardiografía bidimensional que apunta vegetación en válvula aórtica.



En el laboratorio:

Hemoglobina 10,4g/dl

Hematocrito 30,7%

Leucocitos 7800

El ecocardiograma mostró válvula aórtica trivalvar calcificada con doble disfunción e imagen a nivel del anillo valvular que se proyectaba hacia el seno coronario con un aspecto rugoso compatible con vegetación crónica.

A los 2 días de ingreso se inició tratamiento con penicilina cristalina y gentamicina, hubo una mejoría del estado general, pero con persistencia de la fiebre. Cinco días después se identificó el

crecimiento de *Staphylococcus aureus* en los pares de hemocultivos recogidos. Se cambió el tratamiento a oxacilina + gentamicina (4) con resultado exitoso.

Conclusión

Según los criterios de Duke (Criterios diagnósticos para la endocarditis infecciosa) (2) la paciente presentaba al inicio: Un criterio mayor, evidencia de afectación endocárdica en ecocardiograma y cuatro criterios menores: fiebre de 39°C, nódulos Osler, lesiones de Janeway y evidencias serológicas de infección, resultante de los hemocultivos.

Se inició tratamiento empírico padrón para endocarditis con penicilina cristalina

asociada a gentamicina. Tras la información del agente causal anteriormente citado, conocidos por tener cepas resistentes a la meticilina (4), el tratamiento fue modificado para mejor atender la necesidad de la paciente y garantizar la total supresión del microbio con oxacilina asociada a gentamicina que presentan mejor respuesta antimicrobiana específica a este agente.

El tratamiento logró buenos resultados devolviendo a la paciente su estado de bienestar físico y el regreso a su vida cotidiana.

Es necesario evitar factores de riesgo como mala higiene bucal, monitorear pacientes que tuvieron fiebre reumática y uso adecuado de antibioticoterapia para evitar cepas resistentes.

Referencias

- (1) Robbins; Cotran. Patología estructural y funcional. Octava edición [pág. 566 - 569]
- (2) Argente, H. A.; Alvarez, M. E. Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente [pág. 449 - 455]
- (3) Murray; Rosenthal; Pfaller. Microbiología Médica. Séptima Edición [pág. 174 - 187]
- (4) Goodman; Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica décima segunda edición [pág. 1477 - 1487]
- (5) Você sabe medir a intensidade do sopro cardíaco? [Internet] [Citado en 20 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://posfg.com.br/voce-sabe-medir-intensidade-sopro-cardiaco/>

- ⊙ El trabajo no recibió financiamiento.
- ⊙ Los autores declaran no tener conflictos de interés.
- ⊙ Correspondencias pueden encaminarse al correo electrónico del autor o del equipo editorial.