

Endocarditis por *Nocardia* en la válvula mitral nativa

Ana M. Lazo Torres, Carmen Gálvez Contreras, Antonio Collado Romacho, Francisco J. Gamir Ruiz, Fernando Yélamos Rodríguez y Ginés López Martínez

Sección de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

La nocardiosis es una enfermedad infecciosa oportunista que suele producirse en pacientes inmunodeprimidos. Los casos en pacientes inmunocompetentes son infrecuentes. Presentamos el caso de una mujer de 53 años diagnosticada de endocarditis en la válvula mitral nativa por *Nocardia* sp. que requirió sustitución valvular.

Palabras clave: *Nocardia*. Válvula mitral. Endocarditis.

Nocardia Endocarditis in a Native Mitral Valve

Nocardiosis is an opportunistic infection that usually arises in immunodepressed patients. Cases in immunocompetent patients are uncommon. We report a 53-year-old woman diagnosed as having *Nocardia* sp. endocarditis in a native mitral valve, which required valve replacement.

Key words: *Nocardia*. Mitral valve. Endocarditis.

Full English text available at: www.revespcardiol.org

INTRODUCCIÓN

La infección por *Nocardia* sp. es una entidad rara, que suele aparecer en pacientes inmunodeprimidos, bien por tratamientos quimioterapéuticos en pacientes con neoplasias de órgano sólido o hematológicas, por tratamientos esteroideos prolongados o en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. La afección cardíaca es rara y suele producirse en forma de endocarditis o pericarditis. Presentamos un caso de endocarditis en la válvula mitral nativa por *Nocardia* sp.

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años de edad, con antecedentes de síndrome depresivo, hernia discal cervical, sin antecedentes epidemiológicos de interés salvo contacto con pájaros, que ingresa por un síndrome febril de 39 °C de 2 semanas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. La paciente refería como único dato de interés una extracción dental unos días antes del inicio del cuadro febril. Fue tratada con cefixima por vía oral, pero no se observó mejoría, por lo que consultó en el servicio de urgencias, donde le prescribieron ciproflo-

xacino sin que se obtuviera respuesta, por lo que ingresó para estudio.

La exploración física al ingreso fue normal, salvo una discreta palidez de la piel y las mucosas. En la analítica destacaban: anemia normocítica normocrómica, velocidad de sedimentación globular de 101 mm/h, estudio de coagulación normal, moderado aumento de transaminasas e hipopotasemia leve. Los hemocultivos seriados, urocultivo, cultivo de esputo y coprocultivos fueron negativos. Las serologías frente a *Toxoplasma*, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, *Legionella*, *Chlamydia pneumoniae* y *Coxiella* fueron negativas, y los anticuerpos antinucleares, negativos. En la tomografía computarizada torácica, se apreció una cardiomegalia con predominio de cavidades izquierdas y parcheado en vidrio deslustrado en el pulmón derecho.

Se realizó un ecocardiograma que mostró una masa vegetante dependiente de la cara auricular del velo mitral anterior de 1,5 cm de diámetro, por lo que se inició tratamiento antibiótico empírico con cloxacilina, ampicilina y gentamicina, sin mejoría; tras 2 semanas de tratamiento, en un nuevo control ecocardiográfico se objetivó una insuficiencia mitral moderada secundaria a vegetación mitral con flujo de insuficiencia mitral que sugería perforación valvar, por lo cual se remitió a la paciente para tratamiento quirúrgico al servicio de cirugía cardíaca de nuestro hospital de referencia, donde se le implantó una prótesis mitral mecánica tipo Carbomedics. La válvula se encontraba perforada y en el cultivo de ésta se aisló *Nocardia* sp., por lo que en el postoperatorio se inició tratamiento antibiótico según antibiograma con imipenem y ami-

Correspondencia: Dra. A.M. Lazo Torres.
Alta de la Iglesia, 1, 5.º 04006 Almería. España.
Correo electrónico: amlt@mixmail.com

Recibido el 7 de enero de 2004.
Aceptado para su publicación el 17 de marzo de 2004.

cacina; la paciente fue remitida de nuevo a nuestro centro, donde completó el ciclo de tratamiento antibiótico por vía intravenosa (4 semanas) sin nuevas incidencias, y fue dada de alta para continuar tratamiento por vía oral durante 6 meses con trimetoprima-sulfametoxazol y control ambulatorio. Su evolución posterior fue favorable y en la actualidad, tras retirarse la antibióticoterapia, se encuentra completamente asintomática.

DISCUSIÓN

Las infecciones por *Nocardia* sp. suelen manifestarse como una infección supurativa aguda, subaguda o crónica, y su principal órgano diana es el pulmón, donde se presenta generalmente como bronconeumonía confluyente con compromiso pleural y cavitación¹. Las manifestaciones clínicas también incluyen traqueo-bronquitis, peritonitis, abscesos rectales, sinusitis, mediastinitis, peritonitis, osteomielitis, endocarditis y artritis². La afección endocárdica es infrecuente, sobre todo en pacientes sin cardiopatía predisponente, al igual que las endocarditis producidas por otros microorganismos³, y suele producirse en pacientes portadores de prótesis valvulares; hay varios casos descritos en la literatura⁴⁻⁶. Sin embargo, su presentación en la válvula nativa es extremadamente rara⁷. En pocos casos la antibióticoterapia empírica inicial, que suele aplicarse cuando se diagnostica una endocarditis, es apropiada para la endocarditis por *Nocardia*, dado su curso indolente y el bajo grado de sospecha, por lo

cual es necesario, generalmente, el reemplazo valvular y el cultivo de la vegetación para poder instaurar una antibióticoterapia apropiada y potente. Imipenem y ampicacina parecen ser los agentes antimicrobianos más efectivos, e *in vitro* se ha demostrado sinergia entre imipenem y trimetoprima-sulfametoxazol, imipenem y cefotaxima, y ampicacina y trimetoprima-sulfametoxazol⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feigin DS. Nocardiosis of the lung: Chest radiographic findings in 21 cases. *Thorac Radiol* 1986;159:9-14.
2. Sorrell TC, Iredell JR, Mitchell DH. *Nocardia* especies. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 5th ed. New York: Churchill Livingstone, 2000; p. 2637-45.
3. Castillo JC, Anguita MP, Torres F, Siles JR, Mesa D, Vallés F. Factores de riesgo asociados a endocarditis sin cardiopatía predisponente. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:304-7.
4. Falk RH, Dimock FR, Sharkey J. Prosthetic valve endocarditis resulting from *Nocardia asteroides*. *Br Heart J* 1979;41:125-7.
5. Ertl G, Schaal KP, Kochsiek K. Nocardial endocarditis of an aortic valve prosthesis. *Br Heart J* 1987;57:384-6.
6. Eigel P, Elert O, Hopp H, Silber R, Romen W, Schmidt-Rotte H. Nocardial endocarditis after aortic valve replacement: reports of two cases. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1988;22:289-90.
7. Watson A, French P, Wilson M. *Nocardia asteroides* native valve endocarditis. *Clin Infect Dis* 2001;32:660-1.
8. Gombert ME, Aulcinio TM. Synergism of imipenem and amikacin in combination with other antibiotics against *Nocardia asteroides*. *Antimicrob Agents Chemother* 1983;24:810-1.