

# ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) DE CAVIDADES DERECHAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR- AC). REPORTE DE 3 CASOS

## REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Vol 4 | Núm 9 | Ago 2016

Páginas 50-53.

Recibido: 01/03/2016

Aceptado: 14/04/2016

<sup>1</sup> Residente de 3º año de Medicina Interna del Hospital Escuela (HEA) de Agudos Dr Ramón Madariaga, Posadas, Misiones.

<sup>2</sup> Residente de 2º año del Medicina Interna del HEA Dr. Ramón Madariaga.

<sup>3</sup> Médica de planta especialista en Infectología, HEA Dr. Ramón Madariaga.

Los autores expresan no poseer conflicto de intereses.

## AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Martínez, Gabriela.

Av Tte Donato Alvarez 1220, piso 6º, dpto 32. CABA. Argentina.

Email: gabrielamartinez646@gmail.com

Cel: 3764854955

## RIGHT-SIDED INFECTIVE ENDOCARDITIS (IE) CAUSED BY COMMUNITY-ACQUIRED METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS (CA-MRSA). REPORT OF 3 CASES.

Martínez Gabriela<sup>1</sup>, Skromeda María Ivana<sup>1</sup>, Krug Jessica<sup>1</sup>, Salcedo Mara<sup>1</sup>, Sosa Horacio Oscar<sup>2</sup>, Descotte Ana<sup>2</sup>, Niveyro Carla<sup>3</sup>, Peppermans Maria<sup>3</sup>.

### RESUMEN

De las infecciones severas adquiridas en la comunidad, se deben tener en cuenta etiologías emergentes como el SAMR para orientar el plan de estudios y así a detectar y tratar en forma precoz sus complicaciones. Entre ellas, se encuentran la endocarditis infecciosa, que afecta a cavidades derechas nativas derechas en un 8% (EIRA II), siendo el *Staphylococcus aureus* es el agente etiológico más frecuentemente identificado, además, y la incidencia en aumento de cepas meticilino resistentes de la comunidad, nos lleva a replantear las estrategias terapéuticas iniciales utilizadas, debido a su asociación con una alta morbilidad. Describimos 3 casos de EI definida según criterios de Duke's, de cavidades nativas derechas, en individuos no adictos a drogas intravenosas y sin cardiopatía congénita conocida.

**PALABRAS CLAVE:** estafilococo aureus meticilino resistente, infección de la comunidad, endocarditis infecciosa, endocarditis derecha.

### ABSTRACT

Among community-acquired serious infections, emergent etiologies such as MRSA should be considered to guide screening and early treatment of potential complications. Among them is infective endocarditis, which affects right-sided native valves in 8% of cases (EIRA II), *Staphylococcus aureus* being the most frequent cause. The increasing incidence of community-acquired methicillin-resistant strains leads us to rethink therapeutic strategies initially used because of their high morbidity. We described three cases of IE as defined by Duke's criteria on right-sided native valves, in eight non-IV drug abusers with no known congenital heart disease.

**KEY WORDS:** methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*; community-acquired infection; infective endocarditis ;right-sided infective endocarditis.

## Introducción

Dentro de las infecciones severas adquiridas en la comunidad se deben tener en cuenta etiologías emergentes como el SAMR-AC y orientar el plan de estudios a detectar y tratar en forma precoz sus potenciales complicaciones. Entre ellas, se encuentran la endocarditis infecciosa, que afecta a cavidades nativas derechas en un 8% (EIRA II)(1,2), siendo el *Staphylococcus aureus* el germen más frecuentemente aislado, y el aumento de la incidencia de cepas meticilino resistentes provenientes de la comunidad, nos lleva a replantear las estrategias terapéuticas iniciales más adecuadas a utilizar, debido a su asociación con una alta morbilidad.(3,4). Describimos 3 casos de EI definida según criterios de Duke's, de cavidades nativas dere-

chas (5), en individuos no adictos a drogas por vía parenteral y sin cardiopatía congénita conocida.

## Caso 1

Mujer, de 19 años, con antecedentes de forunculosis a repetición, que consulta por amaurosis bilateral, asociada a un absceso facial izquierdo. El examen físico revela: paciente febril, con exoftalmos y compromiso de la motilidad ocular bilateral, con sospecha de celulitis orbitaria, asociada a una lesión eritematosa fluctuante en región facial izquierda con drenaje de

material purulento; no presenta soplo cardíaco. Los resultados del laboratorio muestran leucocitosis con neutrofilia y reactantes de fase aguda elevados. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con vancomicina más ciprofloxacina más clindamicina. En 2 hemocultivos se aísla SAMR sensible a gentamicina, ciprofloxacina, rifampicina y TMS. La paciente evoluciona con alteración del sensorio por lo que se decide realizar punción cuyo resultado muestra pleocitosis a predominio PMN; hiperproteinorraquia, hipoglucorraquia, pandy ++ y sin desarrollo bacteriano. El informe de la tomografía computada de tórax revela: lesiones en parénquima pulmonar compatibles con impactos sépticos. El informe de la resonancia nuclear magnética de cerebro revela: lesiones compatibles con áreas isquémicas bilaterales y trombosis del seno cavernoso. El informe del ecocardiograma transtorácico no revela hallazgos anormales. Los 2 hemocultivos que se toman para control del tratamiento muestran la persistencia del mismo microorganismo (SAMR). Se solicita por ello ecocardiograma transesofágico en el que se observa una vegetación en válvula tricuspídea. Se decide continuar la terapia antimicrobiana con Vancomicina- Rifampicina. Se recibe la CIM a vancomicina de 2, por lo cual continuo con linezolid y anticoagulación, con buena evolución.

## Caso 2

Mujer, 23 años, cursando gestación de 20 semanas. Consulta por dolor abdominal y registros febriles de 48 hs de evolución. A través del examen físico se constata ausencia de latidos cardiorfetales, con lo cual se procede a legrado evacuador. La paciente persiste febril, sin presentar soplo cardíaco; presenta signos de peritonismo. Los resultados de laboratorio revelan leucocitosis neutrofilica con VSG y PCR en aumento, por lo que se decide realizar una laparotomía exploradora e histerectomía con diagnóstico de aborto séptico. En los hemocultivos, las muestras quirúrgicas y el líquido abdominal desarrollan un SAMR. Los informes de la tomografía computada de cerebro, tórax y abdomen revelan: imágenes compatibles con impactos sépticos en SNC con lesiones isquémicas en región occipital medial izquierda y parietal derecha, en el parénquima pulmonar y en el bazo, Se observa por otro lado, una lesión necrótica en el dedo índice derecho a la que se le realiza una PAAF cuyo resultado revela el SAMR. En el El informe del ecocardiograma transtorácico revela : escaso derrame pericárdico, sin otros hallazgos de significación. Se le realiza ecocardiograma transesofágico cuyo resultado evidencia una vegetación poco móvil en pared libre de AD. Se le practica un drenaje percutáneo del absceso esplénico y una punción pericárdica por el derrame pericárdico severo, sin aislamiento de microorganismos. La paciente

cumplió tratamiento antibiótico con vancomicina durante 6 semanas, evolucionando favorablemente.

## Caso 3

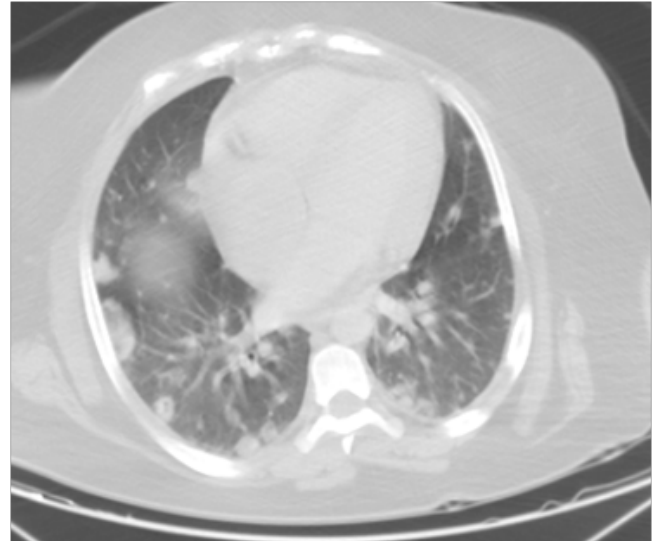
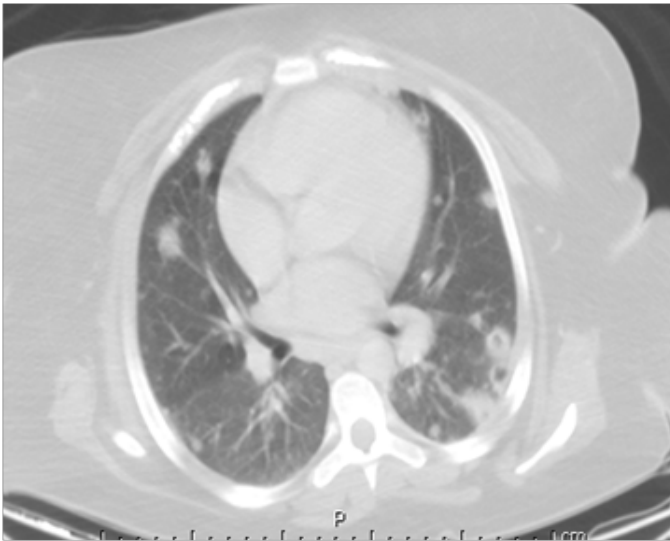
Hombre de 27 años, sin antecedentes de importancia, quien consulta por fiebre y lumbalgia derecha, presentando un forúnculo en la región anterior de antebrazo derecho, con drenaje espontáneo tipo purulento. El examen físico revela un soplo sistólico regurgitativo en foco mitral. El examen físico revela un soplo sistólico regurgitativo en foco mitral. Los resultados del laboratorio revelan una anemia normocítica normocromica, leucocitosis neutrofilica, transaminasas hepáticas elevadas por tres veces su valor normal. Ante este cuadro inicia tratamiento antibiótico empírico con vancomicina más ciprofloxacina más clindamicina. En 4 hemocultivos desarrolla un SAMR sensible a rifampicina, clindamicina, ciprofloxacina, eritromicina, minociclina y gentamicina. La CIM a vancomicina es de 2 ug/ml, por lo que se decide rotar el tratamiento a linezolid. Los informes de las tomografías computadas de tórax y abdomen revelan: impactos sépticos pulmonares y renal derecho asociado a trombosis de vasos renales y vena cava inferior. El ecocardiograma transtorácico muestra escaso derrame pericárdico, sin vegetaciones. Sin embargo el ecocardiograma transesofágico muestra en AD dos imágenes hipoecoicas, móviles, sugestivas de vegetaciones. El paciente evoluciona con un derrame pleural derecho complicado, con requerimiento de videotoroscopia y decorticación pleuropulmonar, aislándose *Acinetobacter baumani* en las muestras quirúrgicas, por lo cual se agrega al tratamiento antibiótico colistina que cumple por 14 días, con buena respuesta.

## Discusión

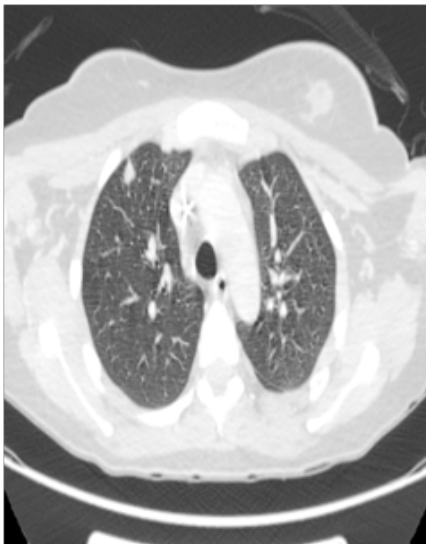
Debido a la baja frecuencia de endocarditis derecha y al aumento de la incidencia de SAMR-AC, (asociándose éste a fallas en el tratamiento antibiótico, y en consecuencia al riesgo de complicaciones y desarrollo de indicadores de mal pronóstico), es necesario planearse su diagnóstico y a partir de ello, considerar la toma de conductas que contribuyan a modificar su evolución (6). Por ello resulta relevante el reporte y análisis de estos casos, provenientes de la comunidad, dos de ellos infectados con cepas en las que se informó una CIM a vancomicina de 2 ug/dl, tratados en nuestra institución, sin factores de riesgo definidos (inmunosupresión, adicción a drogas intravenosas, diabetes mellitus, catéteres endovasculares o hemodiálisis crónica etc) y con compromiso de cavidades cardíacas derechas (7).

## CUADRO COMPARATIVO

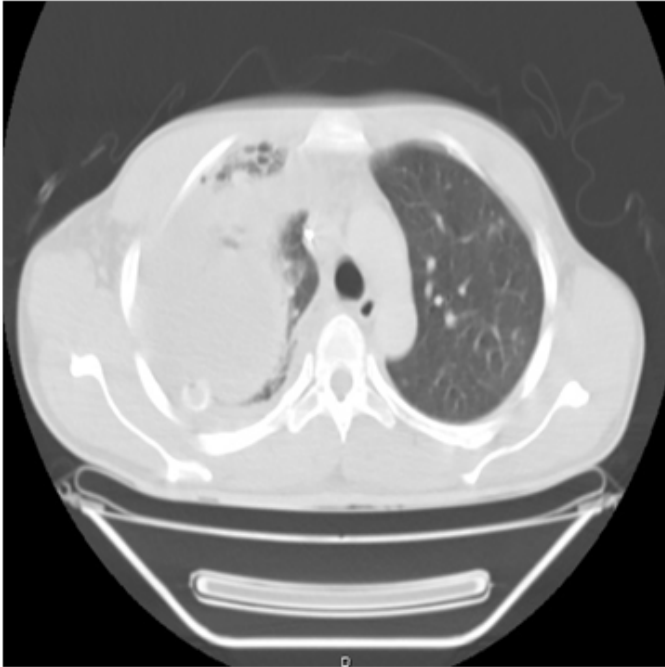
	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Lesion inicial en piel y partes blandas	Si	No	Si
Embolias	Pulmon y SNC	Pulmon, utero, bazo y SNC	Pulmon y riñon
Hemocultivos	SAMR	SAMR	SAMR
CIM a vancomicina	2 ug/ ml	-	2 ug/ ml
Trombosis	Seno cavernoso	-	Vasos renales y vena cava inferior
Tratamiento	Linezolid	Vancomicina	Linezolid



TAC Tórax Caso 1



TAC Tórax Caso 2



TAC Tórax Caso 3

## Bibliografía

1. Juan C. Modenes et al. Predictores de mortalidad intrahospitalaria de la endocarditis infecciosa en la República Argentina: resultados del EIRA-II. *Revista Argentina de Cardiología* / Vol 73 N° 4 / julio-agosto 2005. 283- 290.
2. Ernesto R. Ferreirós et al. Endocarditis infecciosa por *S. aureus* en la Argentina: EIRA 2. Análisis comparativo luego de 10 años de los estudios EIRA 1 y 2. *Rev. argent. cardiol.* v.74 n.1 Buenos Aires ene./ feb. 2006. 35- 42.
3. Gudiol F, et al. Executive summary of the diagnosis and treatment of bacteremia and endocarditis due to *Staphylococcus aureus*. A clinical guideline from the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (SEIMC). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015. Elsevier España. Marzo 2015.
4. Bruno Hoen et al. Infective Endocarditis. *The New England Journal of Medicine* 368;15. Massachusetts Medical Society. Abril 2013.
5. Holland et al. Clinical Management of *Staphylococcus aureus* Bacteremia. Duke Clinical Research Institute, Duke University. National Institute of Health. Abril 2015. 1- 19.
6. Habib G et al. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol.* 2009; e1- e54. Barcelona, octubre 2013.
7. Baddour et al. Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications. *AHA Scientific Statement.* Octubre 2015.