Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1034

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-224 - FIEBRE E INSUFICIENCIA CARDIACA TRAS INGRESO POR DERMATITIS: ¿Y POR QUÉ NO UNA ENDOCARDITIS? A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE ENDOCARDITIS DE ADQUISICIÓN NOSOCOMIAL

R. Rojano Torres, B. Alcaraz Vidal, N. Cobos Trigueros, A. Jimeno Almazán, M. Alcalde Encinas, E. Ruiz Belmonte, P. Escribano Viñas y A. García Pérez

Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia).

Resumen

Objetivos: Describir y analizar dos casos de endocarditis nosocomial (en adelante EN) acontecidas recientemente en nuestro hospital, tras ingreso previo por dermatitis.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de dos casos de EN diagnosticadas en el Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena) en el último año, tras un ingreso previo por dermatitis. Se han analizado las siguientes variables: edad, género, comorbilidad, índice de Charlson, válvula afecta, germen responsable, complicaciones y evolución/desenlace.

Resultados: Los dos casos de EN analizados son varones, con una edad de 73 años (caso 1) y 89 años (caso 2). Ambos habían requerido ingreso hospitalario previo por lesiones cutáneas, con el diagnóstico dermatológico de dermatitis de contacto (caso 1) y eczematización de lesiones de rascado debido a escabiosis (caso 2). Desde el alta hospitalaria hasta el ingreso actual había ocurrido una media de 12 días. Entre las principales comorbilidades se encuentran: hipertensión arterial, EPOC, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica, con un índice de Charlson medio de 5 (rango 4-6). Los motivos de ingreso fueron shock séptico (caso 1) e insuficiencia cardiaca y fiebre (caso 2), con ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (caso 1) y planta de hospitalización convencional (caso 2) con ventilación mecánica no invasiva, una vez desestimado ingreso en UCI por comorbilidad. En ambos casos el germen responsable fue Staphylococcus aureus meticilín-sensible, y la localización la válvula nativa mitral, que presentaba calcificación de aspecto degenerativo sin otra patología valvular predisponente. El diagnóstico se confirmó mediante ecocardiografía transesofágica, con un tiempo medio desde el ingreso hasta el diagnóstico de 4 días. La evolución fue tórpida aunque favorable en ambos, presentando el caso 1 complicaciones locales (aneurisma valvular y perforación que genera insuficiencia mitral moderada) y a distancia (embolismo cerebral y nódulos de Osler).

Discusión: La endocarditis de adquisición nosocomial es una patología de incidencia creciente, debido fundamentalmente al aumento de exploraciones invasivas en pacientes con elevada comorbilidad y cada vez más añosos, siendo su morbimortalidad superior a la endocarditis de origen comunitario. Las lesiones de rascado presentes en diversas patologías dermatológicas pruriginosas pueden conducir a bacteriemias transitorias por gérmenes colonizadores de la piel, en especial Staphylococcus aureus, patógeno de elevada virulencia y especial apetencia por el endocardio. Por este motivo, en presencia de bacteriemia por Staphylococcus aureus y especialmente si la adquisición es nosocomial y/o va acompañada de clínica sugestiva, deberemos descartar endocarditis infecciosa como primera posibilidad diagnóstica.

Conclusiones: La endocarditis nosocomial en una infección grave con incidencia creciente. La EN por Staphylococccus aureus puede presentarse como complicación de patología dermatológica con prurito y consecuentes lesiones de rascado. La localización más frecuente es mitral y no son excepcionales las complicaciones locales y a distancia. Ante bacteriemia por Staphylococcus aureus y especialmente si la adquisición es nosocomial y/o va acompañada de clínica sugestiva, es obligatoria la realización de ecococardiografía encaminada a descartar endocarditis infecciosa como primera posibilidad diagnóstica.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.