



Fracaso renal agudo y vasculitis leucocitoclástica como forma de presentación de endocarditis infecciosa por *Streptococcus bovis*

F. López García, R. Enríquez*, F. Amorós* y A. Teruel**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Vega Baja (Orihuela). Sección de Nefrología* y Anatomía Patológica** del Hospital General Universitario de Elche.

Sr. Director:

El *Streptococcus bovis* es un estreptococo del grupo *viridans* responsable del 5-10% de todos los casos de endocarditis infecciosa (EI) que afectan a válvula nativa¹. La mayoría de los pacientes tienen una enfermedad del colon (divertículos y sobre todo pólipos o neoplasias), una hepatopatía crónica o ambos procesos que son responsables de la bacteriemia y posterior colonización de las válvulas cardíacas por dicho germen². Clínicamente se manifiesta con fiebre y afectación del estado general³. Describimos un paciente con una EI por *Streptococcus bovis* que se manifestó inicialmente con fiebre, púrpura palpable e insuficiencia renal aguda.

Varón de 68 años, alérgico a la penicilina, que consultó por fiebre, deterioro del estado general de varios meses de evolución y aparición unos días antes del ingreso de lesiones cutáneas en miembros inferiores. Exploración física: temperatura 38,5 °C, presión arterial 120/70 mmHg. AC: soplo sistólico polifocal II/VI en punta y AP normal. Abdomen y neurológico normal. MMII sin edemas, lesiones purpúricas bilaterales, palpables que no desaparecían a la presión. No otras lesiones cutáneas a distancia. Analítica: hemograma: hemoglobina 6,2 g/dl, leucocitos 12.860/mm³ con predominio de neutrófilos, plaquetas 88.000/mm³. Bioquímica: urea 289 mg/dl, creatinina 10 mg/dl, sodio 130 meq/l, potasio 5,9 meq/l, proteínas totales 5,5 g/dl (albúmina 2,8 g/dl). VSG 114 mm/h, PCR 11,3 mg/l (VN 0-5), C3 17 mg/dl (VN 64-196), C4 11 mg/dl (VN 12-54), factor reumatoide

64 U/l (VN < 40), crioglobulinas positivas con patrón policlonal mixto. Glucosa, bilirrubina total, transaminasas, FA, LDH, GGT, calcio total, fósforo y ácido úrico normales así como dosificación de inmunoglobulinas, inmunofijación en suero, ASLO, ANA, ANCA, TSH, PSA y serología para lúes, VIH y hepatitis B y C. Sedimento de orina: hematuria y cilindros hemáticos. Proteinuria de 24 horas: 1,2 g. En tres de los hemocultivos solicitados creció *Streptococcus bovis*. Cultivo de orina negativo. ECG: RS a 86 lpm, bloqueo bifascicular. Radiografía de tórax: no cardiomegalia; derrame pleural bilateral. Ecografía abdominal y pélvica normal. Colonoscopia: lesión polipoidea de 8 mm en sigma que se extirpó y cuyo estudio anatomopatológico reveló adenoma vellosos sin atipias.

Ecocardiografía transesofágica: verruga de 24 x 9 mm en válvula pulmonar; insuficiencia aórtica moderada con calcificación de bordes libres. Biopsia de piel: vasculitis leucocitoclástica.

El paciente fue diagnosticado de vasculitis y fracaso renal agudo en relación con probable glomerulonefritis proliferativa asociada a EI por *Streptococcus bovis*. Se planteó biopsia renal que fue desestimada por el paciente. Se inició hemodiálisis y tratamiento con vancomicina ajustada a los niveles plasmáticos. El paciente quedó afebril a los tres días de comenzado el tratamiento antibiótico y una semana después se solicitaron nuevos hemocultivos que resultaron negativos. Al alta las lesiones cutáneas habían desaparecido, la creatinina fue de 1,6 mg/dl, el complemento se normalizó y el factor reumatoide y las crioglobulinas se negativizaron.

En la EI puede producirse distintas lesiones renales como infartos, émbolos sépticos, glomerulonefritis aguda y nefritis intersticial⁴. En este paciente la presentación como un síndrome nefrítico agudo con cilindros hemáticos es muy sugestiva

Correspondencia: Dr. Francisco López García
Maestro Alonso, 100 1^{er}
03012 Alicante

de nefropatía glomerular. La verdadera incidencia de glomerulonefritis en la EI se desconoce, pero se cifra según los autores sobre un 22-26%^{4,5}. La insuficiencia renal en la EI implica una mayor morbi-mortalidad y los enfermos que llegan a precisar diálisis fallecen con frecuencia⁵. En el presente caso, la evolución con tratamiento antibiótico fue excelente, recuperándose la función renal. Por otra parte, la vasculitis leucocitoclástica es infrecuente en la EI, de forma que González-Juanatey y cols., en su amplia serie, la encuentran en un 3,6% de los casos⁶. La vasculitis estaría en relación con inmunocomplejos con o sin crioglobulinas, y en ocasiones los ANCA han sido positivos⁷. Muy rara vez la EI por *Streptococcus bovis* aparece simultáneamente, como sucedió en nuestro paciente, con insuficiencia renal y púrpura^{8,9}; sin embargo, en nuestro enfermo la insuficiencia renal fue más grave y requirió diálisis y la vasculitis se comprobó histológicamente. En conclusión, la EI debe considerarse sistemáticamente en el diagnóstico diferencial de los pacientes con insuficiencia renal aguda y/o vasculitis leucocitoclástica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tornos MP, Miró JM: Endocarditis Infecciosa. En: Rozman C, de. Tratado de Medicina Interna Ferreras Rozman. Barcelona: Ediciones *Doyma* 718-34, 2000.
2. Zarkin BA, Lillemoe KD, Cameron JL, Effron PN, Magnuson TH, Pitt HA: The triad of *Streptococcus bovis* bacteriemia, colonic pathology, and liver disease. *Ann Surg* 211: 786-91, 1990.
3. Bayer AS: Infective Endocarditis. *Clin Infect Dis* 17: 795-800, 1993.
4. Majumdar A, Chowdhary S, Ferreira MA, Hammond LA, Howie AJ, Lipkin GW, Littler WA: Renal pathological findings in infective endocarditis. *Nephrol Dial Transplant* 15: 1782-7, 2000.
5. Neugarten J, Gallo GR, Baldwin DS: Glomerulonephritis in bacterial endocarditis. *Am J Kidney Dis* 3: 371-9, 1984.
6. González-Juanatey C, González-Gay MA, Llorca J, Crespo F, García-Porrua C, Corredoira J, Vidan J, González-Juanatey JR: Rheumatic manifestations of infective endocarditis in non-addicts: 12-year study. *Medicine* (Baltimore) 80: 9-19, 2001.
7. Soto A, Jorgensen C, Oksman F, Noel LH, Sany J: Endocarditis associated with ANCA. *Clin Exp Rheumatol* 12: 203-4, 1994.
8. Ades L, Akposso K, Costa de Beauregard MA, Haymann JP, Mougnot B, Rondeau E, Sraer JD: Bacterial endocarditis associated with crescentic glomerulonephritis in a kidney transplant patient: first case report. *Transplantation* 66: 653-4, 1998.
9. Le Moing V, Lacassin F, Delahousse M, Duval X, Longuet P, Lepout C, Vildé JL: Use of corticosteroids in glomerulonephritis related to infective endocarditis: three cases and review. *Clin Infect Dis* 28: 1057-61, 1999.