



Endocarditis en hemodiálisis y pronóstico

A. de Lorenzo, C. Bernis, G. Diego* y J. A. Sánchez Tomero

Servicio de Nefrología. *Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de la Princesa

Sr. director:

La endocarditis bacteriana es una patología en aumento en los pacientes con IRC en hemodiálisis, genera ingresos prolongados y destaca su mal pronóstico con hasta un 37% de mortalidad durante la hospitalización y 50% al año¹⁻⁵.

En nuestro centro hemos tenido ocasión en el último año de tratar tres endocarditis en HD (uno del hospital y dos referidas desde centros periféricos) en los que a pesar de la edad avanzada de los pacientes (78, 78, 77 años) y la importante comorbilidad asociada la evolución ha sido satisfactoria.

Nuestros tres pacientes tenían en común ser portadores de catéteres tunelizados para hemodiálisis desde unos 5 meses previos. La incidencia de endocarditis es alta en hemodiálisis, entorno a un 3% que aumenta hasta un 9% cuando existe infección del acceso^{4,5}. El riesgo relativo de bacteriemia es de 7,6 para los portadores de catéter frente a 1,3 para las fístulas nativas⁵. La sospecha diagnóstica al ingreso no fue endocarditis, siendo el motivo del ingreso gastroenteritis en uno, e insuficiencia cardíaca con febrícula en dos. El diagnóstico de endocarditis se hizo por 3 hemocultivos positivos para estafilococo (dos de ellos meticilin y gentamicina resistentes) y ecocardiograma transesofágico. Uno de los pacientes con importante hiperparatiroidismo presentaba endocarditis en velo posterior de la válvula mitral calcificada con insuficiencia II/VI. Los pacientes con IRC tienen un aumento de las calcificaciones valvulares⁴⁻⁸, un aumento de las proteínas morfogenéticas del hueso y de osteopontina⁶. El fósforo superior a 4,5 mg es capaz de inducir la Cbfa-I de las células musculares lisas e inducir diferenciación en osteoblastos⁷. El segundo paciente presentaba en el Eco una vegetación en válvula anterior tricúspide. Si bien son menos frecuentes que en la población general, en pacientes con catéter permanente se observa aumento de la patología en corazón derecho⁹. Estos dos pacientes tenían además una diseminación hematogena ósea con espondilodiscitis lumbar demostrada mediante resonancia y galio. Aunque la presencia de diseminación hematogena y la afectación mitral se consideran factores de alto riesgo para mortalidad¹ estos pacientes fueron tratados con antibióticos (vanco y rifampicina 10 semanas, reposo inicial y corsé de descarga posterior) con buena evolución clínica y ra-

diológica. El alta del hospital se produjo a las 4 semanas. El tercer caso un diabético con válvula metálica aórtica ingresó por desorientación, fiebre insuficiencia cardiaca e infección urinaria. La diabetes se ha considerado también por algunos autores un factor de riesgo¹⁰. Se diagnosticó endocarditis por estafilococo meticilin sensible con vegetación en válvula aórtica. Vigilado por cirugía la evolución clínica fue favorable con alta a los 30 días.

La sospecha de endocarditis ante cualquier episodio febril en hemodiálisis, especialmente en pacientes con catéter, debe llevar a descartarla mediante eco transesofágico (en nuestros pacientes el Eco trastrórico no permitía buena visualización) aunque el cuadro clínico no sea típico. Por otra parte el control cuidadoso del HPT y el fósforo es fundamental para evitar las calcificaciones valvulares. Se ha descrito una asociación de la PCR y los reactantes con la calcificación valvular y la mortalidad cardiovascular^{6,11}. En nuestros pacientes la PCR inicialmente entre 20 y 40 disminuyó a 4 tras tto. antibiótico. Aunque no hay evidencias definitivas se ha sugerido el uso de estatinas puede disminuir la calcificación vascular y cardíaca¹¹.

Es destacable la evolución favorable de los tres casos a pesar de la edad y, la importante co-morbilidad y la presencia de diseminación hematogena ósea en dos de ellos con estafilococo meticilin-resistente¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Nori US, Manoharan A, Thornby JJ y cols.: Mortality risk factors in chronic haemodialysis patients with infective endocarditis. *Nephrol Dial Transplant* 21(8): 2184-90, 2006.
2. Heiro M, Helenius H, Makila S y cols.: Infective endocarditis in a Finnish teaching hospital. A study on 326 episodes treated during 1980-2004. *Heart* 38(4): 263-73, 2006.
3. Shroff GR, Herzog CA, Ma JZ, Collins AJ: Long-term survival of dialysis patients with bacterial endocarditis in the United States. *Am J Kidney Dis* 44(6): 1077-82, 2004.
4. Hoen B: Infective endocarditis: a frequent disease in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 6: 1360-2, 2004.
5. Chambers J, Austen C, Goldsmith DJ: Infective endocarditis in dialysis patients: new challenges and old. *Kidney Int* 64(7): 720-7, 2003.
6. Kajbaf S, Veinot J, Ha A: Comparison of surgical removed cardiac valves of patients with ESRD with those of the general population. *Am J Kidney Dis* 46: 86-93, 2005.
7. Mohler ER, Gannon F, Reynolds C y cols.: Bone inflammation in cardiac valves. *Circulation* 103: 1522-28, 2001.
8. Jono S, McKee MD, Murray CE y cols.: Phosphate regulation of vascular smooth muscle cell calcification. *Cir Res* 87(7): E10-7, 2000.
9. Ribot S, Siddiqi SW, Chen C: Right heart complications of dual lumen tunneled venous catheters in hemodialysis patients. *Am J Med Sci* 330(4): 204-8, 2005.

Correspondencia: Carmen Bernis
Hospital Universitario de La Princesa
Diego de León, 62
28002 Madrid
E-mail: cbernis@senefro.org

A. DE LORENZO y cols.

10. Kourany WM, Miró JM, Moreno A y cols.: Influence of diabetes mellitus on the clinical manifestations and prognosis of infective endocarditis: a report from the International Collaboration on Endocarditis *J Infect Dis* 38(8): 613-9, 2006.
11. Nissen DW, Tuzcu EM, Schoenhagen P y cols.: Statin therapy, LDL Cholesterol, C-reactive protein and coronary artery disease. *N Eng J Med* 352: 29-38, 2005.
12. Danese MD, Griffiths RI, Dylan M, Yu HT, Dubois R, Nisenson AR: Mortality differences among organisms causing septicemia in hemodialysis patients. *Hemodial Int* 10(1): 56-62, 2006.