

SACROILEÍTIS UNILATERAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

EDUARDO M. HERRERA,⁽¹⁾ NATALIA C. GODOY^{(2)*}

1) *Exconcurrente de Clínica Médica, Sanatorio Americano; 2) Instructora de la concurrencia de Clínica Médica, Sanatorio Americano, Rosario*

Resumen

La sacroileítis unilateral como manifestación inicial de endocarditis bacteriana es una forma inusual de presentación. Frecuentemente los síntomas reumatológicos anteceden en días o incluso en meses a los síntomas clásicos de la endocarditis, simulando enfermedades reumatológicas o infecciosas, generando un retraso en el diagnóstico. Los agentes etiológicos que suelen asociarse a estas formas de presentación son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus viridans*. Es importante considerar estas formas de presentación para arribar a un diagnóstico temprano y así intentar disminuir el riesgo de complicaciones y la mortalidad.

Palabras clave: endocarditis, sacroileítis, fiebre.

UNILATERAL SACROILEITIS AS THE INITIAL MANIFESTATION OF INFECTIVE ENDOCARDITIS

Summary

*Unilateral sacroileitis as the initial manifestation of bacterial endocarditis is an unusual form of presentation. Frequently the rheumatologic symptoms appear days or even months before the classic symptoms of endocarditis, simulating rheumatologic or infectious diseases and delaying the diagnosis. The etiologic agents most frequently associated with these presentations are *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus viridans*. It is important to be aware of these forms of presentation in order to arrive to an early diagnosis, prevent the risk of complications, and reduce mortality.*

Keywords: endocarditis, sacroileitis, fever.

* Dirección postal: Catamarca 3193, 1er. piso; 2000 Rosario (SF), Argentina.
Correo electrónico: nataliacgodoy@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa se define como la infección del endotelio principalmente valvular cardíaco, aunque puede localizarse también en dispositivos, prótesis y defectos intracardíacos. Es la consecuencia de una bacteriemia, que posteriormente se aloja en el endocardio. Los síntomas pueden ser agudos o subagudos. La manifestación más frecuente es la fiebre y el resto de signos y síntomas acompañantes pueden resultar sumamente variables e inespecíficos, por lo que el diagnóstico puede retrasarse y ser dificultoso. La sacroileítis constituye una de las manifestaciones osteoarticulares de muy baja incidencia.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 30 años que consultó por cuadro de 1 mes de evolución, el que se inició con dolor en la región glútea derecha exacerbado con la bipedestación, e impotencia funcional del miembro inferior homolateral. Consultó en otra institución donde se realizó una resonancia magnética de columna lumbar sin alteraciones, y un centellograma óseo que evidenciaba sacroileítis derecha (Figura 1), por lo que se le indicó tratamiento con diclofenac, cianocobalamina y corticoides inyectables. Tuvo mejoría parcial de los síntomas. Tres días antes de la consulta en nuestro servicio presentó registros febriles con escalofríos, y dolor en la región posterior de la pierna izquierda con una erupción cutánea evanescente no constatada al ingreso.

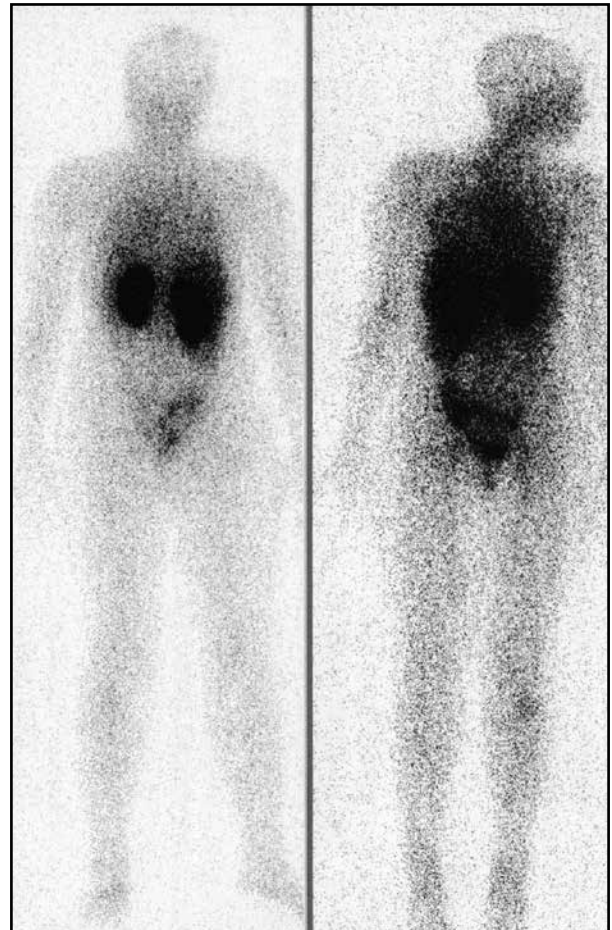
Antecedentes personales: hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, prolapso de válvula mitral, cirugía de cornetes 4 meses antes, y fiebre de origen desconocido tres meses previos, oportunidad en la que recibió tratamiento con levofloxacina por 7 días, sin un diagnóstico específico.

Al examen físico presentaba fiebre de 38,5°C, soplo 2/6 sistólico en foco mitral y dolor en cadera derecha que se exacerbaba con el apoyo, sin evidencia de signos de flogosis.

- Laboratorio al ingreso: hematocrito 31%, hemoglobina 10,1 g/dl, glóbulos blancos 14.500/mm³ (78% neutrófilos), velocidad de eritrosedimentación 30 mm en la primera hora y laboratorio inmunológico negativo.

- Radiografía de caderas: disminución del espacio interarticular sacroilíaco derecho.

- Tomografía axial computada de pelvis: alteración de la densidad tipo inflamatoria a nivel del celular



Posterior / Anterior 24 hs.

Figura 1. Centellograma óseo que muestra una hiper captación a nivel de la articulación sacroilíaca derecha. En la imagen de la izquierda se observa la vista posterior y a la derecha está la vista anterior.

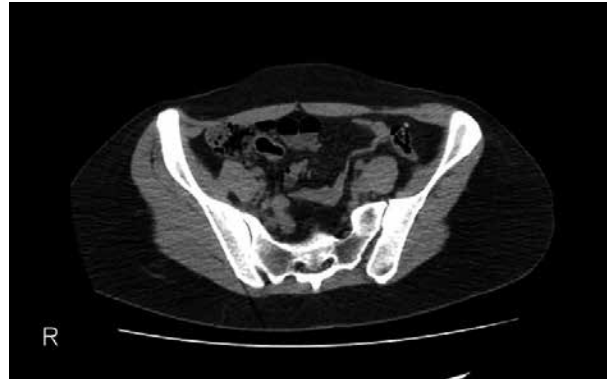
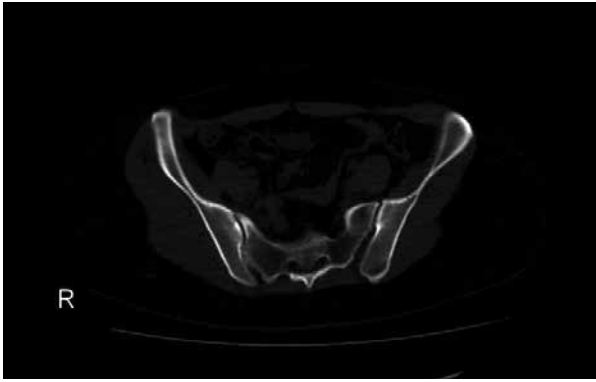
subcutáneo en zona glútea a predominio derecho (Figuras 2 y 3).

- Hemocultivos al ingreso: positivos para *Streptococcus viridans* sensible a vancomicina, eritromicina, ampicilina, cefotaxima, clindamicina, rifampicina.

- Urocultivo: negativo.

- Ecocardiograma doppler transtorácico (Figura 4): válvula mitral de característica mixomatosa, moderadamente engrosada y prolapsando hacia la aurícula izquierda, observándose una imagen ecodensa y móvil en la cara auricular de la misma.

- Ecocardiograma transesofágico: dos vegetaciones de 15 x 8 y 11 x 5 mm en válvula mitral, e insuficiencia mitral leve.



Figuras 2 y 3. Imágenes de tomografía axial computada donde se observan ambas articulaciones sacroilíacas con alteración de la densidad –de tipo inflamatorio–, a nivel del tejido celular subcutáneo en la zona glútea, a predominio derecho.

Se inició tratamiento empírico con cefalotina, gentamicina y ampicilina. Los hemocultivos de control a los 7 días fueron negativos.

El ecocardiograma transesofágico realizado 15 días posteriores al inicio de tratamiento antimicrobiano, evidenciaba una disminución del tamaño de las vegetaciones en la válvula mitral (<10 mm) e insuficiencia mitral moderada.

Completó 21 días de antibioticoterapia endovenosa, externándose con tratamiento vía oral con amoxicilina/ácido clavulánico 2 g/día hasta completar 6 semanas.

DISCUSIÓN

La sacroileítis como manifestación inicial de una endocarditis es una forma muy poco frecuente de presentación. En la revisión de la literatura científica aparecen escasos reportes.¹⁻⁶

Las manifestaciones reumatológicas, incluidas las manifestaciones musculoesqueléticas como la artritis, se presentan con una frecuencia estimada entre 17 y 44% de los casos de endocarditis bacteriana, muchas de las veces antecediendo a los síntomas clásicos de la endocarditis en días, incluso en meses.^{3-5,7,8} Por ello que resulta importante considerar esta forma de presentación y así evitar retrasos en el diagnóstico.

Habitualmente los pacientes consultan por artralgias, fiebre o simulando cuadros reumatológicos los cuales suelen ser mal interpretados como enfermedades autoinmunes, ataques de gota o artritis, siendo tratados

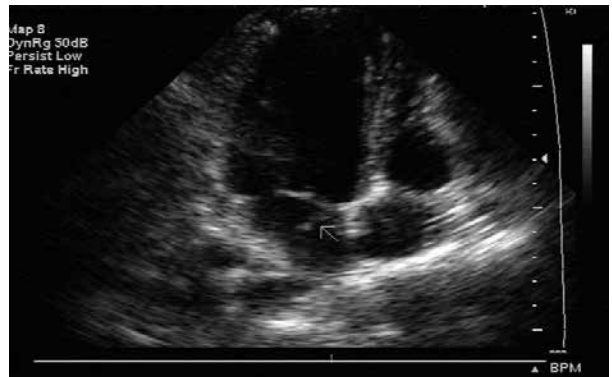


Figura 4. Imagen de ecocardiograma que muestra la vegetación en la válvula mitral.

con analgésicos, antiinflamatorios y/o corticoides, y en algunos casos con antibióticos, pero con regímenes inadecuados para endocarditis.

Esto genera un retraso en el diagnóstico de endocarditis bacteriana, con riesgo de afectación más severa del aparato valvular, peor pronóstico y eventual mayor necesidad de tratamientos prolongados y cirugía.

En las series de casos reportados en la literatura, los agentes causales más frecuente de endocarditis bacterianas que se asocian a manifestaciones reumatológicas son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus viridans* dependiendo de las series, con una incidencia combinada de aproximadamente el 60%.^{3,4,8}

El mecanismo por el cual se producen las artritis y las mialgias no está bien determinado, existiendo diferentes teorías:

- Por embolia séptica desde la vegetación; ésta fue la primera de las teorías, la cual no puede explicar la negatividad de los cultivos de líquido sinovial de las articulaciones afectadas.^{4,8}

- Por microembolias en los períodos tempranos de la enfermedad, que debido al bajo inóculo de gérmenes no alcanzan a producir una artritis séptica, pero sí a generar trastornos inflamatorios de las articulaciones afectadas.^{4,5}

- Por autoinmunidad. La endocarditis, al ser una inflamación prolongada, genera mecanismos de autoinmunidad. Lo que respalda esta teoría es que en muchos pacientes con endocarditis subaguda se encuentran anticuerpos antifactor reumatoideo, inclusive en títulos altos, y anticuerpos antinucleares (ANA). Cuanto más prolongada es la evolución de la endocarditis, mayor es el porcentaje de pacientes que los presentan. También se ha demostrado la presencia de crioglobulinas, complejos inmunes circulantes, anticuerpos anti *Candida albicans*, VDRL, anticuerpos antimitocondriales y antitiroideos. Muchas veces la presencia de estos anticuerpos retrasa y confunde el diagnóstico. Se observó que los títulos de ANA descienden luego de la antibioticoterapia y la mejoría del cuadro clínico.^{4,5,8}

- Por último, también se ha observado una vasculitis necrotizante en biopsias de músculos de pacientes con endocarditis, especialmente en aquéllos con presentación similar a polimialgia reumática o fibromialgia.⁵

Ciertas características clínicas pueden ayudar a la sospecha de endocarditis en pacientes con manifestaciones reumatológicas (Tabla I).¹

Al comparar los pacientes con endocarditis y manifestaciones reumatológicas asociadas con aquéllos que no desarrollaron compromiso reumatológico, no se encontraron diferencias significativas en la morbilidad ni en la mortalidad; por lo que presentar manifestaciones reumatológicas en el contexto de una endocarditis no constituiría por sí mismo un factor de riesgo independiente.³ Solo se ha informado que estos pacientes tienen una incidencia aumentada de embolias sépticas y mayor frecuencia de microhematuria.^{3,8}

En el caso de nuestra paciente el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y el diagnóstico de endocarditis fue prolongado, habiendo recibido previamente tratamiento sintomático por su sacroileítis.

Cabe destacar que la paciente, al momento de la primera consulta, presentaba sacroileítis unilateral, la cual constituye una de las manifestaciones reumatológicas en la que se recomienda realizar estudios con el objetivo de descartar endocarditis.

Tabla I. Situaciones en que se debe sospechar una endocarditis.

Ausencia de enfermedad reumatológica o de lumbalgia previas.

Uso de drogas endovenosas.

Sinovitis aguda de ciertas articulaciones que no son las más comúnmente afectadas por artritis (metacarpofalángica única, esternoclavicular, acromioclavicular).

Presentación atípica de una poliartritis, en especial con fiebre de bajo grado.

Síndromes pseudogripales prolongados con artralgiyas y mialgias, en especial cuando se asocian a una velocidad de eritrosedimentación alta y/o anemia nueva.

Lumbalgia con fiebre.

Sacroileítis unilateral.

CONCLUSIÓN

La finalidad de comunicar este caso es enfatizar que la endocarditis bacteriana puede presentarse con manifestaciones reumatológicas, habiéndose descrito signos de alerta que en caso de estar presentes deben aumentar la sospecha de endocarditis. De esta manera

podría arribarse a un diagnóstico más temprano, evitar el enmascaramiento de los síntomas con tratamientos sintomáticos y disminuir el riesgo de complicaciones y mortalidad que podría acarrear un diagnóstico tardío.

(Recibido: mayo de 2015. Aceptado: junio de 2015)

Referencias

1. Slobodin G, Roner I, Rozenbaum M, Goldstein L, Yes-hurun D. *Sacroileitis as presenting manifestation of infective endocarditis*. Clin Exper Rheumatol 19: 109, 2001.
2. Pepermans M, Requena M, Popescu B. Casuística: Sacroileítis como manifestación inicial de endocarditis infecciosa. Rev Fac Med Univ Nac Nordeste 24(1-2): 30-2, 2006.
3. González-Juanatey C, González-Gay MA, Llorca J, y col. *Rheumatic manifestations of infective endocarditis in non-addicts. A 12-year study*. Medicine 80: 9-19, 2001.
4. Meyers OL, Commerford PJ. *Musculoskeletal manifestations of bacterial endocarditis*. Ann Rheum Dis 36: 517-9, 1977.
5. Heffner JE. *Extracardiac manifestations of bacterial endocarditis*. West J Med 131: 85-91, 1979.
6. Llinas L, Harrington T. *Musculoskeletal manifestations as initial presentation of infective endocarditis*. South Med J 98: 127-8, 2005.
7. Sapico F, Liqueste J, Sarma R. *Bone and joint infections in patients with infective endocarditis: Review of a 4-year experience*. Clin Inf Dis 22: 783-7, 1996.
8. Bittermann V, Pros Simón A. *Manifestaciones osteoarticulares de endocarditis*. Semin Fund Esp Reumatol 11: 152-8, 2010.

El arte es simplemente un método acertado de hacer las cosas. La prueba del artista no consiste en la voluntad que pone, sino en la excelencia de la obra que produce.

SANTO TOMÁS DE AQUINO