

Hansanee Fernández Manandu<sup>1</sup>  
Nerea Alcorta Lorenzo<sup>2</sup>  
Xabier Camino Ortiz de Barrón<sup>2</sup>  
José Ignacio Berasategui Calderón<sup>3</sup>  
Francisco Rodríguez Arrondo<sup>2</sup>

## Endocarditis infecciosa por *Kytococcus schroeteri*, a propósito de dos casos clínicos

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Álava.

<sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Donostia.

<sup>3</sup>Hospital Bidasoa

### Article history

Received: 13 August 2020; Revision Requested: 2 September 2020; Revision Received: 28 September 2020; Accepted: 13 October 2020; Published: 18 December 2020

Sr. Editor: *Kytococcus schroeteri* es una causa poco frecuente de endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula protésica y puede ser poco reconocida debido a su similitud con otros micrococcos [1,4]. La identificación de este grupo de organismos es compleja mediante pruebas bioquímicas convencionales, precisando métodos moleculares para identificarlos; de lo contrario, pueden descartarse con facilidad como contaminantes de la piel y mucosas [1,4].

Presentamos dos casos de endocarditis infecciosa por *K. schroeteri*. Se trata de un varón de 60 años, que como antecedente principal es portador de una prótesis mecánica por estenosis aórtica severa desde mayo de 2019. En octubre de 2019 acude a consulta de seguimiento presentando fiebre de hasta 38,5°C con tiritona diaria y disnea de moderados esfuerzos de una semana de evolución. Como único antecedente epidemiológico refiere contacto con un niño sano de 6 años de edad. En consulta se realiza ecocardiograma transtorácico (ETT) con hallazgo de vegetación periprotésica que protruye el tracto de salida del ventrículo izquierdo y un absceso en la unión mitroaórtica. En la analítica sanguínea presenta una PCR de 58,8 mg/L sin leucocitosis ni neutrofilia. Ante sospecha de endocarditis infecciosa precoz sobre válvula protésica se extraen hemocultivos y se le ingresa. Se revisan las imágenes del ETT, pudiendo corresponder las mismas a un posible acúmulo cálcico, por lo que se realiza ecocardiograma transesofágico (ETE) programado; confirmándose el diagnóstico de EI. Se extraen nuevos hemocultivos y se inicia antibioticoterapia empírica con piperacilina-tazobactam 4g/8h y vancomicina 1g/8h; asociando al 3º día rifampicina 600mg/24h, para cubrir los patógenos más frecuentes en este tipo de infección (*Staphylococcus aureus*, estafilococos coagulasa negativos, estreptococos del

grupo viridans y *Enterococcus faecalis*); y las sensibilidades de estos microorganismos en nuestro medio. Dado los hallazgos ecocardiográfico y clínica de insuficiencia cardiaca, se expone el caso en el comité de cardiología, indicando la sustitución de la prótesis mecánica, que se realiza al 10º día del ingreso. En el postoperatorio destaca como complicación un bloqueo auriculo-ventricular completo con frecuencia cardiaca en torno a 25-30lpm que precisa de la colocación de un marcapasos. A pesar de que en los hemocultivos recogidos al ingreso y a las 48h del diagnóstico se objetivó el crecimiento de *K. schroeteri*; no es hasta el aislamiento únicamente del microorganismo en las muestras obtenidas del material protésico, que se decide ajustar el tratamiento a antibiograma, suspendiendo piperacilina-tazobactam y manteniendo vancomicina 1g/8h y rifampicina 600mg/24h durante 4 semanas más.

Por otro lado, presentamos el caso de un varón de 48 años portador de un anillo mecánico de anuloplastia mitral desde diciembre de 2017 por prolapso mitral e insuficiencia mitral severa. Estando previamente bien, ingresa en enero de 2020 para estudio de febrícula vespertina sin foco, de dos meses y medio de evolución. No se encuentran hallazgos en los estudios, incluido ETE, salvo el crecimiento de *Granulicatella elegans* en uno de los frascos de hemocultivos, que se considera contaminante; por lo que es dado de alta con tratamiento sintomático. Reingresa nuevamente en mayo, por el mismo motivo. Esta vez, se objetiva una vegetación en velo posterior en un nuevo ETE; diagnosticándose de endocarditis infecciosa tardía sobre válvula protésica, que se atribuye a *Granulicatella elegans* aislada en el ingreso anterior; por lo que se comienza tratamiento con ceftriaxona 2g/24h y gentamicina 240mg/24h. Ante la persistencia de febrícula y empeoramiento analítico (PCR 47 mg/L, VSG 60mm, creatinina 1.49mg/dL y leucocitosis), se extraen nuevos hemocultivos, donde crece *K. schroeteri*. En función del antibiograma, tras 13 días de antibioterapia empírica, se sustituye tratamiento antibiótico a vancomicina 700mg/8h y rifampicina 900mg/24h, con posterior cambio a teicoplanina 800mg/24h por deterioro de la función renal. Tras mejoría

Correspondencia:  
Hansanee Fernández Manandu  
Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Álava.  
E-mail: [hansanee.fernandez@gmail.com](mailto:hansanee.fernandez@gmail.com)

inicial y después haber recibido 15 días de antibioterapia con ceftriaxona y gentamicina, y otras 3 semana con vancomicina/teicoplanina y rifampicina, reingresa de nuevo por reaparición de la fiebre de 38°C y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 28mg/L), sin leucocitosis. Ante la sospecha de fiebre medicamentosa (reacción adversa que desaparece al discontinuar el fármaco que la provoca sin dejar secuela), se decide suspender la antibioterapia con buena evolución. Se realiza nuevo ETE, con dudosa imagen de vegetación en porción posterior del anillo de valvuloplastia mitral. Por ello, se inicia tratamiento con levofloxacino 500mg/24h, con buena evolución.

En la actualidad ambos pacientes se encuentran asintomáticos y presentan buen funcionamiento valvular.

*K. schroeteri* es microorganismo coco grampositivo clasificado dentro de la familia de Dermatophilaceae [2,3]. Es una causa rara de endocarditis en válvulas protésicas, posiblemente por desconocimiento microbiológico y/o clínico [2], habiéndose documentado en la literatura un total de 7 casos previos a los nuestros [2]. Fue descubierto por primera vez en 1995 y 8 años más tarde se diagnosticó como causante de la primera endocarditis [2].

El hábitat natural de este microorganismo es desconocido, por lo tanto, también lo es su mecanismo de contaminación [2]. En los pocos casos reportados de endocarditis por *Kytococcus* se desconoce la causa de la bacteriemia que ha provocado la endocarditis, aunque se divaga sobre posible foco hematógico o contaminación perioperatoria [1,2,3].

No son válidas las pruebas microbiológicas habituales para la detección de estas bacterias, precisándose métodos moleculares para su identificación, siendo la secuenciación del 16S rRNA la herramienta de diagnóstico principal [2]. El avance en estas técnicas ha puesto en manifiesto la patogenicidad del microorganismo. Es por ello que su importancia en los próximos años irá en aumento, ya que se considera un importante patógeno que está aún por emerger [2].

Actualmente, en nuestro centro, se utilizan métodos basados en espectrometría de masas como es el MALDI-Tof que nos permite la identificación de colonias específicas. Otro de los avances que se está incluyendo progresivamente, es la TAAN sobre muestra de tejidos obtenidos mediante cirugía; lo que nos ha permitido acortar el tiempo hasta la identificación de microorganismo. Sin embargo, por el momento no son técnicas que se realizan de rutina en nuestro centro.

En cuanto al tratamiento, es una especie resistente a la penicilina, cefalosporina y macrólidos; con resistencia variable a quinolonas [1,4]. Se recomienda el uso de rifampicina, gentamicina, vancomicina, teicoplanina, linezolid, imipenem, tetraciclinas y daptomicina, a la que sí son sensibles [1,3,4]. Se sugieren pautas largas de antibioterapia, aproximadamente 6 semanas, aunque no hay evidencia al respecto [1,2,4].

## FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no han recibido financiación para la realización de este estudio.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Liu JC, Jenkins DR, Malnick H, Kovac J et al. *Kytococcus schroeteri* endocarditis successfully managed with daptomycin: a case report and review of the literature. *J Med Microbiol*. 2012 Ene; 61: 750-753. doi: 10.1099/jmm.0.035493-0.
2. Mnif B, Boujelbène I, Mahjoubi F et al. Endocarditis due to *Kytococcus schroeteri*: case report and review of the literature. *J Clin Microbiol*. 2006 Mar; 44 (3): 1187-9. doi: 10.1128/JCM.44.3.1187-1189.2006.
3. Le Brun C, Bouet J, Gautier P et al. *Kytococcus schroeteri* Endocarditis. *Emerg Infect Dis*. 2005 Ene; 11(1): 179-180. doi: 10.3201/eid1101.040761.
4. Becker K, Wüllenweber J, Odenthal HJ, Moeller M et al. Prosthetic Valve Endocarditis Due to *Kytococcus schroeteri*. *Emerg Infect Dis*. 2003 Nov; 9(11):1493-5. doi: 10.3201/eid0911.020683.