






Telmo Fernandez de Casadevante¹ 
Xabier Camino² 
Ainhoa Arteche¹ 
Ana Alonso³ 
Paul Martinage³ 

Endocarditis infecciosa por *Listeria monocytogenes*: Caso tratado sin intervención quirúrgica con adecuada evolución clínica

¹Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor, Hospital Universitario Donostia, España
²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Donostia, España
³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Donostia, España

Article history

Received: 27 November 2023; Revision Requested: 12 January 2024; Revision Received: 4 April 2024;
Accepted: 5 April 2024; Published: 10 April 2024

Estimado Editor:

Presentamos un caso de endocarditis infecciosa aguda producida por *Listeria monocytogenes* y resuelta con tratamiento médico exclusivamente.

Caso: varón de 71 años que ingresa por sensación distérmica y malestar general de días de evolución, presentando un cuadro parecido sin etiología establecida 3 meses antes. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, vértigo posicional benigno, episodio de fibrilación auricular revertido en tratamiento anticoagulante, y una estenosis aórtica severa y dilatación de aorta ascendente. Intervenido hace 2 años con colocación de tubo valvulado aórtico por insuficiencia aórtica severa y dilatación de raíz. La exploración física no muestra hallazgos significativos. No presenta alteraciones analíticas de interés en el momento del ingreso. En los hemocultivos realizados presenta un crecimiento de *L. monocytogenes* en 4/4. Se realiza un ecocardiograma transtorácico que resultó no concluyente por mala ventana. En el ecocardiograma transesofágico se aprecian varias imágenes móviles en los velos del ventrículo izquierdo y a nivel superior de los senos de Valsalva compatibles con vegetaciones. Se observa también un engrosamiento heterogéneo a nivel perianular compatible con un absceso periprotésico. Se realiza un TAC-TA, que muestra una colección hipodensa en torno a la aorta ascendente, y lo mismo a nivel de la válvula aórtica, además de imagen compatible con infarto esplénico. Se inicia tratamiento con ampicilina 3g/6h y gentamicina 80mg/8h el mismo día del ingreso. El estudio es completado con una RMN craneal, en la que se observa una lesión compatible con cerebritis con afectación leptomeníngea vs embolia. El PET-TAC añade la presencia de unos ganglios hilio-mediastínicos bilaterales hipermetabólicos de carácter reactivo al hipermetabolismo de la válvula aórtica

y aorta ascendente. Dada la morbilidad del paciente se realiza un tratamiento no quirúrgico, modificando la gentamicina por cotrimoxazol 1600/320mg/8h debido a un descenso del filtrado glomerular, manteniendo la ampicilina durante 8 semanas desde el diagnóstico. El paciente presenta una mejoría clínica, con hemocultivos de control realizados a los 7 días post-antibiótico negativos. El paciente realiza seguimiento en consulta durante 18 meses tras finalizar el tratamiento encontrándose asintomático y con hemocultivos de control repetidamente negativos.

A pesar de los avances médicos, la endocarditis infecciosa (EI) conserva una elevada morbimortalidad (0,87 muertes por cada 100.000 personas de la población) [1]. Además, sigue siendo un reto diagnóstico debido al amplio abanico de manifestaciones clínicas con las que puede presentarse, ello dependiendo de; edad del paciente [2], microorganismo causante, y presencia de antecedentes previos como hepatopatía, insuficiencia renal, valvulopatías, et al. Todo ello hace que se requiera de colaboración multidisciplinaria para su manejo [3].

A esto se le añade que el microorganismo causante es una *L. monocytogenes*, bacilo grampositivo aeróbico, causante de sepsis, meningoencefalitis, y una amplia variedad de infecciones (artritis, osteomielitis, peritonitis, hepatitis, colecistitis y endocarditis) todas ellas con una gran morbimortalidad [1,4,5]. Es de destacar que el causante del cuadro representa el 0,3% de todas las EI [1]. Los pacientes afectados por EI por dicho microorganismo resultan ser habitualmente de edad avanzada, dándose la mayoría en varones, y más aun en aquellos con válvulas protésicas, a pesar de que la *L. monocytogenes* afecte más frecuentemente a mujeres. Se ha descrito una mayor tendencia a la afectación de pacientes diabéticos y con válvula protésica, probablemente por la tendencia de esta bacteria a afectar a pacientes inmunodeprimidos y con factores predisponentes [6].

El pronóstico empeora más aún si al cuadro de EI se le asocian complicaciones neurológicas [1,5]. Por ello, cabe destacar la exploración neurológica normal que presentó el paciente

Correspondencia:
Telmo Fernandez de Casadevante
H. U. Donostia
Begiristain Doktorea Pasealekua, s/n, 20014 Donostia, Gipuzkoa
E-mail: telmofdec@gmail.com

en todo momento (salvo los vértigos), a pesar del hallazgo de posible cerebritis en la RMN craneal.

Finalmente, el tratamiento incluye antibióticos y cirugía, que, según las últimas guías de práctica clínica, debería haberse realizado en nuestro caso por las imágenes sugestivas de abscesos cardiovasculares [1,4], que según las últimas guías aumentan el riesgo de embolismos sépticos extracardiacos, empeorando el pronóstico. Se ha visto que el tratamiento médico conservador en estos casos implica un peor pronóstico global [4], a pesar de que nuestro caso evolucionase correctamente.

Según los casos revisados, más de un tercio de los pacientes con EI sobre válvulas protésicas tratadas médicamente tienen una mala evolución [6,7]. Dicho dato, comparándolo con el 9,1% de mortalidad que tienen los EI sobre válvulas protésicas tratadas médico-quirúrgicamente [7], resulta contradictorio con la evolución observada en el caso expuesto.

En resumen, el cuadro de EI por *L. monocytogenes* resulta poco común y de gran morbi-mortalidad, mayor en los pacientes que sólo reciben tratamiento médico [7]. A pesar de ello, el caso presentado tuvo buena evolución.

FINANCIACIÓN

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

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses en relación con el presente artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Hidalgo N, Tornos Mas P. Epidemiología de la endocarditis infecciosa en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66(9):728–33. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2013.05.00>
2. Sedano R, Fica A, Guiñez D, Braun S, Porte L, Dabanch J, et al. Infecciones por *Listeria monocytogenes*, una experiencia de dos décadas: A two decade experience. *Rev Chilena Infectol*. 2013; 30(4):417–25. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000400011>
3. Marín A, Lustig N, Cruz R, Córdova S. Endocarditis infecciosa por *Listeria monocytogenes*: revisión de la literatura a partir de un caso clínico. *Rev Chilena Infectol*. 2013; 30(4):436–40. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182013000400013>
4. Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. *Eur Heart J*. 2023 Oct 14;44(39):3948–4042. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad193>
5. García-Cabrera E, Fernández-Hidalgo N, Almirante B, Ivanova-Georgieva R, Noureddine M, Plata A, et al. Neurological complications of infective endocarditis: Risk factors, outcome, and impact of cardiac surgery: A multicenter observational study. *Circulation*. 2013;127(23):2272–84. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.000813>
6. García-Granja PE, López J, Vilacosta I, Olmos C, Sarriá C, San Román JA. Endocarditis infecciosa por *Listeria monocytogenes*: a propósito de 4 casos. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69(7):700–<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.03.010>
7. Fernández Guerrero ML, Rivas P, Rábago R, Núñez A, de Górgolas M, Martinell J. Prosthetic valve endocarditis due to *Listeria monocytogenes*. *Int J Infect Dis*. 2004; 8(2):97–102. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2003.06.002>