



Diagnóstico de endocarditis infecciosa en paciente con sicklemlia: presentación de caso

Diagnosis of infective endocarditis in a patient with sickle cell disease: case report

Citación:

Alonso Batista PM, Fajardo Quesada AJ, Brízuela Fernández Y. Diagnóstico de endocarditis infecciosa en paciente con sicklemlia: presentación de caso. RevDOSdic [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso]; 8(2025): e650 [aprox. # p.]. Disponible en: <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/650>

Pedro Miguel Alonso Batista¹ , Annier Jesús Fajardo Quesada² , José Alberto Sánchez Guerra³

¹UofL Physicians. Kentucky. Estados Unidos de América.

²Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Bayamo. Granma. Cuba.

³Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Carlos Manuel de Céspedes. Granma. Cuba.



Correspondencia a:

Annier Jesús Fajardo Quesada,
annierfq01@gmail.com

Editora correctora

MSc. Lic. Ismara
Zamora León
Universidad de Ciencias
Médicas de Granma.

Revisores:

Emma Aurora
Herrera Solás
Universidad de Ciencias
Médicas de Granma.

Dr. Robin

Fajardo Alcalá
Universidad de Ciencias
Médicas de Santiago de
Cuba.

Palabras clave:

Ecocardiografía;
Endocarditis infecciosa;
Hemocultivos;
Hemoglobinopatía;
Sicklemlia; Vancomicina.

Keywords:

Echocardiography;
Infective endocarditis;
Blood cultures;
Hemoglobinopathy;
Sicklemlia; Vancomycin.

RESUMEN

Introducción: la endocarditis infecciosa es un cuadro complejo de alta morbimortalidad que exige diagnóstico temprano y manejo multidisciplinario. En pacientes con hemoglobinopatías como la sicklemlia (rasgo drepanocítico), las interacciones entre inmunidad, microvasculatura y riesgo infeccioso pueden modificar la presentación clínica. **Objetivo:** presentar un caso de endocarditis infecciosa en paciente con sicklemlia. **Presentación del caso** paciente masculino de 55 años, mestizo, con sicklemlia e insuficiencia aórtica ligera, acude por dolor torácico irradiado a espalda y fiebre de una semana (4 picos/día, 38–40 °C), cefalea y absceso dentario de dos semanas. Al examen: soplo diastólico aórtico III/VI. ECG con bloqueo incompleto de rama derecha. Ultrasonido abdominal: bazo hipoplásico. Hemograma: hematocrito 0,22. Ecocardiograma: masa valvular aórtica (8,1 × 12 mm) compatible con vegetación; Doppler: insuficiencia cardíaca moderada. No se realizaron hemocultivos por antibiótico previo. Se inició vancomicina EV; la fiebre cedió al segundo día y al día 15 el eco no mostró masa residual. **Conclusiones:** en pacientes con sicklemlia, la endocarditis infecciosa puede cursar con dinámicas febriles atípicas y retos diagnósticos; se refuerza la necesidad de optimizar obtención de hemocultivos y el uso juicioso de imagen.

ABSTRACT

Introduction: infective endocarditis remains a complex condition with high morbidity and mortality that requires early diagnosis and multidisciplinary management. In patients with hemoglobinopathies such as sickle cell trait, interactions between immunity, microvasculature, and infectious risk can modify the clinical presentation. **Objective:** to present a case of infective endocarditis in a patient with sickle cell disease. **Case report:** a 55-year-old mixed-race male with sickle cell trait and mild aortic regurgitation presented with chest pain radiating to the back and fever for one week (4 peaks/day, 38–40°C), headache, and a two-week dental abscess. Examination revealed a diastolic aortic murmur of III/VI intensity. ECG showed incomplete right bundle branch block. Abdominal ultrasound revealed a hypoplastic spleen. Complete blood count: hematocrit 0.22. Echocardiogram revealed an aortic valve mass (8.1 × 12 mm) consistent with a vegetation; Doppler showed moderate heart failure. No blood cultures were performed due to prior antibiotics. IV vancomycin was started; the fever resolved on the second day, and on day 15, the echocardiogram showed no residual mass. **Conclusions:** in patients with sicklemlia, infective endocarditis can present with atypical febrile dynamics and diagnostic challenges; the need to optimize blood culture collection and the judicious use of imaging is reinforced.

Recepción: 2025/08/25
Aceptación: 2025/09/03
Publicación: 2025/09/09



INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección del endocardio y de las válvulas cardíacas que, pese a avances diagnósticos y terapéuticos, mantiene una elevada tasa de complicaciones embólicas, insuficiencia cardíaca y mortalidad. Su presentación clínica es heterogénea; fiebre y soplo son hallazgos frecuentes, pero no universales, y su ausencia o atipicidad puede retrasar el diagnóstico. ^(1,2) En las últimas guías europeas (ESC 2023) se enfatiza el abordaje multimodal con hemocultivos seriados, ecocardiografía transtorácica/transesofágica y, cuando procede, técnicas de imagen avanzadas y serología, especialmente en endocarditis con hemocultivos negativos. ⁽¹⁾

La obtención de tres juegos de hemocultivos antes de antibióticos continúa siendo piedra angular, ya que la antibioterapia previa reduce el rendimiento microbiológico y complica la clasificación etiológica. ^(1,3) Aun así, un porcentaje no despreciable de casos cursa como endocarditis con hemocultivo negativo, situación recientemente actualizada por posicionamientos científicos que recomiendan ampliar paneles diagnósticos, considerar patógenos fastidiosos y técnicas moleculares. ⁽⁴⁾

En paralelo, condiciones hematológicas como la sickleemia (SCD) se asocian a vulnerabilidad infecciosa por asplenia funcional, disfunción del complemento y alteraciones inmunes, con creciente evidencia en los últimos años. ^(5,6) Aunque el rasgo drepanocítico no conlleva el mismo riesgo que la SCD, pueden coexistir hipofunción esplénica y susceptibilidad aumentada a ciertos patógenos, lo cual matiza la respuesta inflamatoria y la evolución clínica.

La defervescencia temprana tras iniciar antibióticos puede sugerir adecuada cobertura, baja carga bacteriana o una respuesta inflamatoria modulada; sin embargo, la desaparición de fiebre no garantiza erradicación ni resolución de vegetaciones, por lo que el seguimiento clínico-ecocardiográfico es esencial y debe regirse por guías actualizadas. ^(1,2,7)

La presencia de EI, con rápida desaparición de la fiebre y resolución ecográfica de la masa, permite discutir puntos críticos del diagnóstico (incluida la decisión de no realizar hemocultivos por antibióticos previos), la interpretación de las imágenes y el diferencial con masas valvulares no infecciosas, a la luz de la evidencia reciente. ^(1,4,7) Por este motivo el objetivo es presentar un caso de endocarditis infecciosa en paciente con sickleemia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 55 años, mestizo, con antecedentes de sickleemia e insuficiencia aórtica ligera. Alergias: penicilina y ceftriaxona. Motivo de consulta: dolor torácico irradiado a espalda, sin alivio con acetaminofén/ibuprofeno, y fiebre de una semana (4 picos/día, 38–40 °C) con cefalea. Antecedente odontológico: absceso dentario de dos semanas.

Hallazgos clínicos: soplo diastólico aórtico III/VI. ECG: bloqueo incompleto de rama derecha. Ecografía abdominal: bazo hipoplásico. Hemograma: hematocrito 0,22 (VR 0,40–0,50). Ecocardiograma transtorácico: masa 8,1 × 12 mm en valva no coronaria de la válvula aórtica compatible con vegetación (Figura 1). Doppler: insuficiencia cardíaca moderada. No se realizaron hemocultivos por antibiótico previo.



Figura 1. Ecocardiograma en vista apical 4 cámaras con masa sobre valva no coronaria de la válvula aórtica

Con base en la clínica, antecedentes y ecocardiografía, se estableció sospecha de EI y se consideró diagnóstico diferencial con fibroelastoma papilar, trombo y tumores valvulares, argumentando la mayor probabilidad de EI por contexto infeccioso dental, hallazgos valvulares y signos sistémicos.

Se inició vancomicina endovenosa (500 mg, dos veces al día, esquema local). La fiebre desapareció al segundo día y el cuadro clínico evolucionó favorablemente. Al día 15, el ecocardiograma evolutivo no mostró la masa previamente visualizada (Figura 2).



Figura 2. Ecocardiograma en vista apical 4 cámaras. No se observa masa anormal.

Evolución clínica favorable, con defervescencia temprana y resolución ecográfica de la masa a los 15 días. (No se reportan complicaciones tromboembólicas ni necesidad de cirugía en el material original).

Línea de tiempo del caso

- –2 semanas: absceso dentario.
- –1 semana: inicio de fiebre (4 picos diarios, 38–40 °C), cefalea; dolor torácico que irradia a la espalda.
- Día 0 (ingreso): soplo diastólico aórtico III/VI; ECG: bloqueo incompleto de rama derecha; US abdominal: bazo hipoplásico; Hto 0,22; eco: masa valvular aórtica (8,1 × 12 mm) + insuficiencia cardíaca moderada; no se realizan hemocultivos por antibióticos previos; inicio de vancomicina EV.
- Día 2: desaparición de la fiebre.
- Día 15: eco evolutivo sin masa.

DISCUSIÓN

Las guías ESC 2023 recomiendan un enfoque sistemático para EI, destacan los hemocultivos seriados previos a antibióticos, evaluación de riesgo de complicaciones y uso de imagen para aumentar sensibilidad diagnóstica. ⁽¹⁾ En el presente caso, la alta sospecha clínica y el eco con masa valvular sustentaron el diagnóstico de trabajo, pero la ausencia de hemocultivos limita la confirmación etiológica y clasifica el cuadro, a efectos de la literatura, como endocarditis posible/probable con hemocultivo negativo.

La decisión de omitir hemocultivos por terapia antibiótica reciente se entiende por temor a falsos negativos; sin embargo, las guías recomiendan intentar su obtención (idealmente antes, y si no, repetir tras “ventana” o usar técnicas complementarias), ya que los

antibióticos reducen significativamente la tasa de positividad de los cultivos. ^(8,9,10) Un estudio de 2023 demostró correlación negativa entre antibiótico previo y hemocultivos positivos en medicina interna ambulatoria. ⁽³⁾

Las actualizaciones científicas de 2025 proponen algoritmos escalonados que incluyen serologías (Coxiella, Bartonella, Brucella), reacción en cadena de la polimerasa tisular y metagenómica en casos seleccionados, y enfatizan reevaluar la probabilidad pretest para dirigir el diagnóstico. ⁽⁴⁾ Si el curso clínico lo permite, recolectar hemocultivos seriados tras suspender antibiótico o antes de cambios terapéuticos puede recuperar rendimiento. ⁽⁴⁾

La defervescencia al día 2 es llamativa; en cohortes recientes se han estudiado predictores de fiebre persistente en sospecha de EI, en las que se asocia la mayor duración con cargas bacterianas elevadas, complicaciones y patógenos específicos. ⁽⁷⁾ La pronta desaparición de la fiebre no implica curación y no debe condicionar la duración acortada del tratamiento, que sigue protocolos basados en patógeno/valva y complicaciones. ^(11,12,13)

La literatura reciente sobre SCD evidencia inmunodeficiencia funcional (asplenia, alteraciones del complemento y disfunción inmunitaria adaptativa) con mayor riesgo de infecciones graves. ^(5,6) Aunque el rasgo (sickleemia) no equivale a SCD, pueden existir manifestaciones subclínicas (p. ej., bazo hipoplásico como en este caso) que modulen respuesta inflamatoria y patrones febriles, hipótesis coherente con la defervescencia acelerada y la presentación atípica.

El fibroelastoma papilar, el trombo y los tumores valvulares comparten la morfología de “masa móvil”; el contexto clínico (foco dental, fiebre, soplo) y la resolución de la masa a los 15 días orientan a EI, pero las guías recomiendan, cuando la duda persiste, ecocardiografía transesofágica y seguimiento estrecho, considerando resección o cirugía si hay embolia recurrente, insuficiencia valvular severa o vegetaciones grandes. ^(1,2)

Recomendaciones actuales individualizan por valva nativa contra prótesis, alergias y epidemiología; la vancomicina es opción razonable en alergia a β -lactámicos hasta documentar patógeno y sensibilidad. ^(1,2) La dosificación guiada por la relación AUC/MIC y monitorización de niveles se asocia a mejores resultados y menor nefrotoxicidad; además, en alergias complejas pueden considerarse desensibilización o alternativas (daptomicina $\pm$ sinergias) según sospecha etiológica. ^(1,2)

En una valva nativa, la duración estándar sigue siendo 6 semanas (ajustada al patógeno y evolución), y la indicación quirúrgica de-

pende de insuficiencia cardíaca, control infeccioso y prevención de embolia. ^(1,2) Datos recientes sobre bacteriemia no complicada no son extrapolables a EI; en EI, los cursos cortos no cuentan aún con evidencia para reemplazar los estándares. ⁽²⁾

Este caso resalta la necesidad de protocolos robustos que prioricen hemocultivos antes de antibióticos, incluso en contextos ambulatorios/odontológicos, y que contemplen endocarditis con hemocultivo negativo con rutas diagnósticas escalonadas. En pacientes con sicklemlia/SCD, es prudente incorporar valoración hematológica y vigilancia de complicaciones infecciosas y trombóticas, con baja tolerancia a la incertidumbre diagnóstica. ^(1,4-6)

CONCLUSIÓN

La EI en pacientes con sicklemlia puede mostrar presentación y evolución atípicas, como defervescencia acelerada. La obtención de hemocultivos y la ecocardiografía seriada siguen siendo cruciales; la ausencia de microbiología limita decisiones y debe compensarse con imagen y algoritmos para la endocarditis con hemocultivo negativo. La integración de guías recientes con particularidades hematológicas mejora la seguridad diagnóstica y terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado V, Marsan NA, Waha S de, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis: Developed by the task force on the management of endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) and the European Association of Nuclear Medicine (EANM). Eur Heart J [Internet]. 2023 [citado 03 Sep 2025];44(39):3948-4042. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/3948/7243107?login=true>
2. Imazio M. The 2023 new European guidelines on infective endocarditis: recommendations and updates. J Cardiovasc Med (Hagerstown) [Internet]. 2024 [citado 03 Sep 2025];25(10):718-26. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11365601/pdf/jcarm-25-718.pdf>
3. Hirosawa T, Sakamoto T, Hanai S, Harada Y, Shimizu T. Effect of Prior Antibiotic Treatment on Blood Culture in an Outpatient Department of General Internal Medicine: A Retrospective Case–Control Analysis. Int J Gen Med [Internet]. 2023 [citado 03 Sep 2025];16:2709-17. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10317762/pdf/ijgm-16-2709.pdf>
4. DeSimone DC, Garrigos ZE, Marx GE, Tattevin P, Hasse B, McCormick DW, et al. Blood Culture–Negative Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association: Endorsed by the International Society for Cardiovascular Infectious Diseases. J Am Heart Assoc [Internet]. 2025 [citado 03 Sep 2025];14:e040218. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/JAHA.124.040218>
5. Scourfield LEA, Nardo Marino A, Williams TN, Rees DC. Infections in sickle cell disease. Haematologica [Internet]. 2025 [citado 03 Sep 2025];110(3):1234-46. Disponible en: <https://haematologica.org/article/view/11832>
6. Opoku Asare B, Ntim OK, Awere Duodu A, Donkor ES. Sickle Cell Disease and Antimicrobial Resistance: A Systematic Review and Meta-Analysis. Infect Dis Rep [Internet]. 2025 [citado 03 Sep 2025];17(2):32. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12026643/pdf/idr-17-00032.pdf>
7. Stavropoulou E, Monney P, Tzimas G, Ianculescu N, Tozzi P, Kirsch M, et al. Predictors of Persistent Fever Among Patients With Suspected Infective Endocarditis: Think Outside the box. Clin Infect Dis [Internet]. 2025 [citado 03 Sep 2025];80(4):795-803. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/80/4/795/7909225>
8. American College of Cardiology [Internet]. Washington D. C., Estados Unidos: American College of Cardiology Foundation; 2023 [citado 03 Sep 2025]. Delgado V, Marsan NA, Waha S de, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for Endocarditis-Ten Points. Disponible en: <https://www.acc.org/Latest-in-Cardiology/ten-points-to-remember/2023/08/29/20/49/2023-esc-guidelines-for-endocarditis-esc-2023>
9. Kok W. Is It Useful to Repeat Blood Cultures in Endocarditis Patients? A Critical Appraisal. Diagnostics (Basel) [Internet]. 2024 [citado 03 Sep 2025];14(4):1578-88. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11276044/pdf/diagnostics-14-01578.pdf>
10. Ediap L, Córdova S, Zúñiga E, Usedo P, Muñoz A, Fernández G, et al. Endocarditis infecciosa asociada a catéter de hemodiálisis: hallazgos clínicos y ecocardiográficos. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2017 [citado 03 Sep 2025];36(3):221-31. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v36n3/0718-8560-rchcardiol-36-03-00221.pdf>
11. Ladrón de Guevara D, Canelo A, Bitar P, Soto JR. Imágenes en endocarditis infecciosa: No todo es ecocardiografía. Rev. Chil. Infectol [Internet]. 2021 [citado 03 Sep 2025];38(2):260-70. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rci/v38n2/0716-1018-rci-38-02-0260.pdf>



12. Enamorado Anaya AR, Yero García RO, Ruiz Manzanares A, Goro G, González Agüero M. Caracterización de pacientes con endocarditis infecciosa. Rev. cienc. méd. Pinar Río [Internet]. 2021 [citado 03 Sep 2025];25(3):e4909. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4909/pdf>
13. Dueñas García F, Conta López JA, Quintero Farías RA, Ospina-Díaz JM, Vargas-Rodríguez LJ. Caracterización de la endocarditis infecciosa. Rev. Colomb. Cardiol [Internet]. 2023 [citado 03 Sep 2024];30(2):78-85. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v30n2/0120-5633-rcca-30-2-78.pdf>