



■ REPORTE DE CASO

Endocarditis infecciosa protésica por *Cardiobacterium hominis*

Prosthetic infective endocarditis caused by *Cardiobacterium hominis*

Rolando José Hernández Romero¹ , Keivin Iván Duque Fernández¹ ,
Sabrina Appeceix¹ , Marco Coyago¹ , Giusti Valeria Garrido Hernández¹ ,
Eimar Morales Méndez¹ , Gabriel Matías Vicente¹ , Luis Miguel Orozco¹ ,
Ana Braslavsky² 

¹ Hospital Italiano de Buenos Aires - Sede San Justo, Departamento de Medicina Interna, Servicio de Clínica Médica. Buenos Aires, Argentina.

² Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de Medicina Interna, Departamento de investigación. Buenos Aires, Argentina.

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. 

Revisora:

Fátima María Teodora Núñez Lezcano. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital Nacional. Itauguá, Paraguay. 

Cómo referenciar este artículo: Hernández Romero RJ, Duque Fernández KI, Appeceix S, Coyago M, Garrido Hernández GV, Morales Méndez E, Vicente GM, Orozco LM, Braslavsky A. Endocarditis infecciosa protésica por *Cardiobacterium hominis*. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142604

Artículo recibido: 7 enero 2025
Artículo aceptado: 23 enero 2026

Autor correspondiente:

Rolando José Hernández Romero

Correo electrónico:

rolando.hernandez@hospitalitaliano.org.ar

Dictamen:

https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/82_26_dictamen.pdf

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

RESUMEN

La endocarditis infecciosa sobre válvulas protésicas es una entidad grave, asociada a elevada morbi-mortalidad. Los microorganismos del grupo HACEK constituyen una causa infrecuente y se caracterizan por un curso clínico subagudo y dificultades diagnósticas relacionadas con su crecimiento lento en hemocultivos. Dentro de este grupo, *Cardiobacterium hominis* es un patógeno poco frecuente, cuyo diagnóstico tardío puede retrasar el inicio del tratamiento adecuado.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 77 años, portador de prótesis valvulares aórtica y mitral biológicas, con múltiples cirugías cardíacas previas, que consultó por síndrome constitucional, fiebre y pérdida de peso. Los hemocultivos se positivizan tarde, aislando *Cardiobacterium hominis*. El eco-ecocardiograma transesofágico evidenció engrosamiento valvular protésico sin vegetaciones móviles. Se instauró tratamiento con ceftriaxona endovenosa durante seis semanas, con adecuada tolerancia y evolución clínica favorable. Debido al elevado riesgo quirúrgico, se indicó tratamiento supresivo prolongado con amoxicilina por vía oral, sin recaídas durante el seguimiento.

La endocarditis protésica por *C. hominis* representa un desafío diagnóstico por su presentación insidiosa y hallazgos iniciales inespecíficos. El tratamiento antibiótico dirigido y prolongado es fundamental para un desenlace favorable y, en pacientes seleccionados con contraindicación quirúrgica, la terapia supresiva oral puede considerarse una estrategia terapéutica válida.

Palabras claves: *Cardiobacterium hominis*, endocarditis bacteriana, válvula aórtica, antibióticos betalactámicos, profilaxis antibiótica

ABSTRACT

Infectious endocarditis on prosthetic valves is a serious condition associated with high morbidity and mortality. Microorganisms in the HACEK group are an uncommon cause and are characterised by a subacute clinical course and diagnostic difficulties related to their slow growth in blood cultures. Within this group, *Cardiobacterium hominis* is a rare pathogen, whose late diagnosis can

delay the initiation of appropriate treatment.

We present the case of a 77-year-old male patient with biological aortic and mitral valve prostheses and multiple previous cardiac surgeries who consulted for constitutional syndrome, fever, and weight loss. Blood cultures became positive late, isolating *C. hominis*. Transoesophageal echocardiography showed prosthetic valve thickening without mobile vegetations. Treatment with intravenous ceftriaxone was initiated for six weeks, with adequate tolerance and favourable clinical evolution. Due to the high surgical risk, prolonged suppressive treatment with oral amoxicillin was indicated, with no relapses during follow-up.

Prosthetic endocarditis caused by *C. hominis* represents a diagnostic challenge due to its insidious presentation and initial non-specific findings. Targeted and prolonged antibiotic treatment is essential for a favourable outcome and, in selected patients with surgical contraindications, oral suppressive therapy may be considered a valid therapeutic strategy.

Keywords: *Cardiobacterium hominis*, bacterial endocarditis, aortic valve, beta-lactam antibiotics, antibiotic prophylaxis

INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) es una entidad clínica grave que continúa asociándose a una elevada morbi-mortalidad, a pesar de los avances en diagnóstico, tratamiento antimicrobiano y abordaje quirúrgico. Su presentación sobre válvulas protésicas representa una de las formas más complejas de la enfermedad, debido al mayor riesgo de complicaciones locales y sistémicas, tales como insuficiencia valvular, abscesos peri-

valvulares, embolias sépticas y necesidad de intervención quirúrgica precoz ¹.

Las guías europeas más recientes destacan cambios relevantes en la definición, el enfoque diagnóstico y el manejo de la EI, subrayando la importancia de una sospecha clínica temprana y de un abordaje multidisciplinario, especialmente en pacientes con prótesis valvulares. Asimismo, se enfatiza el uso combinado de hemocultivos seriados y técnicas de imagen avanzadas, como la ecocardiografía transesofágica y la tomografía computarizada cardíaca, para mejorar la sensibilidad diagnóstica en este subgrupo de pacientes ².

Desde el punto de vista microbiológico, los patógenos del grupo HACEK (*Haemophilus* spp., *Aggregatibacter* spp., *Cardiobacterium* spp., *Eikenella corrodens* y *Kingella* spp.) representan una causa poco frecuente de EI, con una incidencia estimada entre 3 y 6% de los casos. No obstante, estos microorganismos presentan características clínicas particulares, como un curso subagudo, síntomas inespecíficos y una elevada tasa de complicaciones embólicas, lo que puede retrasar el diagnóstico y el inicio del tratamiento adecuado ³.

Dentro de este grupo, *Cardiobacterium hominis* es un bacilo gramnegativo pleomórfico, comensal habitual de la orofaringe, que se asocia clásicamente a endocarditis de evolución insidiosa. Su lento crecimiento en medios de cultivo convencionales dificulta la identificación microbiológica, lo que constituye un desafío diagnóstico relevante. Además, presenta una marcada afinidad por válvulas previamente dañadas o protésicas, incrementando el riesgo de EI en pacientes con antecedentes de cirugía cardíaca ⁴.

Diversos reportes clínicos han documentado la asociación entre procedimientos

odontológicos, enfermedad periodontal y el desarrollo de EI por *C. hominis*, particularmente en válvulas protésicas biológicas. Estos casos resaltan la importancia de considerar este patógeno en pacientes con prótesis valvulares que presentan síntomas constitucionales persistentes y hemocultivos inicialmente negativos ⁵.

Con menor frecuencia, *C. hominis* también ha sido implicado en cuadros de bacteriemia con manifestaciones sistémicas atípicas, lo que sugiere posibles reservorios y vías de entrada alternativas distintas a la cavidad oral. Estas observaciones amplían el espectro clínico de la infección y refuerzan la necesidad de una evaluación diagnóstica integral en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares ⁶.

De acuerdo con las guías actuales, el manejo de la EI protésica requiere un enfoque individualizado que combine tratamiento antimicrobiano prolongado y, en casos seleccionados, intervención quirúrgica. La identificación temprana del agente causal y la adecuada estratificación del riesgo son fundamentales para optimizar el pronóstico, especialmente en infecciones causadas por microorganismos de crecimiento lento como *C. hominis* ⁷.

El objetivo del presente trabajo es describir un caso de EI protésica causada por *C. hominis*, resaltando los desafíos diagnósticos y terapéuticos asociados a esta entidad infrecuente, y revisar los aspectos clínicos más relevantes a la luz de la evidencia disponible y de las recomendaciones actuales.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 77 años, con antecedentes de reemplazo valvular aórtico y mitral por biológica, cirugía de revascularización miocárdica, múltiples

eventos cerebrovasculares asociados a fibrilación auricular y comorbilidades cardiometabólicas, consulta por deterioro progresivo del estado general, fiebre y pérdida de peso de aproximadamente 1 mes de evolución.

Al ingreso, se realizan estudios de laboratorio que evidenciaron bicitopenia (anemia y trombocitopenia moderada), hipokalemia e hiponatremia a líquido extracelular aumentado. El electrocardiograma no mostró alteraciones agudas. En tomografía de abdomen contrastado se evidencia lesión hipodensa de contornos poco definidos en polo inferior del bazo que no presenta realce tras la administración de contraste endovenoso sugestivo de evento embólico (figura 1). Se realizan hemocultivos que inicialmente no evidenciaban crecimiento de microorganismos; sin embargo, tras 4 días de incubación, se aísla *C. hominis*.

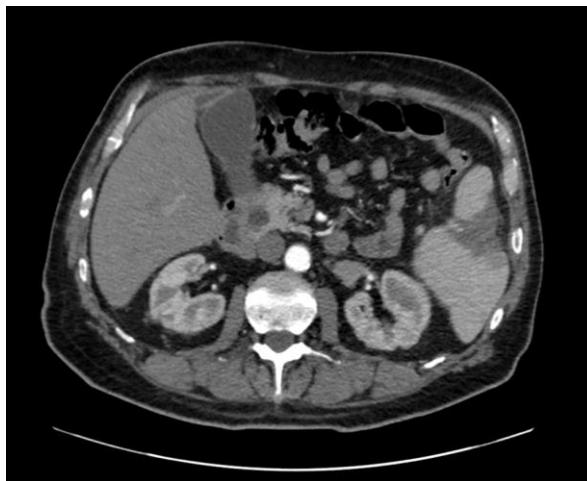


Figura 1. Presencia de lesión hipodensa de contornos poco definidos en polo inferior del bazo que no presenta realce tras la administración de contraste endovenoso.

Debido a los antecedentes mencionados, se sospecha EI. Sin embargo, debido al retraso en el retorno del hemocultivo, se decide realizar un ecocardiograma transesofágico, el cual evidenció engrosamiento del borde

libre de válvulas protésicas y gradientes elevados a nivel de la válvula aórtica, sin vegetaciones móviles.

Teniendo en cuenta el cuadro clínico, hallazgo imagenológico a nivel de prótesis valvular y fenómeno embólico esplénico, se inició tratamiento con ceftriaxona endovenosa por 6 semanas con buena tolerancia y mejoría clínica progresiva ante el diagnóstico de EI. Con el retorno de los hemocultivos, se sigue el mismo esquema. El paciente evolucionó favorablemente, completando el esquema antibiótico con negativización de cultivos de control. Debido a su alto riesgo quirúrgico y al alto riesgo de recaída, se decidió continuar con tratamiento supresivo a largo plazo con amoxicilina oral.

DISCUSIÓN

La EI continúa siendo una patología de elevada complejidad clínica, con una incidencia estimada entre 3 y 10 episodios por 100.000 habitantes/año y una mortalidad que puede alcanzar hasta el 30 % en el primer mes, particularmente en pacientes con formas complicadas o protésicas ^{1,7}. La EI sobre válvulas protésicas representa un subgrupo de especial gravedad, debido a la mayor frecuencia de complicaciones locales, dificultad diagnóstica y necesidad de estrategias terapéuticas individualizadas.

Dentro del espectro etiológico, los microorganismos del grupo HACEK constituyen una causa poco frecuente de EI, responsables aproximadamente del 1 % al 6 % de los casos, pero con una relevancia clínica desproporcionada debido a su curso subagudo, diagnóstico tardío y riesgo de complicaciones embólicas ^{3,4}. En una revisión publicada en 2022 se describieron 78 casos de EI por HACEK, de los cuales 45 ocurrieron en válvulas protésicas — incluyendo 12 en válvula aórtica— y 33 en

válvulas nativas. En dicha serie, *C. hominis* representó el 26,7 % de los aislamientos, confirmando su rol como uno de los patógenos más relevantes dentro de este grupo, pese a su baja incidencia global⁴.

C. hominis es un bacilo gramnegativo pleomórfico, comensal de la orofaringe, caracterizado por un crecimiento lento y exigente en medios de cultivo convencionales. Su presentación clínica suele ser insidiosa, con síntomas constitucionales persistentes, febrícula, pérdida de peso y elevación leve de marcadores inflamatorios. Esta inespecificidad clínica, sumada a la negatividad inicial de los hemocultivos o a su crecimiento tardío, convierte su diagnóstico en un desafío significativo que requiere un alto índice de sospecha clínica y un abordaje diagnóstico sistemático^{3,5}.

En el caso presentado, la evolución subaguda del cuadro, la positividad tardía de los hemocultivos y la ausencia inicial de vegetaciones móviles en la ecocardiografía transesofágica reflejan las dificultades diagnósticas clásicamente descritas para este microorganismo. Estos hallazgos concuerdan con reportes recientes, en los cuales más del 50% de los pacientes con EI por *C. hominis* presentan estudios ecocardiográficos no concluyentes en etapas tempranas, especialmente cuando se trata de válvulas protésicas biológicas o pacientes con cirugías cardíacas previas^{5,6}. Desde el punto de vista terapéutico, las recomendaciones actuales coinciden en que las infecciones por microorganismos del grupo HACEK deben tratarse con cefalosporinas de tercera generación, siendo la ceftriaxona el antibiótico de primera elección. En el contexto de EI sobre válvula protésica, se recomienda una duración mínima de seis semanas de tratamiento intravenoso, considerando la menor penetración antibiótica en el material

protésico y el mayor riesgo de infección perivalvular persistente^{2,4,7}. El paciente descrito recibió este esquema, con negativización de hemocultivos y una evolución clínica favorable, en concordancia con los resultados reportados en la literatura.

Las guías europeas más recientes establecen tres indicaciones principales para el tratamiento quirúrgico en la EI: insuficiencia cardíaca secundaria a disfunción valvular severa, infección no controlada (definida por bacteriemia persistente, abscesos perivalvulares o pseudoaneurismas) y prevención de embolias en presencia de vegetaciones grandes o altamente móviles⁷. En el presente caso, la ausencia de estos criterios, junto con el elevado riesgo quirúrgico asociado a múltiples comorbilidades y cirugías cardíacas previas, respaldó la elección de una estrategia conservadora.

En escenarios seleccionados, particularmente en pacientes con alto riesgo quirúrgico o infección residual estable, se ha descrito el uso de terapia antibiótica supresiva oral prolongada como alternativa terapéutica. Aunque la evidencia disponible es limitada y se basa principalmente en series pequeñas y reportes de casos, esta estrategia ha demostrado utilidad para controlar la replicación bacteriana residual y reducir el riesgo de recaídas cuando la cirugía no es factible^{5,6}. En este paciente, la instauración de amoxicilina oral tras completar el tratamiento endovenoso permitió mantener la estabilidad clínica durante el seguimiento, sin evidencia de recurrencia infecciosa.

Este caso subraya la importancia de un abordaje multidisciplinario en la EI protésica, integrando cardiología, infectología, cirugía cardiovascular y especialistas en diagnóstico por imágenes.

Asimismo, destaca la necesidad de mantener una sospecha diagnóstica elevada en pacientes con prótesis valvulares y síntomas constitucionales persistentes, incluso ante hemocultivos inicialmente negativos.

Resulta fundamental reforzar las estrategias de prevención, particularmente la profilaxis antibiótica en procedimientos dentales e invasivos en pacientes con prótesis valvulares, recomendación recientemente reafirmada por las guías internacionales debido a su impacto en la reducción de bacteriemias por microorganismos orales, incluidos los del grupo HACEK^{2,7}. Este reporte contribuye a la limitada literatura disponible sobre EI protésica por *C. hominis* y pone de manifiesto que, a pesar de su baja incidencia, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado son determinantes para mejorar los desenlaces clínicos en esta entidad poco frecuente pero clínicamente desafiante.

En conclusión, la EI protésica causada por *C. hominis* representa una entidad infrecuente, de evolución subaguda y diagnóstico particularmente desafiante, que exige un alto índice de sospecha clínica, especialmente en pacientes con prótesis valvulares y antecedentes de cirugías cardíacas previas. El crecimiento lento del microorganismo en hemocultivos convencionales y la ausencia de hallazgos ecocardiográficos concluyentes en etapas iniciales pueden retrasar el diagnóstico y condicionar el inicio tardío del tratamiento, con potencial impacto en el pronóstico.

El tratamiento antibiótico prolongado con cefalosporinas de tercera generación continúa siendo el pilar del manejo, en especial en el contexto de válvulas protésicas. En pacientes con elevado riesgo quirúrgico y sin indicaciones formales de cirugía, una estrategia conservadora

asociada a terapia antibiótica supresiva oral puede considerarse una alternativa terapéutica razonable, aunque su utilización debe evaluarse de forma individualizada ante la limitada evidencia disponible.

Este caso contribuye a ampliar la escasa literatura sobre EI protésica por *C. hominis* y refuerza la importancia de un abordaje multidisciplinario, así como de la personalización de las decisiones diagnósticas y terapéuticas. El reconocimiento precoz de esta entidad y la aplicación de estrategias de manejo adaptadas al perfil clínico del paciente son fundamentales para optimizar los desenlaces en escenarios de alta complejidad.

Conflictos de intereses

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron para la redacción de este artículo.

Financiamiento

Autofinanciado.

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace:

https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/82_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rajani R, Klein JL. Infective endocarditis: a contemporary update. *Clin Med (Lond)* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun 10];20(1):31–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31941729/>
2. Imazio M. The 2023 new European guidelines on infective endocarditis: main novelties and implications for clinical practice. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 10];25(10):718–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38916201/>
3. Berge A, Morenius Ch, Petropoulos A, Nilson B, Rasmussen M. Epidemiology, bacteriology and clinical characteristics of HACEK bacteremia and endocarditis: a population-based retrospective study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 10];40(3):525–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32944895/>
4. Khaledi M, Sameni F, Afkhami H, Hemmati J, Zadegan Dezfuli AA, Sanae MJ, Validi M. Infective endocarditis by HACEK: a review. *J Cardiothorac Surg* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 10];17(1):185. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35986339/>
5. Sundin A, Duesing P, Jagadish A, Akeel MA, Vedantam V, Vedantam N, Finniss M. From dental procedures to endocarditis: *Cardiobacterium hominis* infection of a bioprosthetic mitral valve. *Cureus* [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 10];17(6):e85411. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40621251/>
6. Kleynerman A, Day RC, Honkanen I. Pancytopenia unraveled: tracing rare *Cardiobacterium hominis* bacteremia back to the gut. *Cureus* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jul 10];17(6):e86358. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40688920/>
7. Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. *Eur Heart J* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 10];44(39):3948–4042. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37622656/>