

Endocarditis infecciosa: una enfermedad grave e infrecuente que precisa ser tratada en hospitales con experiencia

Pilar Tornos

Servicio de Cardiología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

En los últimos años, la endocarditis infecciosa ha experimentado cambios muy importantes. La forma tradicional de la enfermedad, la que afectaba a pacientes con valvulopatía reumática y era ocasionada por *Streptococcus viridans*, es actualmente una de las formas poco habituales. En nuestros días, recientes estudios¹, así como el European Heart Survey on Valvular Diseases² y el registro ICE (International Collaboration on Endocarditis Investigation)³, han puesto claramente de manifiesto que la endocarditis se ha convertido en una enfermedad de gente mayor, muchas veces sin antecedentes de valvulopatía conocida y que, como agentes causales, tiene microorganismos más agresivos, sobre todo estafilococos. Recientemente, se han documentado factores de riesgo para presentar una endocarditis, como la diabetes, la inmunodepresión y la insuficiencia renal⁴; es notorio el incremento en el número de endocarditis de adquisición nosocomial y también aumentan los casos de endocarditis sobre prótesis y sobre marcapasos debido al cada vez mayor número de personas portadoras. Estos cambios en el espectro de la enfermedad contribuyen a que el pronóstico de la endocarditis siga siendo muy preocupante. De hecho, a pesar de que actualmente se dispone de mejores técnicas diagnósticas y quirúrgicas y a la utilización cada vez mayor de la cirugía en la fase activa de la enfermedad, las cifras de mortalidad no consiguen disminuir^{5,6} y se sitúan alrededor del 10-15% en las formas causadas por *S. viridans* y de más del 30% para endocarditis producidas por otros microorganismos^{7,8}. Por otra parte, la endocarditis es una enfermedad poco frecuente y, sin duda, con un tratamiento es-

pecialmente complejo y difícil. Quizá estos aspectos motivan que, a pesar de disponer de recientes guías de práctica clínica⁹, hay una evidente discordancia entre lo recomendado y la práctica habitual^{10,11}.

El trabajo de Anguita et al¹² es un excelente estudio que analiza con un gran criterio clínico el pronóstico de la endocarditis durante un período de 15 años. La lectura detenida del trabajo pone de manifiesto que los cambios aludidos en el espectro de la enfermedad también se dan en nuestro medio: el microorganismo causal más frecuente fue el estafilococo, incrementó a lo largo del estudio la edad y el número de pacientes sin cardiopatía conocida y un 48% de los pacientes precisó cirugía en la fase activa de la enfermedad. Este último dato, de acuerdo con series recientes, enfatiza el concepto de que el tratamiento de la endocarditis debe ser considerado un tratamiento medicoquirúrgico.

El trabajo de Anguita et al¹² ilustra también cómo el aprendizaje del equipo en el manejo de la enfermedad y en la difícil toma de decisiones puede mejorar el pronóstico. Si bien esta adquisición de experiencia clínica no puede reflejarse con claridad en el trabajo, es incuestionable que ha desempeñado un papel en los resultados obtenidos. Por ejemplo, durante los años del estudio, los autores, con toda probabilidad, han mejorado en algo extremadamente difícil: el momento de aconsejar el tratamiento quirúrgico a sus pacientes. Es relevante destacar que el número de cirugías emergentes disminuyó a lo largo del estudio y se incrementaron las cirugías electivas, con lo que mejoraron las cifras de mortalidad. Esta reducción en las cirugías urgentes puede deberse a una mayor precocidad en el diagnóstico, a una mejor derivación de los pacientes desde otros hospitales o a un cambio en el criterio médico. Es obvio que hay ocasiones en que un enfermo con sepsis, gran destrucción anatómica e insuficiencia cardíaca debe ser operado de inmediato; sin embargo, este tipo de cirugía se asocia con una gran mortalidad (el 38% en la serie de Anguita et al¹²). Muchas veces, sin embargo, la situación del paciente, en ausencia de deterioro hemodinámico seve-

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 1188-96

Correspondencia: Dra. Pilar Tornos.
Servicio de Cardiología. Hospital Vall d'Hebron.
P.º Vall d'Hebron, 119. 08035 Barcelona. España.
Correo electrónico: ptornos@vhebron.net

Full English text available at: www.revespcardiol.org

ro, permite hacer unos días de tratamiento antibiótico y aliviar la situación general, de manera que el paciente pueda ser operado en mejores condiciones y con mejores resultados. Obviamente, esta estrategia ha de ser vigilada por clínicos entrenados y muy atentos en el seguimiento diario de estos pacientes, y obliga a mantener una estrecha colaboración con los cirujanos cardíacos.

Los autores del presente trabajo han conseguido una disminución significativa de la mortalidad de la enfermedad durante los años del estudio, pasando de una mortalidad global del 25% en el primer período (1989-1995) a una cifra del 12% en el segundo (1996-2001). Por otra parte, demuestran en el seguimiento a largo plazo de los pacientes unas cifras de supervivencia muy aceptables (el 91% al año y el 80% a los 6 años en los supervivientes de la fase hospitalaria). Durante el seguimiento hubo relativamente poca necesidad de cirugía, posiblemente porque la mayor parte de los pacientes con lesiones significativas ya había sido operada durante la fase hospitalaria. Es también interesante la ausencia de recidivas, pese a haber intervenido a una proporción de casos de forma urgente y con sepsis persistente. Por otra parte, los casos de recurrencia (6%) refuerzan el concepto de que los pacientes que han presentado una endocarditis tienen más riesgo de presentar un segundo episodio y, por tanto, deben ser considerados pacientes de alto riesgo en las medidas de profilaxis. Sin duda, los buenos resultados obtenidos por el equipo de Anguita et al¹² son atribuibles a la gran experiencia adquirida con los años y al trabajo bien coordinado entre los dos centros autores del estudio.

Cada vez hay más escepticismo sobre la utilidad real de la profilaxis antibiótica en la prevención de la endocarditis¹³. Los esfuerzos destinados a intentar disminuir su morbimortalidad deben ir, pues, encaminados a su mejor detección y tratamiento. En este sentido los cardiólogos deberíamos prestar especial atención a 2 aspectos, que describimos a continuación.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

Uno de los problemas importantes de la endocarditis es que, en muchas ocasiones, el diagnóstico se realiza demasiado tarde, cuando el paciente ya ha presentado alguna complicación. Ello es así porque en las etapas iniciales, sobre todo en las formas debidas a microorganismos poco virulentos, la endocarditis se manifiesta como un cuadro febril, muchas veces poco aparatoso y en apariencia banal. Es una lástima, ya que el diagnóstico realizado en estas fases iniciales y su consiguiente tratamiento precoz consiguen la curación en muchos casos únicamente con tratamiento antibiótico. Poco podemos hacer como cardiólogos para mejorar el diagnóstico en los pacientes que desarrollan una endocarditis y eran

previamente desconocedores de tener una cardiopatía. Sin embargo, en los pacientes cardiológicos, sobre todo en pacientes valvulares o en portadores de prótesis y marcapasos, deberíamos ser conscientes de que la educación del paciente puede ser crucial. Es importante informar a nuestros pacientes de lo que deben y lo que no deben hacer si presentan fiebre. Los pacientes deben saber que, en caso de fiebre sin un foco claro, no deben tomar antibióticos y que, si el médico de cabecera o los médicos en servicios de urgencias hospitalarias se los prescriben, el propio paciente debe poner en antecedentes al médico sobre su cardiopatía y la necesidad de practicar hemocultivos antes de iniciar terapia antibiótica. Por otra parte, los cardiólogos debemos estar especialmente atentos al diagnóstico de endocarditis ante pacientes valvulares que presentan cuadros febriles, deterioros clínicos o accidentes embólicos.

Dado que el diagnóstico de endocarditis se basa en los hemocultivos y en el ecocardiograma, los cardiólogos tenemos también responsabilidad en la rapidez con la que realizamos los ecocardiogramas diagnósticos. Muchas veces, las sospechas clínicas de endocarditis se realizan fuera del ámbito del cardiólogo y las solicitudes para practicar un ecocardiograma pueden provenir desde otros servicios hospitalarios o de hospitales comarcales. Como cardiólogos ecocardiografistas, dado el grado de colapso habitual en los laboratorios de ecocardiografía, es evidente que no podemos hacer ecocardiogramas de manera indiscriminada ante cualquier síndrome febril y podemos exigir que se nos documente bien el grado de sospecha diagnóstica, pero ante una duda clínica razonable hay que tener la conciencia de que este tipo de ecocardiogramas se han de realizar de manera muy preferente.

Hay cada vez más centros en nuestro país en los que las endocarditis son tratadas por equipos combinados de internistas, cardiólogos y cirujanos. De hecho, la colaboración estrecha entre especialistas en enfermedades infecciosas, cardiólogos y cirujanos cardíacos se ha demostrado fructífera. Sin embargo, en ocasiones, los pacientes son atendidos por internistas en hospitales comarcales y el contacto con el cardiólogo se basa únicamente en la petición del ecocardiograma. En estos casos, el cardiólogo ecocardiografista, presente en el momento del diagnóstico, debería ayudar al clínico responsable a decidir la actitud terapéutica que debe seguirse.

DERIVACIONES O CONSULTAS RÁPIDAS A CENTROS CON CIRUGÍA

Es evidente que la endocarditis es una enfermedad muy poco frecuente, con cuadros clínicos muy variados y que tiene un pronóstico cuanto menos muy reservado. A nuestro entender, es una frivolidad que los

pacientes con endocarditis sean tratados en hospitales pequeños en los que es imposible adquirir experiencia clínica suficiente en el manejo de pacientes en los que las tomas de decisión son de una enorme complejidad. Estas decisiones, en ocasiones, deben ser tomadas por especialistas en enfermedades infecciosas, ecocardiografistas bien entrenados y cardiólogos y cirujanos cardíacos expertos. Sería, pues, deseable que los pacientes con endocarditis fueran asistidos en centros con experiencia y que contaran con servicios de cirugía cardíaca. Alternativamente, los centros sin estas facilidades deberían contar con un centro consultor y de referencia al que se avisara en el momento del diagnóstico. De esta forma, se podría establecer conjuntamente un pronóstico y orientar el manejo del paciente desde el centro de referencia, facilitando los traslados urgentes, si éstos se precisaran. Probablemente, este tipo de actuación evitaría un problema con el que nos enfrentamos con cierta frecuencia: los traslados a centros quirúrgicos se hace en fases excesivamente avanzadas, en pacientes muy deteriorados y complicados, con la consiguiente elevada mortalidad.

El pronóstico de la enfermedad mejorará si somos capaces de diagnosticarla en sus fases más iniciales y programamos de inmediato un tratamiento médico y quirúrgico en principio adecuado a las guías de práctica clínica⁹. Sin embargo, como en tantas otras áreas del ejercicio médico, el enfermo real se escapa muchas veces de las indicaciones protocolizadas. Especialmente en el contexto de la endocarditis, cada enfermo es un caso difícil y, por ello, precisa ser atendido en centros con experiencia en el manejo de la enfermedad. En este sentido, el trabajo de Anguita et al¹² pone claramente de manifiesto que la colaboración y el trabajo ilusionado entre hospitales de Córdoba y Málaga les ha permitido adquirir la experiencia necesaria para que ahora sus resultados se conviertan en un mensaje de esperanza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hoen B, Alle F, Selton-Suty C, Beguirot I, Bouvet A Brianson S, et al. Changing profile of infective endocarditis. Results of a 1 year survey in France. *JAMA*. 2002;288:75-88.
2. Tornos P, Jung B, Permanyer G, Baron G, Delahaye F, Gohlke-Barwolf CH, et al. Infective endocarditis in Europe: lessons from the Euro Heart Survey. *Heart*. 2005;91:571-5.
3. Cabell CH, Abrutyn E. Progress towards a global understanding of infective endocarditis. Early lessons from the International Collaboration on endocarditis investigation. *Infect Dis Clin N Am*. 2002;16:255-72.
4. Storm BL, Abrutyn E, Berlin JA, Kinman JL, Feldman RS, Stolley PD, et al. Risk factors for infective endocarditis: oral hygiene and nondental exposures. *Circulation*. 2000;102:2842-8.
5. Braun S. Desafíos actuales de la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:543-5.
6. Casabe H, Deschle H, Cortes C, Stutzbach P, Hershon A, Negel C, et al. Predictores de mortalidad hospitalaria en 186 episodios de endocarditis infecciosa en un centro de tercer nivel (1992-2001). *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:578-85.
7. Lopez J, San Roman JA, Revilla A, Vilacosta I, Luaces M, Sarria C, et al. Perfil clínico ecocardiográfico y pronóstico de las endocarditis izquierdas por *Streptococcus viridans*. *Rev Clin Esp*. 2005;58:153-8.
8. Revilla A, San Román JA, López J, Vilacosta I, Luaces M, Fernández-Aviles F. Perfil actual de la endocarditis por estafilococo coagulasa negativo en válvulas nativas izquierdas. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:749-52.
9. Horstkotte D, Follath F, Gutschik E, Lengyelk M, Oto A, Pavie A, et al. Guías de práctica clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa de la Sociedad Europea de Cardiología. Versión resumida. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:952-62.
10. González de Molina M, Fernández-Guerrero JC, Azpitarte J. Endocarditis infecciosa: grado de discordancia entre lo recomendado por las guías clínicas y lo realizado en la práctica. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:793-800.
11. Delahaye F, Rial MO, De Gevigney G, Ecochard R, Delaye J. A critical appraisal of the quality of management of infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 1999;33:788-93.
12. Anguita-Sánchez M, Torres-Calvo F, Castillo-Domínguez JC, Delgado-Ortega M, Mesa-Rubio D, Ruiz-Ortiz M, et al. Pronóstico a corto y largo plazo de la endocarditis infecciosa en pacientes no usuarios de drogas por vía parenteral. Resultados a durante un período de 15 años (1987-2001). *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:1188-96.
13. Conti CR. Endocarditis prophylaxis yes, endocarditis prophylaxis no. *Clin Cardiol*. 2003;26:255-6.