

## Miocardopatía hipertrófica y endocarditis: de la recomendación de profilaxis a su puesta en práctica

### Sr. Editor:

Se admite que la miocardopatía hipertrófica (MH) puede predisponer al desarrollo de una endocarditis infecciosa (EI). Sin dar una cifra numérica exacta de este riesgo, las guías de actuación clínica vigentes lo estiman en al menos moderado<sup>1-2</sup> y recomiendan realizar profilaxis antibiótica cuando, en presencia de dicha cardiopatía, concurren circunstancias favorecedoras de bacteriemia por gérmenes proclives a colonizar el endocardio<sup>3</sup>. Sin embargo, la revisión de la bibliografía ofrece tasas decepcionantes sobre el cumplimiento de dicha prescripción<sup>4</sup>.

Bien es cierto que una minoría de pacientes presenta esta complicación como manifestación inicial, lo que impide su prevención. Recientemente asistimos a un paciente con este problema. Se trataba de un varón joven aparentemente sano que consultó por fiebre prolongada resistente a azitromicina y a amoxicilina-ácido clavulánico. El día previo experimentó un síncope y 2 meses antes se había practicado autoextracción dental. En el momento del ingreso mostraba datos de gravedad sin signos de focalidad infecciosa. Se auscultaba soplo eyectivo en la base. El diagnóstico de MH obstructiva y endocarditis mitral se estableció mediante ecocardiografía. Según la situación clínica y el ecocardiograma se indicó cirugía valvular urgente<sup>5</sup>.

En este paciente, la omisión fue inevitable y no es criticable; lo que sí es discutible es la actitud del grupo mayoritario que, a sabiendas de su mayor riesgo, no intentan prevenirla. Lo cierto es que, aparte de los mencionados documentos de consenso, la bibliografía relacionada es limitada, con estudios reducidos que obtienen resultados dispares y esgrimen argumentos poco sólidos a favor o en contra de las recomendaciones establecidas<sup>1</sup>.

Por ejemplo, se conoce la cifra global de endocarditis (1-5/100.000 habitantes) pero hay escasos trabajos que cuantifiquen su incidencia en presencia de MH, y menos aún que concreten que el riesgo es 0,38% personas-año en MH obstructivas y se triplica si, además, hay dilatación auricular izquierda<sup>6</sup>. Es obvio, también, que la aparición de EI aumenta la morbimortalidad en la MH, pero no hemos encontrado referencias fehacientes sobre la mortalidad vinculada a dicha asociación. Se sabe que su peor pronóstico obedece a 2 factores esenciales: por un lado, la posibilidad de diagnósticos tardíos porque sus características especiales despistan la sospecha; así, las vegetaciones mitrales suelen asentar en la superficie ventricular<sup>6</sup> (como ocurrió en este paciente) y pueden generar o exacerbar un gradiente subaórtico que se manifieste con soplo eyectivo y síncope, en lugar de con datos de regurgitación valvular. Por otro lado, es común su refractariedad a una antibioterapia adecuada que, con cierta frecuencia, obliga a recurrir a la cirugía valvular<sup>5</sup> y, consecuentemente, a soportar una morbimortalidad añadida.

Parece lógico, por tanto, que la mayor gravedad hace necesario intentar prevenir la endocarditis. Sin embargo, la realidad es que siguen siendo ínfimas las tasas de prevención reales (pocas veces superan el 40% de los sujetos con indicación de recibirla) frente a la multitud de procedimientos de riesgo realizados, fundamentalmente manipulaciones orales con hemorragia<sup>3</sup>. Pese a ello, sólo un 14-20% del total de EI tienen origen bucal<sup>7</sup>, lo que cuestionaría, pues, la necesidad de la prevención antimicrobiana.

Al hilo de esto se puede plantear también el balance riesgo/beneficio de la antibioterapia. No encontramos datos fehacientes sobre la eficacia de la profilaxis en términos de número de endocarditis evitables<sup>1</sup>; uno de los estudios más relevantes concluyó que, si se aplican las recomendaciones americanas, la efectividad de la prevención alcanzaba el 91% en pacientes con MH<sup>8</sup>. Junto a ello, el potencial efecto nocivo de los fármacos es reducido y se ha cifrado en un 0,04-0,11% la hipersensibilidad a betalactámicos<sup>9</sup>. Es más, los estudios etiológicos de mortalidad tras tratamientos orales agresivos en estos pacientes han comunicado resultados heterogéneos en cuanto a las cifras, pero globalmente recogen una morbimortalidad significativamente mayor asociada con EI en comparación con la toxicidad a los antibióticos<sup>7,10</sup>, dato que parece lógico si se tiene en cuenta la mayor gravedad de la endocarditis en presencia de MH.

Con toda esta información, ciertamente escasa pero suficiente, deducimos que la quimioprofilaxis es segura y resulta eficaz cuando se administra a pacientes bien seleccionados. Con independencia de la cifra exacta de endocarditis evitadas, que puede no ser elevada, la gravedad del cuadro hace imprescindible su prevención. Las actuales tasas de prevención correcta resultan inadmisibles y exigen un esfuerzo para el mejor cumplimiento de las directrices de los comités de expertos.

Ángela M. Montijano Cabrera<sup>a</sup>, Francisco Rosa Jiménez<sup>b</sup> y Águeda Galán Priego<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de Montilla. Córdoba. España.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. España.

### BIBLIOGRAFÍA

- Vallés F, Anguita M, Escribano MP, Pérez-Casar F, Pousibet H, Tornos P, et al. Guías de Práctica Clínica de la SEC en endocarditis. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:1348-96.
- Horstkotte D, Follath F, Gutschik E, Lengyel M, Oto A, Pavie A, et al. Guía de Práctica Clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa. Versión resumida. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:952-62.
- Lang S, Morris A. Infective endocarditis. Current recommendations for prophylaxis. *Drugs*. 1987;34:279-88.
- Van-der-Meer JT, Van-Wijk W, Thompson J, Valkenburg HA, Michel MF. Awareness of need and actual use of prophylaxis:

- lack of patient compliance in the prevention of bacterial endocarditis. *J Antimicrob Chemother.* 1992;29:187-94.
5. Criterios de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en patología cardiovascular. Documento oficial de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2000;53:1373-9.
  6. Spirito P, Rapezzi C, Bellone P, Betocchi S, Autore C, Conte MR, et al. Infective endocarditis in HCM: prevalence, incidence, and indications for antibiotic prophylaxis. *Circulation.* 1999;99:2132-7.
  7. Blanco A. Profilaxis de la endocarditis bacteriana. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9 Supl:37-51.
  8. Imperiale TF, Horwitz RI. Does prophylaxis prevent postdental infective endocarditis? A controlled evaluation of protective efficacy. *Am J Med.* 1990;88:131-6.
  9. Parker CW. Allergic reactions in man. *Pharmacol Rev.* 1982;34:85-104.
  10. Eykyn SJ. Endocarditis: basics. *Heart.* 2001;86:476-80.