

Síndrome coronario agudo en la endocarditis infecciosa

María Carmen Manzano^a, Isidre Vilacosta^a, José A. San Román^b, Paloma Aragoncillo^c, Cristina Sarriá^d, Daniel López^e, Javier López^b, Ana Revilla^b, Rocío Manchado^f, Rosana Hernández^a y Enrique Rodríguez^a

^aInstituto Cardiovascular. Hospital Universitario San Carlos. Madrid. España.

^bInstituto de Ciencias del Corazón (ICICOR). Hospital Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

^cServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario San Carlos. Madrid. España.

^dServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

^eServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Carlos. Madrid. España.

^fServicio de Medicina Preventiva y Estadística. Hospital Universitario San Carlos. Madrid. España.

Introducción y objetivos. Describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, ecocardiográficas y evolutivas de los pacientes con un síndrome coronario agudo en el seno de una endocarditis.

Métodos. Hemos analizado 586 episodios de endocarditis (481 izquierdos) diagnosticados de forma consecutiva en 5 hospitales desde 1995 hasta 2005.

Resultados. Hubo 14 pacientes (2,9%) con un síndrome coronario agudo, con una edad media de 50 ± 17 años. El 50% tenían una prótesis valvular. Los cultivos fueron positivos en 11 episodios y el germen aislado con más frecuencia fue *Staphylococcus aureus*. La ecocardiografía transesofágica detectó vegetaciones en 12 casos. La localización de la infección fue aórtica en 12 casos. Se documentaron con más frecuencia complicaciones perivalvulares ($n = 11$ [78,6%] frente a $n = 172$ [36,8%]; $p = 0,03$) y su tamaño fue mayor que el de los otros pacientes de la serie. Trece pacientes tuvieron insuficiencia valvular de moderada a severa. El síndrome coronario agudo se manifestó precozmente en la mayoría de los pacientes. El mecanismo de la isquemia fue embólico en 3 casos y por compresión coronaria en 8. Durante la evolución, los pacientes con síndrome coronario agudo tuvieron una mayor incidencia de insuficiencia cardíaca ($n = 6$ [42,85%] frente a $n = 77$ [16,48%]; $p = 0,021$), shock cardiogénico ($n = 5$ [35,7%] frente a $n = 71$ [15,2%]; $p = 0,038$) y bloqueo auriculoventricular ($n = 4$ [28,57%] frente a 43 [9,2%]; $p = 0,039$). La mortalidad fue también superior en estos pacientes ($n = 9$ [64,29%] frente a $n = 151$ [32,33%]; $p = 0,019$).

Conclusiones. El síndrome coronario agudo es una complicación precoz de la endocarditis. Se asocia más a microorganismos virulentos, infección valvular aórtica, insuficiencia valvular severa, complicaciones perianulares de gran tamaño y elevada mortalidad. El mecanismo más frecuente fue la compresión coronaria secundaria a complicaciones perianulares.

Palabras clave: Endocarditis. Síndrome coronario agudo. Complicaciones perianulares.

VÉASE EDITORIAL EN PÁGS. 5-6

Correspondencia: Dr. I. Vilacosta.
Instituto Cardiovascular. Hospital Universitario San Carlos.
Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: mcmanzano@lycos.es

Recibido el 24 de marzo de 2006.

Aceptado para su publicación el 14 de septiembre de 2006.

Acute Coronary Syndrome in Infective Endocarditis

Introduction and objectives. To describe the clinical, microbiologic, echocardiographic characteristics, and disease progression in patients who experience an acute coronary syndrome during an episode of endocarditis.

Methods. The study included 586 consecutive patients who were diagnosed of infective endocarditis (481 left-sided) at one of five hospitals between 1995 and 2005.

Results. Overall, 14 patients (2.9%) had an acute coronary syndrome. Their mean age was 50 (17) years, and 50% had a prosthetic valve. For 11 episodes of endocarditis, laboratory cultures tested positive, with *Staphylococcus aureus* being the most frequently isolated microorganism. Vegetations were detected by transesophageal echography in 12 cases. The infection was located in the aortic valve in 12 cases. In the 14 patients, periannular complications were found more frequently (11 [78.6%] vs 172 [36.8%]; $P = .03$), and their size was greater than in other patients. Thirteen had moderate-to-severe valvular regurgitation. In most patients, acute coronary syndrome was an early complication of endocarditis. Myocardial ischemia was due to an embolism in three cases and to coronary artery compression in eight. During follow-up, patients with acute coronary syndrome had higher incidences of heart failure (6 [42.85%] vs 77 [16.48%]; $P = .021$), cardiogenic shock (5 [35.7%] vs 71 [15.2%]; $P = .038$), complete atrioventricular block (4 [28.57%] vs 43 [9.2%]; $P = .039$), and mortality (9 [64.29%] vs 151 [32.33%]; $P = .019$).

Conclusions. Acute coronary syndrome is usually an early complication of infective endocarditis. It is associated with virulent microorganisms, aortic valve infection, severe valvular regurgitation, extensive periannular complications, and increased mortality. The most frequent cause of myocardial ischemia was coronary artery compression secondary to periannular complications.

Key words: Endocarditis. Acute coronary syndrome. Periannular complications.

Full English text available from: www.revespcardiol.org

ABREVIATURAS

BAV: bloqueo auriculoventricular.
 ECG: electrocardiografía.
 ETE: ecocardiografía transesofágica.
 SCA: síndrome coronario agudo.

INTRODUCCIÓN

Los síndromes coronarios agudos (SCA) son una complicación infrecuente¹ en los pacientes con endocarditis, tanto en el momento agudo como en períodos posteriores. Por esta razón, el tratamiento más adecuado es desconocido.

El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, ecocardiográficas y evolutivas de los pacientes que tuvieron un SCA en el seno de una endocarditis y proponer un esquema terapéutico para estos pacientes.

MÉTODOS

Grupo de pacientes

Se han incluido, de forma prospectiva y consecutiva, los episodios de pacientes ingresados en 5 hospitales con el diagnóstico de endocarditis definitiva según los criterios de la Universidad de Duke, desde junio de 1995 hasta diciembre de 2005. Todos los hospitales disponían de servicio de cirugía cardíaca. Los episodios se recogieron en una hoja de recogida de datos común y se incorporaron a una base de datos general. Para el presente estudio se han analizado 586 episodios de endocarditis, de los cuales 481 eran episodios de endocarditis izquierdas pertenecientes a 460 pacientes. En esta serie, 14 pacientes presentaron un SCA y son el objeto de nuestro estudio.

En todos los casos se ha recogido información acerca de las características demográficas (edad, sexo, procedencia), la presencia de cardiopatía previa predisponente, las enfermedades subyacentes, el factor desencadenante, las manifestaciones clínicas de presentación y las alteraciones analíticas. También se han registrado los datos microbiológicos, el número de hemocultivos, el tipo de microorganismo, los estudios de sensibilidad, la sinergia y la serología. Los hallazgos de la ecocardiografía, tanto transtorácica como transesofágica, se han consignado junto con la lesión valvular. Asimismo, se recogió el tipo de tratamiento antibiótico aplicado, su duración y los datos referidos a la evolución clínica. En los casos en los que se realizó cirugía cardíaca se registraron la indicación y el tipo de intervención. Finalmente, se consignó la fecha de alta o de muerte y su causa.

Definiciones

Hemos considerado como SCA a la presencia de dolor torácico típico acompañado de al menos uno de los siguientes signos: alteraciones del electrocardiograma (ECG) y/o alteración de los marcadores enzimáticos, siguiendo una curva típica^{2,3}.

Las definiciones ecocardiográficas de vegetación, absceso, pseudoaneurisma y fístula ya han sido expuestas en trabajos previos⁴.

Análisis estadístico

Los datos se expresan como frecuencias absolutas o porcentajes en el caso de las variables cualitativas. Las variables cuantitativas se describen con la media \pm desviación estándar (DE) o la mediana y el rango intercuartílico (RIQ) según sigan una distribución normal o no. En todos los casos se comprobó la distribución de la variable frente a los modelos teóricos y se contrastó la hipótesis de homogeneidad de varianzas.

Se evaluó la asociación de variables cualitativas con el test de la χ^2 o la prueba exacta de Fisher, según esté indicado. La asociación entre variables cuantitativas se evaluó mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Whitney.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo 1 o un error $\alpha < 5\%$ ($p < 0,05$).

El paquete informático utilizado para el análisis fue el SPSS versión 12.0

RESULTADOS

Características clínicas

De los 586 episodios de endocarditis infecciosa diagnosticados en nuestros hospitales, 481 correspondían a endocarditis sobre válvulas izquierdas. De ellos, 14 (2,9%) se complicaron con un SCA. La edad media de estos pacientes fue de 50 ± 17 años, había 10 pacientes < 70 años (71%) y 12 varones (85%). Se conocía la existencia de cardiopatía previa en 10 casos (71%): 7 válvulas protésicas, un prolapso mitral y 2 válvulas degenerativas. Además, 3 de los pacientes habían tenido una endocarditis previa. La distribución de cardiopatías previas en el grupo sin SCA fue la siguiente: 51 válvulas reumáticas (11%), 182 válvulas protésicas (39,3%), 47 enfermedades degenerativas (10,2%), 24 cardiopatías congénitas (5,2%) y 17 prolapso mitrales (3,7%), sin diferencias significativas. De los 14 episodios con SCA, 9 eran de origen comunitario (64%), 4 pacientes eran usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) y 3 de ellos estaban infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En la serie general había

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3015421>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3015421>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)