

Endocarditis infecciosa

José Ignacio Benito García, Ángel Pichel Loureiro y María Teresa Maza Vera

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias y Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo. Pontevedra. España

Puntos clave

- La endocarditis infecciosa (EI) es una entidad poco frecuente, cuya incidencia y mortalidad se han mantenido en los últimos 30 años, a pesar de los importantes avances, tanto en el diagnóstico como en los procedimientos terapéuticos.
- El perfil epidemiológico de la EI ha cambiado considerablemente en los últimos años; actualmente, son los pacientes entre 70-80 años los que más a menudo sufren EI, en relación con procedimientos médicos invasivos.
- Las lesiones características son las vegetaciones o verrugas, constituidas por células inflamatorias, fibrina, plaquetas y gérmenes que se reproducen y originan una bacteriemia continua, destrucción de la válvula y fenómenos embólicos.
- La historia clínica de la EI es sumamente variable según el microorganismo causal, la presencia o ausencia de cardiopatía preexistente y el modo de presentación.
- Los gérmenes implicados más frecuentemente son estreptococos y *Staphylococcus aureus* sensibles a la meticilina en afectación de válvula nativa y *Streptococcus epidermidis* en válvulas protésicas de modo precoz.
- Continúan siendo comunes los fenómenos vasculares e inmunitológicos (hemorragias en astilla, manchas de Roth y glomerulonefritis) y los fenómenos embólicos, que ocurren en el 30% de los casos y, a menudo, son la primera manifestación clínica.
- La ecocardiografía y los hemocultivos son la piedra angular del diagnóstico de la EI. Los criterios de Duke resultan útiles para la clasificación de la EI, pero no reemplazan la sospecha clínica.
- El tratamiento antibiótico empírico puede iniciarse tras la extracción de hemocultivos seriados, pero si se prescribe precipitadamente puede dificultar el diagnóstico y el tratamiento adecuado.
- La cirugía juega un papel fundamental en el tratamiento actual. Suele ser necesaria en el 25-30% de las ocasiones durante la fase aguda y, de manera diferida, hasta en otro 20-40% de los casos en los que se logró la curación microbiológica.
- La profilaxis de la EI debe realizarse según la cardiopatía predisponente y el riesgo de desarrollar bacteriemia asociada a los distintos procedimientos invasivos.

Palabras clave: Fiebre • Hemocultivos • Valvulopatía • Vegetaciones cardíacas • Dispositivos intracardíacos.

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección microbiana, en la mayoría de los casos de origen bacteriano, cuya lesión más característica la constituyen las vegetaciones que suelen asentar en el endocardio valvular, aunque también pueden afectar a cuerdas tendinosas, músculos papilares o endocardio mural. Es una enfermedad rara, cuya incidencia y mortalidad se ha mantenido en los últimos 30 años¹, a pesar de los importantes avances conseguidos tanto en el diagnóstico como en los procedimientos terapéuticos.

La EI no es una enfermedad uniforme, su presentación varía según la manifestación clínica inicial, la existencia de cardiopatía, el microorganismo implicado, la presencia o ausencia de complicaciones y las características subyacentes del paciente. Por esta razón, la EI requiere un planteamiento

común, con la participación de médicos de atención primaria, urgencias, cardiólogos, cirujanos, microbiólogos y especialistas en enfermedades infecciosas².

Finalmente, las guías de práctica clínica, a menudo, se basan en la opinión de expertos debido a la baja incidencia de esta enfermedad, la ausencia de ensayos aleatorizados y el escaso número de metaanálisis^{3,4}.

Epidemiología

El perfil epidemiológico de la EI ha cambiado considerablemente en los últimos años, especialmente en los países industrializados¹. La EI se describía como una enfermedad

que afectaba a los adultos jóvenes con enfermedades valvulares bien identificadas, en su mayoría reumáticas. Actualmente, son los pacientes mayores los que más a menudo sufren EI, en relación con procedimientos invasivos con riesgo de bacteriemia asociados a factores predisponentes (válvulas protésicas, esclerosis degenerativa de una válvula...) ^{5,6}.

Incidencia de la endocarditis infecciosa

La incidencia de la EI varía de un país a otro entre 3-10 episodios/100.000 personas-años ^{5,7,8}. La incidencia es baja en los pacientes jóvenes, pero aumenta espectacularmente con la edad, siendo el pico de incidencia de 14,5 episodios/100.000 personas-años en pacientes entre 70 y 80 años de edad.

La distribución por sexo es $\geq 2:1$ en los varones respecto a las mujeres ⁹.

Tipos de endocarditis infecciosa

Podemos dividir las EI en cuatro grandes grupos:

- **Sobre válvula nativa:** supone el 50-60% de los casos. Asienta, generalmente, sobre las válvulas izquierdas del corazón, siendo más frecuente la afectación de la válvula mitral.

- **Sobre válvula protésica:** supone entre el 10-20%. Según el momento en el que se adquiere la infección, diferenciamos entre EI precoz si la colonización de la prótesis tiene lugar durante el acto quirúrgico con independencia del tiempo transcurrido hasta la aparición de clínica (normalmente, menos de dos meses, aunque pueden transcurrir de seis a doce meses) y EI tardía, que es independiente de la cirugía y aparece tras más de doce meses.

- **En adictos a drogas por vía parenteral:** supone entre 30-40% de todos los casos. La válvula afectada con más frecuencia es la tricúspide, seguida por la aórtica.

- **Con hemocultivos negativos:** en este caso, lo más habitual es que el paciente haya sido tratado previamente con antibióticos, pero es preciso tener en cuenta que existen microorganismos difíciles de cultivar, bien porque necesitan medios especiales, bien debido a su lento crecimiento.

Entre los gérmenes capaces de producir endocarditis consideramos:

- **Válvula nativa:** *Streptococcus* 40-60% (*S. viridans*, *S. sanguis*, *S. mutans*, *S. bovis*); *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) sensible a meticilina 30-40%; enterococos 10% (*Enterococcus faecalis* y *Enterococcus faecium*).

- **Válvula protésica precoz:** el agente más frecuente es el *Staphylococcus epidermidis* 70-90%, que en muchas ocasiones suele ser resistente a la meticilina resistente. Con menos frecuencia podemos encontrar *S. aureus*, bacilos gramnegativos y hongos. Sobre la válvula protésica tardía vamos a en-

contrar un espectro microbiológico muy parecido a la válvula nativa.

- **En adictos a drogas por vía parenteral:** el microorganismo implicado con más frecuencia es el *S. aureus* sensible a meticilina. Menos frecuentes son *Candida albicans* y *Pseudomona aeruginosa*.

Fisiopatología

La EI se produce por la colonización bacteriana, desde un foco bacteriémico, de agregados trombóticos sobre el endocardio valvular, formándose, así, unas estructuras conocidas como vegetaciones o verrugas, que asientan sobre las valvas cardíacas, constituidas por células inflamatorias, fibrina, plaquetas y, posteriormente, gérmenes que se reproducen dentro de esta estructura, pasan a la sangre y originan una bacteriemia continua, destrucción de la válvula por el proceso inflamatorio y fenómenos embólicos a distancia por el despreñamiento de partes de esta estructura friable.

Existen diversos factores predisponentes, que agrupamos en dos tipos (tabla 1):

1) Aquéllos que favorecen el flujo sanguíneo turbulento en cavidades cardíacas ^{10,11} y depósito de agregados trombóticos sobre zonas de endotelio dañado (endocarditis “estéril”) y la posterior adherencia de gérmenes (endocarditis “infecciosa”) ¹².

TABLA 1. Factores predisponentes de endocarditis infecciosa

Incremento del flujo sanguíneo turbulento en cavidades cardíacas
Lesión cardíaca anterior (reumática congénita, degenerativa)
Endocarditis previas
Prótesis valvular
Cirugía cardíaca con implantes
Marcapasos
Catéter intravascular central
Bacteriemia desde foco lejano que coloniza agregados trombóticos estériles
Adicción a drogas por vía parenteral
Manipulaciones de riesgo sobre territorios colonizados por gérmenes que rompen las barreras cutáneas o mucosas poniendo en contacto los gérmenes con el torrente circulatorio:
Endoscopias digestivas
Cirugía genitourinaria
Manipulaciones dentales
Manipulaciones con catéteres
Hemodiálisis...
Foco infeccioso extracardíaco (por ejemplo, absceso cutáneo)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3471144>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3471144>

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