



Revisión

Endocarditis infecciosa: el papel de la cirugía

Luis Alberto Pallás Beneyto*, Olga Rodríguez Luis y Vicente Miguel Bayarri

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de septiembre de 2009

Aceptado el 22 de octubre de 2009

On-line el 4 de enero de 2010

Palabras clave:

Endocarditis infecciosa
 Endocarditis bacteriana
 Embolia séptica
 Complicaciones protésicas
 Ecocardiograma transesofágico

Keywords:

Infective endocarditis
 Bacterial endocarditis
 Septic embolism
 Complications of prostheses
 Transesophageal echocardiogram

RESUMEN

La endocarditis infecciosa es una enfermedad grave que puede conllevar un pronóstico ominoso en caso de no tratarse adecuadamente. En otras ocasiones, el cuadro clínico evoluciona desfavorablemente a pesar de un tratamiento médico óptimo, y los antibióticos no llegan a esterilizar la sangre; la cirugía en estos pacientes tiene un papel importante para extraer el foco de infección o realizar un recambio valvular. La sorprendente evolución de los pacientes intervenidos en circunstancias desesperadas ha llevado a un análisis del papel de la cirugía precoz. Nosotros, como clínicos, debemos conocer el riesgo de estos pacientes y ser conscientes de la importancia de establecer unas indicaciones quirúrgicas adecuadas.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Infective endocarditis: The role of surgery

ABSTRACT

Infective endocarditis (IE) is a serious disease which can carry a bad prognosis if it is not appropriately treated. Sometimes the clinical evolution is unfavourable despite an optimal medical therapy with antibiotics. Surgery in these cases has an important role to eliminate the source of infection or to perform a valve replacement. The surprising evolution of patients operated in critic circumstances take us to analyze the role of early surgery. As physicians, we need to know these patients' risks and to establish the adequate surgical indications.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave e infrecuente, de difícil diagnóstico, que se acompaña de elevada mortalidad sin tratamiento adecuado, producida por gran variedad de microorganismos. Afecta a estructuras cardíacas en contacto con la sangre y los cuerpos extraños intracardíacos; la lesión característica es la vegetación. La incidencia aumenta con la edad, probablemente en relación con una mayor longevidad de la población, que condiciona la presencia de cardiopatía degenerativa concomitante así como un descenso de la enfermedad reumática cardíaca como lesión predisponente¹. El momento adecuado para indicar el tratamiento quirúrgico en un paciente diagnosticado de endocarditis aguda en fase de actividad suele ser controvertido y, en ocasiones, puede condicionar conflictos entre especialidades médicas y quirúrgicas dado que la mortalidad operatoria en plena actividad infecciosa es sensiblemente mayor

que en pacientes intervenidos con endocarditis sin infección, por lo que una indicación precoz inadecuada entraña mayor riesgo. A su vez, el retraso de la intervención en un paciente con el fin de esterilizar la válvula puede llegar a tener consecuencias desastrosas, sobre todo en pacientes que desarrollan insuficiencia mitral o aórtica graves.

La tendencia actual es la valoración multidisciplinaria (especialistas en enfermedades infecciosas, Microbiología, Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Anatomía Patológica)² de aquellos pacientes con diagnóstico de sospecha, posible o definitiva. Ello permite que médicos y cirujanos efectúen un diagnóstico y un tratamiento uniforme con los mismos criterios y escasas variaciones en el tiempo.

Indicaciones de cirugía en la endocarditis infecciosa en actividad

Insuficiencia cardíaca

Aquellos pacientes que desarrollan un cuadro de insuficiencia cardíaca (IC) sin respuesta adecuada al tratamiento médico

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luispallasbeneyto@yahoo.es (L.A. Pallás Beneyto).

(tras 24–48 h) son indicación absoluta de cirugía preferiblemente en las primeras 24 h tras su diagnóstico, especialmente en caso de desarrollo de disfunción valvular por insuficiencia mitral o aórtica graves (tabla 1)³. La IC representa la indicación más frecuente para la cirugía⁴, y el 50% de los casos se produce por disfunción valvular o protésica⁵. El reemplazo valvular debe realizarse en el mismo acto quirúrgico y debe seguirse de un ciclo de antibiótico (como mínimo de 4 a 6 semanas).

Frecuentemente, pacientes con EI presentan previamente una IC congestiva consecuencia de la propia valvulopatía de base, pero la aparición o el empeoramiento de la IC tienen un pronóstico ominoso con mortalidad en algunos estudios del 56%⁶. Un paciente en situación de *shock* cardiogénico que requiera la administración de fármacos vasoactivos es presagio de mal pronóstico, por lo que la cirugía urgente está indicada en estos pacientes (nivel de evidencia A). Algunos autores consideran la estabilización médica imposible una vez instaurada la IC grave⁶. Una vez indicada la cirugía, no debe retrasarse ésta, la evolución puede ser imprevisible y aumenta el riesgo quirúrgico a medida que progresa la IC. El retraso estaría justificado exclusivamente cuando la infección

estuviera controlada y la IC totalmente compensada mediante tratamiento médico. La valoración evolutiva debe ser preferentemente con ecocardiografía transesofágica (ETE) para definir la presencia de complicaciones, la destrucción de la válvula o la extensión de la infección más allá del anillo valvular, como absceso miocárdico.

Infeción persistente

Representa la segunda causa más frecuente de indicación quirúrgica (19%)⁴. Se define infección persistente como la presencia de bacteriemia mantenida durante al menos 7–10 días en ausencia de otro foco infeccioso extracardiaco (se descartan fundamentalmente abscesos metastáticos) o presencia de recaída a pesar de un tratamiento antibiótico óptimo, y se considera tal circunstancia como indicación para la cirugía (nivel de evidencia B) (tabla 1)^{7,8}, sobre todo en EI izquierdas y especialmente en infecciones por *Staphylococcus aureus*. Clásicamente, en las EI derechas la fiebre tarda más tiempo en remitir; además, las embolias sépticas pulmonares recurrentes no constituyen una indicación absoluta de cirugía.

En estos casos se aconseja, si la situación hemodinámica del paciente lo permite, instaurar un período de tiempo de tratamiento antibiótico antes de realizar el recambio valvular, que debe mantenerse después de la intervención durante 7–14 días con independencia del tiempo previo que haya recibido antes de su intervención⁹.

La EI producida por microorganismos con elevado poder destructivo (hongos, *Brucella* y *Coxiella*) es indicación de cirugía, ya que la infección por estos gérmenes difícilmente se resuelve exclusivamente con tratamiento médico (nivel de evidencia A).

Absceso perivalvular

El diagnóstico clínico y ecocardiográfico de un absceso perivalvular, especialmente en pacientes portadores de prótesis mecánica, infección sobre válvula aórtica e infecciones por gérmenes potencialmente virulentos, como *S. aureus*, hongos, *Brucella*, *Pseudomonas* spp. y otros gramnegativos, obligan en forma más o menos precoz al drenaje quirúrgico (nivel de evidencia A) (tabla 1)³. Además, debemos tener presente que la existencia de un absceso anular tiene implicaciones pronósticas importantes dado que la cirugía es técnicamente más difícil y la reinfección es más frecuente¹⁰. El absceso miocárdico puede ser causa de fiebre prolongada y falta de respuesta al correcto tratamiento antibiótico¹¹ así como trastornos de la conducción, rotura o fistulización de éste, lo que desarrolla una pericarditis purulenta¹². La extensión puede producirse desde cualquier válvula, pero es más frecuente en la infección de la válvula aórtica. Es imprescindible recordar que estos pacientes requieren la realización de electrocardiogramas en el seguimiento evolutivo, puesto que el bloqueo auriculoventricular de alto grado puede requerir la implantación de marcapasos (MP).

Endocarditis fúngica

Los factores condicionantes de endocarditis fúngica son principalmente los pacientes usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), aquellos a los que se les ha realizado cirugía cardíaca, pacientes que han recibido tratamiento prolongado con antibióticos de gran espectro y pacientes inmunodeprimidos¹³. El tratamiento y el pronóstico de estos pacientes es comprometido, no sólo por los antecedentes anteriormente descritos, sino también por las características de la propia infección fúngica que en la mayoría de los casos condiciona vegetaciones de gran tamaño y

Tabla 1
Indicaciones de cirugía en la endocarditis infecciosa

<p><i>Indicaciones de cirugía valvular de urgencia (mismo día)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardíaca por regurgitación aórtica o mitral intensa aguda (nivel de evidencia A) • Rotura valvular o de los velos (nivel de evidencia A) • Dehiscencia protésica importante (nivel de evidencia A) • Presencia de abscesos, fistulas, pseudoaneurismas y trastornos de la conducción (nivel de evidencia A) • Rotura en el interior del pericardio (nivel de evidencia A)
<p><i>Indicaciones de cirugía valvular urgente (cirugía cardíaca en 1–2 días)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción valvular (nivel de evidencia A) • Prótesis inestable (nivel de evidencia A) • Insuficiencia aórtica o mitral con insuficiencia cardíaca CF NYHA III-IV (nivel de evidencia A) • Perforación septal (nivel de evidencia A) • Evidencia de absceso del anillo aórtico, falso aneurisma aórtico o del seno, formación de fistulas o alteraciones nuevas en el sistema de conducción (nivel de evidencia B) • Embolia mayor o vegetación móvil >10mm y tratamiento antibiótico adecuado <7–10 días (nivel de evidencia B) • Vegetación móvil >15mm y tratamiento antibiótico adecuado <7–10 días (nivel de evidencia C) • Evidencia de microorganismo con elevado poder destructivo: p. ej. hongos, <i>Brucella</i> y <i>Coxiella</i> (nivel de evidencia A) • Fiebre persistente y bacteriemia presente durante más de 8 días a pesar de tratamiento antibiótico adecuado (nivel de evidencia B)
<p><i>Indicaciones de cirugía valvular electiva (cirugía indicada lo más precoz posible)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Endocarditis estafilocócica sobre válvula protésica (nivel de evidencia B) • Endocarditis sobre válvula protésica precoz (<2 meses) (nivel de evidencia B) • Evidencia de fuga protésica perivalvular progresiva (nivel de evidencia A) • Evidencia de disfunción valvular y persistencia de la infección después de 7–10 días de tratamiento antibiótico apropiado, indicado por la persistencia de la fiebre o la bacteriemia, descartadas otras causas de infección extracardiaca (nivel de evidencia A) • Endocarditis fúngica molariforme (nivel de evidencia A) • Endocarditis fúngica levaduriforme (nivel de evidencia B) • Infecciones por microorganismos con pobre respuesta a los antibióticos (nivel de evidencia B) • Crecimiento de la vegetación pese a tratamiento antibiótico >7 días (nivel de evidencia C)

Tomado de Olaison y Petterson³. Nivel de evidencia A: fuerte evidencia y general consenso de que la cirugía cardíaca es útil y efectiva. Nivel de evidencia B: datos no concluyentes o conflictivos o diversidad de opinión sobre la utilidad/efectividad de la cirugía cardíaca, pero el peso de la evidencia y las opiniones se decantan por la cirugía. Nivel de evidencia C: datos no concluyentes o conflictivos o divergencia de opinión sobre la utilidad/efectividad de la cirugía cardíaca, no existe consenso. CF NYHA: clase funcional de la New York Heart Association.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3800710>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3800710>

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