



 [IMPRIMIR](#)



07 MAR 11 | [Endocarditis infecciosa](#)

Endocarditis infecciosa

La endocarditis infecciosa es poco frecuente, pero es mortal en alrededor de la quinta parte de los casos. Debe formar parte del diagnóstico diferencial de toda enfermedad febril o inflamatoria persistente, especialmente si hay lesiones cardíacas preexistentes.

Introducción

La endocarditis infecciosa se produce por infección microbiana de la superficie endocárdica o de material protésico en el corazón. El *Staphylococcus aureus* o cepas del *Streptococcus* o el *Enterococcus* causan más del 80% de los casos. La incidencia de la endocarditis infecciosa ha permanecido relativamente constante, pero la epidemiología ha cambiado considerablemente en años recientes. En la actualidad se observan proporcionalmente más casos asociados con prótesis valvulares y con infecciones hospitalarias.

Diagnóstico

Dificultades diagnósticas

La endocarditis infecciosa es una enfermedad poco frecuente y con diversas manifestaciones. Los síntomas como anorexia, adelgazamiento, artralgia y sudores nocturnos se superponen con enfermedades mucho más frecuentes, como una neoplasia oculta. Casi siempre hay fiebre, pero muchos pacientes pueden sufrir inicialmente sólo malestar general. Debido a esta dificultad diagnóstica, alrededor del 25% de los pacientes son hospitalizados más de un mes después de sus primeros signos clínicos.

Importancia del diagnóstico precoz

Datos de la era preantibiótica sugieren que la endocarditis infecciosa es casi siempre mortal si no se la trata. La demora en el diagnóstico en algunos grupos se asocia con aumento considerable de la mortalidad. Aún con diagnóstico y tratamiento oportunos, el pronóstico no siempre es bueno. Estudios de observación informan una mortalidad del 20-25% al año y del 50% a los 10 años, es decir resultados peores que para muchas neoplasias.

La endocarditis infecciosa debe ser parte del diagnóstico diferencial de toda enfermedad febril o inflamatoria persistente. Una vez que surge la sospecha de endocarditis infecciosa, la confirmación diagnóstica suele ser sencilla. Se deberá efectuar interconsulta con un especialista, quien quizás aplique los criterios modificados de Duke para el diagnóstico. Éstos consisten en una síntesis de datos clínicos, microbiológicos y ecocardiográficos. Se estima que el valor pronóstico negativo de estos criterios es mayor del 92%. La llamada endocarditis con "cultivo negativo", que ocurre en el 20-30% de los casos, sigue siendo un desafío diagnóstico y puede ser subdiagnosticada por los criterios de Duke.

Características clínicas

Los factores de riesgo preexistentes para endocarditis infecciosa deben despertar la sospecha, pero personas previamente sanas también se pueden infectar. En una serie de endocarditis por *S aureus*, sólo el 55% de los pacientes tenía lesión valvular previa y el 68% de los pacientes no mostraba una puerta de entrada. La fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ en algún momento es casi invariable, de modo que ante la ausencia de fiebre se debe considerar otro diagnóstico. Son señales diagnósticas de advertencia un soplo de regurgitación nuevo que se encuentra en casi la mitad de los pacientes; un soplo de regurgitación a través de una prótesis valvular y todo émbolo sistémico o sepsis de origen desconocido. En la atención primaria, la combinación de una enfermedad febril prolongada y un soplo pueden ser buenos indicadores precoces. Las lesiones de Janeway indoloras en las palmas o las plantas y los hallazgos inmunológicos, como manchas de Roth y nódulos de Osler son raros y no se hallan más que en el 5% de los casos de endocarditis infecciosa, pero son útiles cuando están y se los reconoce.

Estudios complementarios

Los hemocultivos positivos y los estudios por imágenes del corazón son los pilares fundamentales del diagnóstico definitivo.

La ecografía transtorácica es importante, pero los estudios transesofágicos constituyen la mejor modalidad de estudios por imágenes, especialmente cuando hay prótesis valvulares. Su especificidad para detectar vegetaciones, abscesos u otros indicios de endocarditis infecciosa puede ser cercana al 100%.

Tratamiento

La hospitalización es necesaria al menos para el tratamiento inicial de la endocarditis infecciosa a fin de evaluar la respuesta a la antibioticoterapia y controlar y tratar cualquier complicación.

El tratamiento comprende dosis altas de antibióticos, recetados idealmente según las pruebas de sensibilidad. En una serie de más de 200 pacientes, el 38% necesitó tratamiento quirúrgico. Las indicaciones para la cirugía son el fracaso para controlar la infección, émbolo de material séptico y aparición de insuficiencia cardíaca. Algunos pacientes pueden recibir antibioticoterapia intravenosa ambulatoria tras su hospitalización y tratamiento inicial. Tras el alta hospitalaria, es necesario controlar a los pacientes para descartar una recaída o una infección recidivante. Los pacientes tienen riesgo de otros episodios de endocarditis infecciosa y se les debe advertir que informen sobre cualquier síntoma potencialmente pertinente.

Otras investigaciones

El diagnóstico definitivo de endocarditis exige la derivación al nivel de atención secundaria. Aunque los marcadores de inflamación, como la velocidad de la eritrosedimentación y la proteína C reactiva están aumentados en más del 60% de los pacientes con endocarditis infecciosa, estas pruebas solas son demasiado generales como para diagnosticar o descartar la enfermedad. Sin embargo, las cifras altas pueden ayudar a la decisión de derivar al paciente. Los hemocultivos positivos para *S aureus*, *Streptococcus*, o *Enterococcus* sugieren una infección importante en cualquier contexto.

Frecuencia de la endocarditis infecciosa

- La incidencia anual es de 3-10 casos por 100 000
- El médico generalista no verá más de un caso cada 8-10 años

*Criterios de Duke para el diagnóstico de endocarditis**

Criterios de Duke para el diagnóstico "definitivo" de endocarditis†

Criterios patológicos

- Diagnóstico histológico de tejidos o cultivo de tejidos o de absceso intracardíaco

Criterios clínicos

- Dos criterios mayores o
- Un criterio mayor y tres criterios menores o
- Cinco criterios menores

Requerimientos para el diagnóstico de "posible" endocarditis infecciosa

Criterios clínicos

- Un criterio mayor y un criterio menor o
- Tres criterios menores

Rechazo del diagnóstico de endocarditis infecciosa si hay uno de los siguientes:

- Diagnóstico alternativo firme
- Resolución de los datos clínicos de endocarditis infecciosa con antibioticoterapia de cuatro días o menos
- Ausencia de evidencia patológica de endocarditis infecciosa en la cirugía o en la autopsia con antibioticoterapia de cuatro días o menos
- La enfermedad no cumple con los criterios para endocarditis infecciosa "definitiva" o "posible"

Criterios mayores del hemocultivo

- Dos hemocultivos positivos para microorganismos típicos de endocarditis infecciosa
- Cultivos persistentemente positivos para estos microorganismos tomados con más de 12 horas de diferencia

- Tres o más cultivos positivos tomados con al menos una hora de diferencia
- Criterios ecocardiográficos mayores**
- Ecocardiograma que indica endocarditis infecciosa sin explicación alternativa
 - Absceso miocárdico
 - Dehiscencia parcial nueva de la prótesis valvular
 - Regurgitación valvular nueva
- Criterios menores**
- Trastorno cardíaco predisponente
 - Empleo de fármacos intravenosos
 - Fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
 - Aumento de la proteína C reactiva o de la velocidad de eritrosedimentación
 - Lesiones vasculares, como émbolos arteriales importantes, infartos pulmonares sépticos, aneurisma micótico, hemorragia intracraneal, hemorragias conjuntivales y lesiones de Janeway
 - Fenómenos inmunológicos, como glomerulonefritis, manchas de Roth, nódulos de Osler y factor reumatoide positivo
 - Cultivos positivos que no cumplen un criterio mayor o evidencia serológica de infección activa con un microorganismo compatible con endocarditis infecciosa
 - Resultados ecocardiográficos compatibles con endocarditis infecciosa, pero que no cumplen con un criterio mayor
- *Adaptado de la American Heart Association*
†Either the pathological or the clinical criteria need to be met

- Factores de riesgo (y prevalencia en pacientes europeos) con diagnóstico ulterior de endocarditis según los criterios de Duke**
- Valvulopatía (31%)
 - Procedimiento invasivo en los 60 días previos (25%)
 - Prótesis valvular (20%)
 - Marcapasos (12%)
 - Cardiopatía congénita (10%)
 - Empleo actual de fármacos intravenosos (9%)
 - Endocarditis previa (7%)

Comentario y resumen objetivo: Dr. Ricardo Ferreira

 [IMPRIMIR](#)



Todos los derechos reservados | Copyright 1997-2011