

TRATAMIENTO Y MANEJO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

(INFECTIVE ENDOCARDITIS TREATMENT AND MANAGEMENT)

Revista Médica Sinergia
ISSN 2215-4523
Vol.2 Num:5
Mayo 2017 pp:3-7

*Randall Quirós Fallas

RESUMEN

La Endocarditis infecciosa (EI) tiende a causar complicaciones tanto en la región de las válvulas cardíacas como en localizaciones extracardiacas y pueden predisponer a los pacientes afectados a morbilidad grave y mortalidad. Por estas razones, el tratamiento de la EI requiere el trabajo de un equipo en el que, por lo general, participan especialistas en enfermedades infecciosas, medicina cardiovascular y cirugía cardiovascular con experiencia en la EI.

DESCRIPTORES

Endocarditis Infecciosa, Infección, válvulas cardíacas, Estreptococo, embolia.

SUMMARY

Infective endocarditis (IE) has a tendency to cause complications in both the region of the heart's valves and in extracardiac locations, which may predispose patients to severe morbidity and mortality. For these reasons, treatment of IE requires teamwork in which infectious disease specialists, cardiovascular medicine, and cardiovascular surgery specialists with expertise in IE generally participate.

KEYWORDS

Infectious endocarditis, Infection, Heart valves, streptococcus, embolism.

*Médico General.
Universidad de
Iberoamérica (UNIBE).
Caja Costarricense de
Seguro Social (CCSS).
San José-Costa Rica.
randallqf_11@hotmail.com

INTRODUCCION

Todos los pacientes con Endocarditis Infecciosa (EI) deben tratarse en el ámbito hospitalario, en un centro médico con cirujanos y médicos especializados, con experiencia para proporcionar cuidados que, con frecuencia, incluyen intervenciones diagnósticas y quirúrgicas que se están desarrollando ahora.

La (EI) es una enfermedad mortal. A pesar de las mejoras en su manejo, la EI sigue estando asociada a gran mortalidad y complicaciones graves. Hasta muy recientemente, las guías sobre EI se basaban fundamentalmente en opiniones de expertos, debido a la

baja incidencia de la enfermedad, la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados y el escaso número de metanálisis.

MANEJO INTERDISCIPLINARIO

Para que el paciente tenga una evolución adecuada se debe de integrar un equipo interdisciplinario para el manejo de una EI. La EI no es una sola enfermedad, sino que puede tener múltiples presentaciones dependiendo del órgano involucrado, la cardiopatía subyacente (si hay alguna), el microorganismo implicado, la presencia o ausencia de

complicaciones y las características del paciente. Ningún médico puede manejar y tratar a un paciente cuyos principales síntomas clínicos pueden ser cardíacos, reumáticos, infecciosos, neurológicos u otros. Se requiere un muy alto grado de experiencia de médicos de diversas especialidades: neurólogos, cardiólogos, neurocirujanos, especialistas en enfermedades infecciosas, microbiólogos y expertos en cardiopatías congénitas, entre otros. La ecocardiografía tiene una importancia capital en el diagnóstico y el manejo de la EI. No obstante, otras técnicas de imagen, como la resonancia magnética (RM), la tomografía computarizada (TC) multicorte e imagen de cardiología nuclear, también se han demostrado útiles para el diagnóstico, el seguimiento y la toma de decisiones sobre pacientes con EI. La inclusión de todos estos especialistas en el equipo es cada vez más importante.

Alrededor de la mitad de los pacientes con él se someten a cirugía durante el ingreso hospitalario. La discusión inicial con el equipo quirúrgico es importante y se considera obligatoria en todos los casos de EI complicada (como en la endocarditis con insuficiencia cardíaca, absceso o complicaciones embólicas o neurológicas).

TRATAMIENTO MEDICO

No sólo es importante diagnosticar la EI, también es esencial realizar un diagnóstico etiológico para asegurar que se administra el tratamiento antimicrobiano óptimo para la curación. Debido a que es muy poco frecuente, los médicos no especialistas suelen pasar por alto el diagnóstico de EI, lo que se traduce en la administración de

tratamientos empíricos para una variedad de enfermedades febriles más frecuentes. Esto reduce mucho la sensibilidad de los hemocultivos posteriores cuando se está considerando el diagnóstico de EI y da lugar a la presentación con hemocultivo negativo, que induce a la administración del tratamiento antimicrobiano empírico para la EI. Para definir un régimen antimicrobiano óptimo en cada caso de EI son importantes varios principios del tratamiento médico la selección y la posología del tratamiento antimicrobiano se basan tanto en las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los fármacos específicos como en los resultados del antibiograma de un patógeno aislado en los casos de hemocultivos y/o cultivos de muestras de tejidos positivos. Los agentes bactericidas son necesarios para el tratamiento eficaz de la endocarditis.

Por lo tanto, la terapia antimicrobiana se debe dosificar para optimizar las concentraciones séricas bactericidas sostenidas durante todo el intervalo de dosificación posible. La determinación in vitro de la concentración

inhibitoria mínima debe realizarse rutinariamente. Cada microorganismo tiene su indicación específica de

tratamiento como lo veremos a continuación.

- **ESTREPTOCOCOS
ESTREPTOCOCOS DEL GRUPO
VIRIDANS Y STREPTOCOCCUS
GALLOLYTICUS**

La definición de la sensibilidad a la penicilina, como se ha mencionado antes, se basa en las concentraciones inhibitorias mínimas (CIM) que son específicas para el tratamiento del síndrome de EI; el estado altamente

sensible a la penicilina se define como el de un aislado con una CIM de 0,12 mcg/ml para la penicilina. El tratamiento con penicilina G sódica cristalina sódica acuosa o ceftriaxona debe ser microbiológicamente curativo en el 98% o más de los pacientes con EI de una válvula nativa que terminan 4 semanas de tratamiento. Hay mejor facilidad de la administración de una dosis al día de ceftriaxona por vía parenteral.

La vancomicina se recomienda en pacientes que no toleran el tratamiento con penicilina o cefalosporina debido a antecedentes de reacciones alérgicas mediadas por la inmunoglobulina E (IgE). Los pacientes que tienen EI que afecta a una válvula protésica o material protésico (por ejemplo: un anillo de anuloplastia), causada por estreptococos del grupo viridans o *S. gallolyticus* deben recibir 6 semanas de tratamiento antibiótico.

ESTREPTOCOCOS B HEMOLITICOS

El tratamiento para la EI causada por *Streptococcus pyogenes* (grupo A) consiste en penicilina G cristalina acuosa o ceftriaxona o cefazolina, y dura por lo menos 4 semanas. Para las infecciones causadas por los otros tipos de estreptococos β -hemolíticos (grupos B, C, F y G), algunos médicos recomiendan gentamicina durante las 2 primeras semanas de tratamiento.

• ESTAFILOCOCOS

Para la EI de la válvula nativa del lado derecho no complicada causada por estafilococos sensibles a la oxacilina, una opción es un tratamiento antibiótico de 2 semanas con nafcilina u oxacilina. En los pacientes que no toleran el tratamiento con β -lactámicos puede utilizarse vancomicina, pero muchos

prefieren un curso de tratamiento más largo.

El tratamiento para la endocarditis de las válvulas protésicas causada por estafilococos implica regímenes más complejos debido a la dificultad de la curación de las infecciones relacionadas con el material valvular protésico. Para las cepas sensibles a la oxacilina se administra nafcilina u oxacilina durante al menos 6 semanas combinada con rifampicina, que puede administrarse por vía intravenosa o por vía oral

En los casos de endocarditis de la válvula protésica por cepas resistentes a la oxacilina, debe administrarse vancomicina intravenosa combinada con rifampicina durante al menos 2 semanas y gentamicina durante 2 semanas.

• ENTEROCOCOS

Los enterococos son microorganismos causales frecuentes en la EI, sobre todo en la población anciana. Lamentablemente, el tratamiento requiere tanto penicilina o ampicilina como un aminoglucósido (generalmente gentamicina) para intentar la curación de la infección. Debido a la duración recomendada del tratamiento (4-6 semanas), en estos pacientes ancianos suele ser difícil terminar el régimen que contiene un aminoglucósido sin que se produzca nefrotoxicidad, ototoxicidad o ambas.

• HACEK

EL tratamiento para la EI causada por microorganismos del grupo HACEK (*Haemophilus aphrophilus*; *Actinobacillus actinomycetemcomitans*; *Cardiobacterium hominis*; *Eikenella corrodens*; *Y Kingella kingae*) es la ceftriaxona, que se administra durante 4 semanas para la infección de las válvulas

nativas y durante 6 semanas para la endocarditis de las válvulas protésicas. La cefotaxima y la ampicilina-sulbactam son fármacos alternativos aceptables.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Actualmente, la cirugía es el pilar del tratamiento de la EI complicada. Las directrices prácticas actuales (basadas, en gran parte, en series de observación y en la opinión de expertos) aconsejan considerar la cirugía en presencia de:

1. Insuficiencia cardíaca: La insuficiencia cardíaca es el motivo más frecuente para considerar el tratamiento quirúrgico urgente. Puede estar causada por insuficiencia grave (aórtica o mitral), fístulas intracardíacas o, con menos probabilidad, por la obstrucción de la válvula relacionada con vegetaciones. La cirugía urgente para la insuficiencia cardíaca que no responde al tratamiento médico es crucial, y también se recomienda la intervención rápida incluso aunque pueda conseguirse la estabilización temporal del paciente.
2. Infección no controlada: la siguiente causa más probable para la intervención quirúrgica, puede definirse en términos generales por el aumento de

tamaño de las vegetaciones, la formación de abscesos, los aneurismas falsos o la creación de fístulas.

3. Características que indican un alto riesgo de embolia: el momento exacto para realizar la intervención quirúrgica para prevenir la embolia debe basarse en la presencia o ausencia de episodios embólicos previos, otras complicaciones de la EI, el tamaño y la movilidad de las vegetaciones, la probabilidad de realizar una cirugía conservadora (reparación de la válvula) y la duración del tratamiento antibiótico

CONCLUSION

La endocarditis infecciosa es una enfermedad con alto índice de mortalidad, la cual debería de ser manejada por un equipo interdisciplinario por su nivel de complejidad. Cada microorganismo tiene su indicación de terapia antibiótica siempre guiándose por el antibiograma y la concentración mínima inhibitoria. Alrededor de la mitad de las infecciones por endocarditis bacteriana tienen indicación quirúrgica, por lo cual el equipo de trabajo debe estar preparado para realizar la intervención en cuanto sea necesario.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOG PRACTICE BULLETIN. (2008). Medical Management of Ectopic Pregnancy. Clinical Management of Ectopic Pregnancy.
2. Daniel J Sexton, M. (2016). Antimicrobial therapy of native valve endocarditis. UP TO DATE.
3. Denis Spelman, M. F. (2016). Complications and outcome of infective endocarditis. UP TO DATE.

4. Douglas L. Mann, D. P. (2015). Braunwald's Heart Disease. Toledo España: Elsevier España.
5. Gilbert Habib* (coordinador) (Francia), P. L. (2015). Guía ESC 2015 sobre el tratamiento de la endocarditis infecciosa. Revista Española de Cardiología.
6. H.DeCHERNEY, A., NATNAN, L., LAUFER, N., & S.ROMAN, A. (2014). Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos (11a ed.). (G. E. Padilla Sierra, & S. M. Olivares Bari, Trads.) México: MC Graw Hill Education.
7. Lippincott, W. (2012). Diagnosis of Ectopic Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology, 55, 387-394.
8. Miguel Santaularia-Tomas, * Á. (Miguel Santaularia-Tomas,* Ángel Emmanuel). Endocarditis infecciosa. Evidencia médica de Investigación en Salud.
9. Williams y Wilkins, L. (2012). Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors. 55, 376-386.
10. Williams Y Wilkins, L. (2012). Medical Management of Ectopic Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology.

Recepción: 01 Febrero de 2016

Aprobación: 15 Marzo de 2016