

COMUNICACIÓN

Experiencia sobre la endocarditis infecciosa en el Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”

MSc. Dr. Elvys Pérez Bada¹

MSc. Dra. Lidia Paula Bermúdez Martín²

Dra. Mileidys Ruiz Martínez³

RESUMEN

Se define como endocarditis infecciosa la invasión del endotelio cardiaco por microorganismos infecciosos, los cuales desencadenan un proceso inflamatorio a ese nivel con formación de vegetaciones que constituyen la lesión típica de la enfermedad. Este artículo recoge la experiencia personal del autor en los últimos años, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”.

DeCS:

ENDOCARDITIS BACTERIANA/
etiología

SUMMARY

Infective endocarditis is defined as the invasion of cardiac endothelium by infectious organisms, which trigger an inflammatory process at that level with the formation of vegetations that constitute the typical lesion of the disease. This article describes the author's personal experience in recent years at the Internal Medicine Service of the Arnaldo Milián Castro Provincial University Hospital.

MeSH:

ENDOCARDITIS, BACTERIAL/
etiology

La endocarditis infecciosa (EI) se define como una entidad en la que el endotelio cardiaco es invadido por microorganismos infecciosos, los cuales desencadenan un proceso inflamatorio a ese nivel con formación de vegetaciones que constituyen la lesión típica de la EI. La infección afecta con mayor frecuencia las válvulas cardíacas, tanto a las naturales como a las prótesis valvulares, aunque también puede ocurrir en el lado de baja presión del tabique interventricular, en un defecto septal, en las zonas del endocardio mural dañadas por chorros de sangre o por cuerpos extraños, o en los propios dispositivos intracardiacos.^{1,2}

Generalmente el agente etiológico es una bacteria y, en menor frecuencia, hongos, rickettsias, clamidias y virus. Dentro de los géneros más frecuentemente informados se encuentran los estreptococos viridans, los estafilococos, los estreptococos bovis y los neumococos.

A pesar del uso de potentes antibióticos, esta entidad continua siendo en nuestros días una de las formas más graves de infección en el ser humano, pues se asocia a una significativa morbilidad y mortalidad, y casi siempre es mortal si no se instituye un tratamiento eficaz.³

El cuadro clínico típico de presentación lo constituye la asociación de fiebre, soplo cardíaco y esplenomegalia. Sin embargo, existen diversas formas de aparición, por lo cual el diagnóstico precoz puede hacerse sumamente difícil en ocasiones.^{4,5}

El hecho de que en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" recientemente hayan ingresado pacientes con varias formas de presentación de tal entidad, que trajo como consecuencia el retraso del diagnóstico en ocasiones, nos incentivó a comunicar esta experiencia.

En el diagnóstico y tratamiento de esta compleja entidad nosológica, hemos documentado que la mayor parte de los pacientes pertenecen al sexo masculino. El grupo de edad más representado es el comprendido entre 60 y 74 años, seguido por aquellos pacientes que tenían menos de 35 años. Ello coincide plenamente con lo publicado en la literatura revisada, que cita que la incidencia en pacientes mayores de 65 años es casi nueve veces mayor que en los jóvenes, y que en los varones es 2.5 veces mayor que en las mujeres.¹

La endocarditis sobre válvula nativa es la que con mayor frecuencia observamos, seguida en frecuencia por la endocarditis sobre válvula previamente dañada. Ambos tipos de endocarditis se observan en aquellos pacientes comprendidos entre los 60 y 74 años de edad. Sin embargo, la endocarditis sobre válvula protésica se observa mayormente en aquellos enfermos mayores de 75 años. Estos tipos de endocarditis se informan en la literatura consultada.^{6,7} No obstante, no se ha recogido el antecedente de ningún paciente que fuera consumidor habitual de drogas endovenosas, lo cual constituye un grupo frecuente en la mayoría de los países.

Dentro de las enfermedades anteriores o factores predisponentes que presentan los pacientes se hallan en primer lugar, las infecciones previas de los aparatos respiratorio, genitourinario y digestivo. En orden de frecuencia le sucede la presencia de marcapasos permanentes y otras causas donde se incluyen co-morbilidades como la insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus, la insuficiencia renal crónica, etc. La presencia de valvulopatías previas, así como la cardiopatía congénita se documentan en un grupo menor de pacientes.

El germen que se aísla en la mayor parte de los casos es el estafilococo dorado. Este germen es el segundo más publicado en la mayor parte de la bibliografía revisada.⁸ No obstante, es importante señalar que existe un por ciento no despreciable de pacientes con endocarditis sobre electrodo de marcapaso donde este microorganismo es el que se informa con mayor frecuencia. El segundo germen aislado en frecuencia es el estafilococo coagulasa negativo; se aislaron en un menor por ciento de los casos gérmenes tales como: pseudomona aeruginosa y acinetobacter, enterococo, citrobacter, S. viridans y el estreptococo β hemolítico. Es

imprescindible señalar que la disponibilidad de hemocultivos no siempre es la deseada, por lo tanto se pueden esperar aislamientos mayores de estreptococo viridans, germen más frecuente en la mayoría de las casuísticas revisadas.⁸

Los principales diagnósticos por los cuales ingresaron los pacientes incluyeron el diagnóstico de endocarditis infecciosa, no en la totalidad de los casos, mientras que un gran número de pacientes ingresaron por otras enfermedades, tales como el síndrome febril prolongado, el síndrome anémico, la sepsis urinaria, la leptospirosis, la bronconeumonía bacteriana, la insuficiencia cardíaca, etc. Debido a su gran espectro clínico, donde se pueden citar varias formas de presentación que pueden simular entidades tan diversas como un síndrome anémico, una glomerulonefritis o una insuficiencia cardíaca, el diagnóstico precoz es a veces difícil.⁹ En esta práctica personal, que es el principal mérito de esta comunicación, se considera que se debe estar alertos sobre la necesidad de considerar a la EI en el diagnóstico diferencial de tales entidades para, de esta forma, lograr una conclusión diagnóstica precoz, un tratamiento adecuado y evitar así las principales complicaciones de esta enfermedad.

Los síntomas más frecuentes de presentación de los pacientes son fiebre, auscultación de soplos valvulares cardíacos y la palpación de una esplenomegalia. Ello se aproxima a lo hallado en la bibliografía revisada, donde encontramos la presencia de fiebre en el 80-90%, los soplos cardíacos en el 80-85% y la esplenomegalia en el 20-25% de los casos.¹⁰ En los pacientes atendidos en esta institución aparecieron otros síntomas, tales como anemia, astenia, hipertensión arterial, entre otros.

Los antimicrobianos que se usan con mayor frecuencia en el Servicio de Medicina Interna son la gentamicina, la vancomicina, la cefazolina, el rocephin y la amikacina.

Creemos que la EI es una entidad que no debe ser olvidada en el quehacer diagnóstico diario, y que esta experiencia personal demuestra que no es una entidad infrecuente, que es difícil de diagnosticar en algunos casos y que es de vital importancia su diagnóstico temprano para así lograr una terapia adecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levinson M. Infective endocarditis. En: Goldman RJ. Cecil's textbook of medicine. 21st ed. New York: W.B. Saunders company; 2000. p.1729-36.
2. Endocarditis infecciosa. En: Roca Goderich R. Temas de medicina interna. 4^{ta} ed. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p. 466-76.
3. Kasper D. Endocarditis infecciosa. En: Harrison temas de medicina interna. 16^{ta} ed. New York: McGraw-Hill companies; 2006. p. 421-41.
4. Tleyhed JM, Steckelber JM, Murad HS. Temporal trends in infective endocarditis: a population based study in Oldstead County, Minnessota. JAMA. 2005;293(24):322-8.
5. Rovey C, Greub G, Lepidi H. PCR detection of bacteria on cardiac valves of patients with treated bacterial endocarditis. J Clin Microbiol. 2005;43(1):163-7.

6. Rivas P, Alonso J, Górgolas M. The impact of hospital acquired infections on the microbial etiology and prognosis of late-onset prosthetic valve endocarditis. *Chest*. 2005;128(2):764-71.
7. Anguita M, Torres C, Castillo JC. Pronóstico a corto y largo plazo de la endocarditis infecciosa en pacientes no usuarios de drogas por vía parenteral. Resultados durante un período de 15 años (1987-2001). *Rev Esp Cardiol*. 2005;58(10):1188-96.
8. Manzano MC, Villacosta I, Aragoncillo P. Síndrome coronario agudo en la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol*. 2007;60(1):24-31.
9. Chu VH, Woods CW, Miro JM. Emergence of coagulase-negative staphylococci as a cause of native valve endocarditis. *Clin Infect Dis*. 2008;46(2):232-42.
10. Revilla A, San Román JA, López J. Perfil actual de la endocarditis por estafilococo coagulasa negativo en válvulas nativas izquierdas. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58(6):749-52.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Master en Educación Médica Superior. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara. Master en Atención Primaria de Salud.
3. Residente de 2do año en Medicina General Integral.