

Análisis observacional de pacientes con endocarditis infecciosa abordados multidisciplinariamente

Observational Analysis of Patients with Infective Endocarditis Managed with a Multidisciplinary Approach

GUILLERMO S. GUTIÉRREZ¹, NICOLÁS A. TORRES¹, RENZO E. MELCHIORI¹, NÉSTOR M. CLUSA¹, SERGIO J. BARATTA¹, MTSAC, ¹, GUILLERMO N. VACCARINO¹, MTSAC, ¹

Actualmente la mortalidad de la endocarditis infecciosa (EI) sigue siendo elevada, y se reporta un valor de 25,5 % en nuestro país según el registro EIRA III. Este porcentaje aplica tanto a pacientes que recibieron tratamiento médico como quirúrgico. (1)

La indicación de cirugía en EI habitualmente se reserva para pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), sepsis refractaria, prevención de embolias o complicaciones como absceso o fistula. Todas situaciones de mayor riesgo clínico. (2) El porcentaje inicial de pacientes que reciben tratamiento quirúrgico es cercano al 30 %, sin embargo, un porcentaje no despreciable se intervienen durante el seguimiento de la EI. (3) La cirugía temprana podría proporcionar beneficio por sobre el tratamiento médico conservador (4). Nos planteamos evaluar los resultados en nuestra población, con ambos tratamientos. Para ello determinamos las características poblacionales de los pacientes con EI activa, la tasa de complicaciones y los resultados del tratamiento aplicando un criterio integrado clínico, quirúrgico e imagenológico, considerando la cirugía temprana cuando esta se encontraba indicada.

El nuestro fue un estudio unicéntrico de cohorte retrospectiva en un centro hospitalario de alta complejidad. Incluimos pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de ingreso de EI según criterios de Duke modificados, durante el período marzo 2012 a enero 2020. Todos los pacientes fueron abordados con un equipo multidisciplinario integrado por cardiólogos, clínicos, infectólogos, especialista en imágenes y cirujanos cardiovasculares (“*team* de EI”).

Se consideró criterio de intervención la presencia de endocarditis micótica, endocarditis asociada a catéteres implantables con diagnóstico definido de vegetación, nueva regurgitación aórtica o mitral severa aguda, insuficiencia cardíaca (IC), alto riesgo embólico puro o asociado a otro criterio, extensión perivalvular, sepsis persistente sin foco extravalvular. En aquellos pacien-

tes de alto riesgo quirúrgico, la indicación quirúrgica se consensuó en “*team* de EI”. Se considero cirugía temprana al procedimiento realizado dentro de la internación, antes de los 7 días posteriores al diagnóstico. Valoramos el riesgo con *scores* globales de riesgo quirúrgico (EUROSCORE II) y específicos para cirugía en EI (RISKE). El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional del Hospital Universitario Austral.

Incluimos un total de 64 pacientes con diagnóstico de EI aguda. El 45,3 % (n=29) recibió tratamiento médico (TM) exclusivo y el 54,7 % (n= 35) recibió tratamiento quirúrgico (TQ), con una tasa de cirugía temprana del 68,5 %. De los 29 pacientes con TM, en 23 (79 %) había compromiso valvular, aórtico en 14, mitral en 9. Entre los 35 pacientes con TQ había compromiso valvular en 28 (80 %), aórtico en 17 y mitral en 11. Hubo predominio en el grupo TQ de reemplazos valvulares mecánicos (47,1 %). En el grupo de válvula mitral, pese a la prevalencia de reemplazos mecánicos (45,5 %), hubo número considerable de reparaciones valvulares (36,4 %). Un apartado especial debe considerarse para las extracciones de electrodos y dispositivos de estimulación, un total de 9 casos, 25,7 % del total de los procedimientos quirúrgicos.

El 48,4 % del total de pacientes (n=31) presentaron algún evento clínico inicial, lo más frecuente las embolias (n=11), en su mayoría periféricas, la presencia de IC (n=10) y la insuficiencia renal aguda (n=4). Las principales indicaciones de TQ fueron el compromiso extravalvular/sepsis persistente en 12 pacientes, la IC en 11 y el riesgo de embolia en 7.

A la población quirúrgica se les realizó EUROSCORE II y RISKE para la valoración del riesgo preoperatorio, dando con resultados globales de 18,7 y 24,3 respectivamente.

De los 35 pacientes operados, 11 presentaron complicaciones postquirúrgicas, la más prevalente el shock vasopléjico en 3 de ellos. La mortalidad total fue de 4,7 % (n=3, 2 pacientes con TM y 1 con TQ).

REV ARGENT CARDIOL 2025;93:162-163. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v93.i2.20884>

Dirección para correspondencia: Guillermo S. Gutiérrez. Correo electrónico: gsgutierrez.cx@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Los pacientes con EI que recibieron tratamiento médico y quirúrgico no tuvieron diferencias significativas en sus características basales a excepción de la edad, con mayor incidencia de pacientes jóvenes en el grupo quirúrgico. Ello podría denotar una selección en el grupo de cirugía, que impacte directamente en los resultados. Se registró un porcentaje elevado de reemplazos valvulares mecánicos, debido a la gran cantidad de pacientes jóvenes. En relación con la técnica utilizada en cirugía mitral, un gran porcentaje de pacientes se pudo resolver mediante plástica mitral, como se recomienda actualmente en la bibliografía (5).

A pesar de presentar complicaciones cercanas al 30 %, los pacientes con EI en nuestro centro tratados mediante un abordaje interdisciplinario presentaron una mortalidad total de 4,7 %, incluso cuando la mayoría (54 %) había sido sometidas a cirugía cardiovascular.

La mortalidad quirúrgica del 2,9 %, se encuentra muy por debajo del promedio de mortalidad del 15-20 % publicada en la bibliografía, (1) y por debajo de la valoración de riesgo de los scores actuales.

Estos resultados reflejan la necesidad del abordaje multidisciplinario en pacientes con EI, de considerar la cirugía temprana como alternativa factible ante pacientes con EI en equipos con baja mortalidad quirúrgica, (6) y de replantear la modificación de los *scores* en centros de alta complejidad.

Hace falta ampliar el volumen de pacientes para determinar si los hallazgos son coincidentes con lo publicado en la población global.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario)

Consideraciones éticas

No aplica

BIBLIOGRAFÍA

1. Avellana P, García Aurelio M, Swieszkowski S, Nacinovich F, Kazelian L, Spennato M, y cols. Endocarditis infecciosa en la República Argentina. Resultados del estudio EIRA 3. *Rev Argent Cardiol* 2018;86:20-8. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v85.i1.109235>
2. Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. *Eur Heart J* 2023 44:3948-4042.
3. Iung B, Doco-Lecompte T, Chocron S, Strady C, Delahaye F, Le Moing V, et al; AEPEI Study Group. Cardiac surgery during the acute phase of infective endocarditis: discrepancies between European Society of Cardiology guidelines and practices. *Eur Heart J* 2016;37:840-8. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv650>
4. Kang DH, Kim YJ, Kim SH, Sun BJ, Kim DH, Yun SC, et al. Early surgery versus conventional treatment for infective endocarditis. *N Engl J Med* 2012;366:2466-73. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1112843>
5. Dreyfus G, Serraf A, Jebara VA, Deloche A, Chauvaud S, Couetil JP, et al. Valve repair in acute endocarditis. *Ann Thorac Surg* 1990;49:706-11. [https://doi.org/10.1016/0003-4975\(90\)90007-S](https://doi.org/10.1016/0003-4975(90)90007-S)
6. Mestres CA, Paré JC, Miró JM; Working Group on Infective Endocarditis of the Hospital Clínic de Barcelona. Organization and Functioning of a Multidisciplinary Team for the Diagnosis and Treatment of Infective Endocarditis: A 30-year Perspective (1985-2014). *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2015;68:363-8. <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2014.10.007>