

Endocarditis infecciosa sobre válvula aórtica bicúspide y prolapso mitral ¿Es recomendable la profilaxis antibiótica?

Elena Sufrate Sorzano. Cardiología. Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja

PALABRAS CLAVE: Endocarditis infecciosa, profilaxis antibiótica, válvula aórtica bicúspide y prolapso válvula mitral.

KEYWORDS: *Infective Endocarditis, Antibiotic Prophylaxis, Bicuspid Aortic Valve, Mitral Valve Prolapse.*

Especialidades: Cardiovascular

Revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29903346>

ABSTRACT

La endocarditis infecciosa (EI) en pacientes con válvula aórtica bicúspide (VAB) y/o prolapso de válvula mitral (PVM) se relaciona frecuentemente con estreptococos del grupo viridans, con un origen odontológico, presentando un curso clínico y complicaciones similares al de pacientes de alto riesgo de EI. Estas entidades deben clasificarse como de alto riesgo y debe considerarse la profilaxis antibiótica (PA).

Infective endocarditis (IE) in patients with bicuspid aortic valve (BAV) and mitral valve prolapse (MVP) have higher rates of viridans group streptococci IE and IE from suspected odontologic origin than in other IE patients, with clinical profile similar to that of high-risk IE patients. Our findings suggest that BAV and MPV should be classified as high-risk IE conditions and the case for IEAP should be reconsidered.

RESUMEN

Las guías americanas y europeas de cardiología actualmente no recomiendan la profilaxis antibiótica (PA) de la endocarditis infecciosa (EI) en pacientes con válvula aórtica bicúspide (VAB) ni en el prolapso de válvula mitral (PVM).

El objetivo de este estudio fue describir los aspectos microbiológicos y clínicos de la EI en estas entidades (VAB y PVM), y compararlo con aquellos que poseen o no indicación actual de PA de EI.

El análisis incluye más de 3200 pacientes procedentes del Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis Infecciosa en España (GAMES) clasificados en alto riesgo de EI (indicación de PA), moderado-bajo riesgo (sin indicación de PA), y pacientes con VAB y PVM. Los pacientes con EI sobre VAB y PVM sufrieron una mayor incidencia de EI por Streptococos del grupo viridans (35.2% VAB y 39.3% PVM vs 12.1% alto riesgo y 15% bajo riesgo, $p < 0.01$), y también de sospecha de origen odontológico (14.8% y 18% vs 5.8 y 6% respectivamente, $p < 0.01$). Las complicaciones cardíacas en el grupo de VAB y PVM fueron similares a las del grupo de alto riesgo y

significativamente mayores a las del grupo de bajo riesgo. Con estos datos, los autores reflexionan sobre la reconsideración de la PA de EI en pacientes con VAB y PVM.

COMENTARIO

En las vigentes guías de EI, tanto americanas¹ (2008) como europeas² (2009), se restringió la PA a las situaciones consideradas de alto riesgo: EI previa, prótesis valvular, reparación valvular con material protésico, cardiopatías cianosantes no corregidas, seis meses después del corrección con material protésico o dispositivos de cardiopatías congénitas, cardiopatías congénitas reparadas con defectos residuales o un shunt paliativo y trasplantados cardiacos con valvulopatías. Basándose en el análisis de los riesgos (reacciones alérgicas y desarrollo de multirresistencia antibiótica) vs beneficios (ausencia de estudios randomizados que demuestren claros beneficios, bacteriemias más frecuentes en relación con actividades cotidianas como el cepillado dental) de la PA, se excluyeron las situaciones consideradas de riesgo intermedio, como son la VAB y el PVM, aunque un estudio reciente³ describe un riesgo de complicaciones y muerte en esas situaciones similar a las de alto riesgo.

En la editorial que acompaña el artículo se proponen tres puntos clave para determinar si un paciente precisa o no PA:

1. Riesgo de desarrollo de EI: cardiopatía subyacente, grado de valvulopatía, antecedente de EI, edad, estado de dentición y tipo de procedimiento dental.
2. Riesgos de la PA: exposición previa o no a amoxicilina, necesidad de clindamicina.
3. Probabilidad de desarrollo de complicaciones mortales de una EI: prótesis cardíacas, EI previa y comorbilidades.

Finalmente concluyen que, a la luz de los estudios realizados, parece razonable reconsiderar la PA de EI en pacientes con BAV o PVM con insuficiencia moderada o severa que se vayan a someter a procedimientos dentales de alto riesgo de bacteriemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACC/AHA 2008 guideline update on valvular heart disease: focused update on infective endocarditis: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Endorsed by the Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* 2008;52: 676–85. Nishimura RA, Carabello BA, Faxon DP, et al.
2. 2015 ESC guideline for the management of infective endocarditis: the Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2015;36: 3075–128. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al.
3. Quantifying infective endocarditis risk in patients with predisposing cardiac conditions. *Eur Heart J* 2018;39:586–95. Thornhill MH, Jones S, Prendergast B, et al.