

# Comentario editorial invitado. Complicaciones neurológicas de la endocarditis infecciosa

Ana del Río Bueno

Servicio de Enfermedades Infecciosas  
Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona

El trabajo de Centella, et al., publicado en este número<sup>1</sup>, aborda un tema complejo y de gran importancia, tanto para el manejo clínico como para el pronóstico de la endocarditis infecciosa (EI). A pesar de que se analizan de forma global las complicaciones neurológicas tanto de la EI sobre válvulas derechas como de la EI sobre válvulas izquierdas, es evidente que estas últimas son las más importantes desde el punto de vista clínico, ya que representan la manifestación de fenómenos embólicos a nivel del sistema nervioso central (SNC) y las que condicionan, entre otros factores, el pronóstico de la EI izquierda. Por otra parte, las complicaciones neurológicas asociadas a las EI derechas no están, por definición, en relación con fenómenos embólicos sino con otros factores como pueden ser el propio proceso infeccioso (en el caso de encefalopatías difusas) o bien estar en relación con las condiciones basales del paciente (como cuadros de sobredosis o deprivación en pacientes adictos a drogas por vía parenteral).

Las lesiones cerebrales isquémicas o hemorrágicas son la complicación neurológica más frecuente de la EI izquierda. Se producen como consecuencia de embolias sépticas a nivel del SNC (lo más frecuente) o por la rotura de aneurismas micóticos cerebrales. Éstos se diagnostican en un 2-10% de los pacientes con EI, y su rotura se asocia con una elevada mortalidad. Si las lesiones se deben a embolia séptica, suelen ser inicialmente isquémicas, aunque con tendencia a transformarse en hemorrágicas durante su evolución; si se deben a rotura de aneurismas micóticos, son hemorrágicas. En ambos casos, generalmente son indistinguibles desde el punto de vista clínico. Las complicaciones neurológicas se asocian fundamentalmente a EI con afectación de la

válvula mitral, y menos frecuentemente a EI con afectación aórtica<sup>2,3</sup>. La mayoría ocurren en fases iniciales de la EI y, en ocasiones, suelen ser su primera manifestación<sup>2,4</sup>. Algunos agentes etiológicos, como *S. aureus*, se asocian con mayor frecuencia que otros a fenómenos embólicos cerebrales<sup>4,5</sup>.

La presencia de complicaciones neurológicas empeora el pronóstico de las EI izquierdas, aumentando tanto la morbilidad como la mortalidad, y, de hecho, la mortalidad intrahospitalaria es significativamente más alta en los pacientes con EI y embolias cerebrales que en los pacientes con EI que no los presentan<sup>3</sup>; además, condiciona de forma importante el manejo clínico de los pacientes. Por ello, es importante realizar pruebas de imagen específicas para el diagnóstico (TC o RM) en todos los pacientes con EI y síntomas neurológicos. El método de elección para el diagnóstico de los aneurismas micóticos cerebrales es la angiografía y, en casos seleccionados, se puede utilizar la embolización selectiva como tratamiento alternativo a la cirugía. Desde el punto de vista práctico, algunos autores recomiendan retrasar el tratamiento quirúrgico entre 1-2 semanas en aquellos pacientes que tengan lesiones cerebrales isquémicas de más de 1 cm o lesiones hemorrágicas, debido al riesgo de hemorragia cerebral durante la CEC, aunque hay datos que apoyan el hecho de que la cirugía mejora el pronóstico en los pacientes con embolias cerebrales<sup>5</sup>.

Con todo lo expuesto anteriormente, queda claro que la complejidad de los pacientes con EI en general, pero sobre todo con EI complicada, exigen una aproximación multidisciplinaria y, sobre todo, una valoración individualizada para decidir la actitud terapéutica más adecuada en cada caso. Por otra parte, son necesarios estudios clínicos controlados encaminados a dar solución a temas controvertidos, como la indicación del momento más adecuado para la cirugía en los pacientes con EI y complicaciones neurológicas. En este sentido, los grupos internacionales de trabajo como ICE (*International Collaboration on Endocarditis*) desarrollan, a mi juicio, una labor fundamental en este aspecto.

Correspondencia:  
Ana del Río Bueno  
Servicio de Enfermedades Infecciosas  
Hospital Clínic  
Universidad de Barcelona  
Villarroel, 170  
08036 Barcelona  
E-mail: ADELRIO@clinic.ub.es

Este trabajo de Centella, et al.<sup>1</sup> pone de manifiesto la importancia que tienen las complicaciones neurológicas en la EI, y es, por lo tanto, una contribución más para mejorar el manejo clínico y, secundariamente, el pronóstico de la EI.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Centella T, Martín-Dávila P, Corral I, Oliva E, García-Andrade I, Epeldegui A. Análisis de las complicaciones neurológicas en los pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa: 1985-2002. *Cir Cardiovasc.* 2007;14:225-6.
2. Cabell CH, Pond KK, Peterson GE, et al. The risk of stroke and death in patients with aortic and mitral valve endocarditis. *Am Heart J.* 2001;142:75-80.
3. Anderson DJ, Golstein LB, Wilkinson WE, et al. Stroke location, characterization, severity, and outcome in mitral vs. aortic valve endocarditis. *Neurology.* 2003;61:1341-6.
4. Heiro M, Nikoskelainen J, Engblom E, et al. Neurologic manifestations of infective endocarditis: a 17-year experience in a teaching hospital in Finland. *Arch Intern Med.* 2000;160:2781-7.
5. Vikram HR, Buenconsejo J, Hasbun R, et al. Impact of valve surgery on 6-month mortality in adults with complicated left-sided native valve endocarditis: a propensity analysis. *JAMA.* 2003;290:3207-14.



**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**