

Editorial

La cirugía precoz es parte esencial del tratamiento de los abscesos paravalvulares



Early surgery is essential in the treatment of perivalvular abscesses

Javier López^a, Salvatore di Stefano^b y J. Alberto San Román^{b,*}^a Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España^b Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínico Universitario Valladolid, Valladolid, España

La extensión paravalvular en la endocarditis infecciosa es una de las complicaciones más temidas de la enfermedad. Ha sido relacionada con una mayor mortalidad y con el desarrollo de complicaciones graves como bloqueo aurículo-ventricular, reinfecciones, infección no controlada y falta de respuesta al tratamiento antibiótico¹⁻³, lo que ha provocado que las guías de práctica clínica las consideren como una indicación de cirugía urgente por falta de control del proceso infeccioso⁴. Es muy interesante para los lectores de la revista, conocer los datos de grupos españoles sobre esta enfermedad. En el presente número de la revista, la Dra. Varela y su grupo nos describen la experiencia unicéntrica de 169 pacientes con endocarditis infecciosa intervenidos quirúrgicamente, de los cuales 55 pacientes (33%) tenía un absceso paravalvular. La mortalidad postoperatoria de la serie (26%) está en consonancia con otras series de la literatura.

El manejo de los pacientes con endocarditis infecciosa izquierda continúa siendo un reto para la comunidad científica, y desde nuestro punto de vista todo paciente con endocarditis izquierda debe ser derivado a centros con equipos multidisciplinares con experiencia en el manejo de estos pacientes⁵. Como bien explican los autores, la cirugía en pacientes con endocarditis y abscesos se puede esquematizar en 4 pasos: 1) Eliminación del tejido infectado y evaluación del tejido residual; 2) Drenaje y cierre del absceso; 3) Reparación del tejido cardíaco dañado, y 4) Reparación o sustitución valvular. Como ocurre en otras entidades complejas, los resultados quirúrgicos se optimizan si los cirujanos cardíacos acumulan experiencia en la técnica.

Este trabajo ratifica los hallazgos obtenidos en series previas dedicadas al análisis de las complicaciones paravalvulares de la endocarditis infecciosa, como que son más frecuentes en pacientes portadores de prótesis valvulares, en posición aórtica y que se asocian a mayor disfunción protésica. Además, realizan un seguimiento a largo plazo de los pacientes (mediana: 51 meses) en el cual se aprecia que, pasada la fase hospitalaria, la evolución es similar entre el grupo de pacientes con y sin absceso independientemente de su presencia en la fase aguda.

Sin embargo, otros hallazgos de este estudio difieren de los publicados en la literatura y de nuestra propia experiencia, como son por un lado la ausencia de diferencias significativas en la mortalidad y complicaciones entre los pacientes con y sin absceso, y por otro, el perfil microbiológico relativamente benigno de la serie.

En cuanto a la mortalidad, puede ser debido a 2 circunstancias: el escaso número de pacientes, que disminuye la potencia estadística del análisis y, en segundo lugar, un posible sesgo de selección, que consiste en que probablemente se han excluido pacientes con abscesos con una situación clínica o comorbilidades elevadas que no han sido intervenidos. Por tanto, sería interesante conocer la población total de pacientes con endocarditis atendida en dicho centro hospitalario para ver el porcentaje de pacientes con abscesos y la evolución —presumiblemente muy desfavorable— de aquellos que no fueron operados. En cuanto al perfil microbiológico, sorprende que los *Streptococcus* sean más frecuentes que los *Staphylococcus aureus*, que son microorganismos mucho más agresivos que tienden a producir mayor destrucción tisular. Como se ha mencionado anteriormente, es posible que pacientes con abscesos provocados por *Staphylococcus aureus* no hayan sido incluidos en esta serie quirúrgica por encontrarse en muy mala situación clínica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Anguera I, Miro JM, San Roman JA, de Alarcon A, Anguita M, Almirante B, et al. Periannular complications in infective endocarditis involving prosthetic aortic valves. *Am J Cardiol*. 2006;98:1261–8.
2. Anguera I, Miro JM, Evangelista A, Cabell CH, San Roman JA, Vilacosta I, et al. Periannular complications in infective endocarditis involving native aortic valves. *Am J Cardiol*. 2006;98:1254–60.
3. Graupner C, Vilacosta I, San Román J, Ronderos R, Sarria C, Fernández C, et al. Periannular extension of infective endocarditis. *J Am Coll Cardiol*. 2002;39:1204–11.
4. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, del Zotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *Eur Heart J*. 2015;36:3075–128.
5. San Román JA, Vilacosta I, López J. Comments on: «The infective endocarditis team: Recommendations from an international working group». *Heart*. 2014;100:1301–2.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asanroman@secardiologia.es (J.A. San Román).



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es