

Cirugía precoz frente al tratamiento convencional en la endocarditis infecciosa

Kang DH, Kim YJ, Kim SH, Sun BJ, Kim DH, Yun SC, et al. Early surgery versus conventional treatment for infective endocarditis. N Eng J Med. 2012;366: 2466–73.

Antecedentes: Las indicaciones y el momento oportuno de la cirugía en la prevención de embolismos en la endocarditis infecciosa continúan siendo controvertidos. Este estudio evalúa la eficacia de la cirugía precoz frente al tratamiento convencional en pacientes con endocarditis infecciosa.

Método: Se asignaron aleatoriamente a pacientes con endocarditis infecciosa izquierda, afectación valvular severa y vegetaciones grandes al grupo de cirugía precoz (CP) (37 pacientes) o al de tratamiento convencional (TC) (39 enfermos). La medición principal fue la combinación de muerte intrahospitalaria y eventos embólicos incidentes en las 6 semanas siguientes a la aleatorización.

Resultados: Los pacientes asignados al grupo CP fueron sometidos a cirugía de recambio valvular en las 48 h siguientes a la aleatorización, mientras que 30 pacientes (77%) del grupo TC fueron intervenidos durante la hospitalización inicial (27 pacientes) o durante el seguimiento (3). La variable principal ocurrió en un paciente (3%) del grupo CP en comparación con 9 (23%) del grupo TC (*hazard ratio* [HR]: 0,10; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,01-0,82; $p=0,03$). La mortalidad total a los 6 meses fue similar entre los grupos CP y TC (3 y 5% respectivamente; HR: 0,51; IC 95%: 0,05-5,66; $p=0,59$). La tasa de la variable combinada de muerte por cualquier causa, eventos embólicos o recurrencia de endocarditis infecciosa a los 6 meses fue del 3% en el grupo de CP y del 28% en el de TC (HR: 0,08; IC 95%: 0,01-0,65; $p=0,02$).

Conclusiones: En comparación con el TC, la CP reduce significativamente la variable combinada de muerte por cualquier causa y eventos embólicos en pacientes con endocarditis infecciosa y vegetaciones grandes, al disminuir de forma efectiva el riesgo de embolismo sistémico.

Comentario

La endocarditis infecciosa (EI) continúa siendo una enfermedad grave con una morbilidad elevada. Su manejo

es complejo, y la cirugía desempeña un protagonismo relevante. Las guías de la *European Society of Cardiology* (Eur Heart J. 2009;30:2369-2413) establecen que la cirugía estaría indicada en pacientes con EI que desarrollen insuficiencia cardíaca (edema pulmonar, shock cardiogénico, refractaria al tratamiento), infección incontrolada (abscesos cardíacos, pseudoaneurismas, fistulas, aumento del tamaño de la vegetación, persistencia de cultivos positivos tras 7-10 días de tratamiento antibiótico o EI fúngica) o para la prevención de embolismos sistémicos. En el caso de los embolismos sistémicos se plantea que la cirugía sea urgente cuando se detecten vegetaciones grandes (> 10 mm), con eventos embólicos a pesar del tratamiento antibiótico (clase I, nivel B) o con predictores de mal pronóstico (insuficiencia cardíaca, infección persistente, absceso). Se recomienda cirugía urgente ante vegetaciones aisladas mayores de 15 mm. El estudio comentado intenta esclarecer el beneficio de la cirugía precoz (en menos de 48 h) en la prevención de eventos embólicos, ya que el riesgo de embolismo es máximo al inicio de la antibioterapia, disminuyendo a partir de las 2 semanas del mismo.

A pesar de las limitaciones del estudio, tales como el pequeño número de sujetos incluidos, la predominancia etiológica de *Streptococcus viridans* (*S. viridans*), el largo periodo de aleatorización (4,5 años), la exclusión de pacientes con EI sobre válvula protésica, absceso periaórtico o ictus extenso, así como aquellos en los que la indicación quirúrgica era clara, se pudo observar un claro beneficio en aquellos pacientes con EI izquierda sobre válvula nativa, vegetación mayor de 10 mm e insuficiencia valvular severa sin insuficiencia cardíaca al ser tratados con cirugía en las primeras 48 h tras la aleatorización.

Los resultados de este estudio nos obligan a plantear cirugía precoz de sustitución valvular en pacientes con EI izquierda sobre válvula nativa en quienes se objetive disfunción valvular grave y vegetaciones grandes y no solo en aquellos con las indicaciones urgentes anteriormente comentadas.

C.A. Álvarez-Ortega
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz,
Madrid, España
Correo electrónico: calvarezo@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2012.07.016>