

ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ¿HAY QUE CAMBIAR EL MODELO DE LA ENFERMEDAD?

«It is of use, from time to time, to take stock, so to speak, of our knowledge of a particular disease, to see exactly where we stand in regard to it, to inquire to what conclusions the accumulated facts seem to point, and to ascertain in what directions we may look for fruitful investigation in the future».

William Osler¹

En una nota reciente publicada en *The Lancet* la periodista científica sostiene que «los cardiólogos pueden haber hecho un trabajo demasiado bueno en su descripción de un infarto típico: dolor torácico opresivo que irradia hacia el brazo izquierdo y a la mandíbula. Pero mucho más común sería un comienzo gradual con intermitencia de los síntomas». En un estudio de 435.000 enfermos con infarto de miocardio confirmado, el 30% de los mismos no acusa dolor torácico al ingresar al hospital. No sabemos si se necesitaba tal número de pacientes para enseñarnos que el modelo de diagnosticar un infarto sólo cuando hay dolor no es ya válido. «Debemos expandir los signos de alerta», dice uno de los cardiólogos mencionados en la nota².

Pocas cosas sin duda más difíciles que ampliar o cambiar el modelo de una enfermedad tal como nos fuera enseñado. Y sin embargo, en muchas ocasiones, pocas cosas tan necesarias si queremos un diagnóstico precoz y más efectivo. Ciertamente que a veces, más que cambiar, hay que volver una y otra vez a las fuentes más sabias. Creemos que esto es necesario en el caso de la endocarditis infecciosa (EI). Como con otras enfermedades, la aparición de criterios diagnósticos puede contribuir a impedir, paradójicamente, un diagnóstico precoz. Estos criterios, muy útiles para comparar grupos de enfermos y las distintas respuestas a tratamientos en los pacientes con un diagnóstico certero, poco ayudan en las fases iniciales de una enfermedad.

Múltiples artículos han señalado los nuevos rasgos de la EI, a lo que contribuye el aumento de la edad de la población, además de otros factores como la drogadicción, técnicas invasivas hospitalarias, marcapasos y prótesis endocárdicas, entre otras.

Un estudio de la población urbana en Suecia reveló una incidencia de EI de 2,2/100.000 habitantes al año³. En otro estudio para pacientes menores de 70 años la incidencia era de 3,6/100.000 habitantes, para los mayores de 70 años la incidencia anual subía a 24/100.000 habitantes año². Este aumento es lo apreciado en la mayoría de los pacientes occidentales: a mayor edad, mayor frecuencia de la enfermedad. No por conocido este hecho aumenta la sospecha diagnóstica, ya que ésta no ha mejorado en los últimos años⁴. Mal, de ser así, podríamos esperar una mejoría en los resultados terapéuticos.

Si bien está claro que esta enfermedad es más frecuente en los ancianos, con la mayor edad del paciente cae la sospecha diagnóstica del médico. Esto ha sido demostrado en varios estudios. En el citado estudio médico, el diagnóstico fue sospechado al ingreso en 47% de aquellos pacientes menores de 69 años, contra una sospecha de 23% para los más viejos en general y en un 13% para los de 80 o más años ($p=0,034$)². Terpenning y col. mostraron un error diagnóstico de 68% en pacientes ancianos, un retardo en el inicio de la terapéutica correcta y un aumento significativo de la mortalidad (45% en los ancianos contra un 9% en los jóvenes y 37% de pacientes de la edad madura⁵). En un estudio que realizáramos en este hospital años atrás en un grupo de pacientes mayores de 60 años, la sospecha diagnóstica fue de 53%, similar a lo que ocurría en las series de Bayles y Lewis de 1940 y en la de Robbins de 1980, y la falta de sospecha al ingreso estuvo relacionada con mayor mortalidad⁶.

Muchos trabajos trataron de buscar diferencias en las manifestaciones clínicas de esta enfermedad entre los grupos más jóvenes y los mayores. En realidad, fuera de que la fiebre y otras manifestaciones de sepsis suelen ser menos floridas en los viejos, hecho harto conocido, la diferencia en los signos y los síntomas no es mucha. ¿A qué puede deberse, pues, esta «mancha ciega» que impide no ya un diagnóstico precoz, sino al menos su sospecha al ingreso a un hospital?. Creemos que son varios los factores:

- El deterioro del estado general en los mayores es considerado como un signo más de envejecimiento.
- La temperatura es más difícil de controlar adecuadamente, y el médico es menos meticuloso en su control.
- Los soplos cardíacos son considerados como «normales» y casi obligatorios en los mayores. Algunos estudios indican sólo una frecuencia de soplos de 6,7% en pacientes sanos entre 61-91 años⁷.
- No se recuerda que lo más característico en la EI es un soplo cardíaco que **no cambia** en sus características.

- La aparición de petequias y esplenomegalia no son obligadas para pensar en la enfermedad e individualmente su presencia no supera el 40% de los casos.

- Puede prevalecer sólo una característica clínica: confusión, dolor vertebral, manifestaciones cutáneas; recientemente estudiamos un paciente con hemorragia digestiva recurrente debida a embolismo múltiple a nivel intestino delgado como signo principal. Cuando la manifestación en un solo órgano es predominante, la fiebre y un soplo «inocente» pueden pasar desapercibidas o a un segundo lugar.

- En los mayores prevalecen múltiples patologías. Un criterio unicista para todos los síntomas y signos tiende más a confundirnos que a orientarnos.

- Es frecuente la presencia de datos de laboratorio o radiológicos que confunden: un sedimento de orina patológico^{8,9} en un paciente con fiebre y leve confusión hace fácil un diagnóstico de infección urinaria como causa de todo el cuadro; así como de una radiografía con osteoartritis de columna en un enfermo con lumbalgia prolongada, o tests de factor reumatoideo positivo y ANCA positivo en exámenes de laboratorio no tomados en forma selectiva, pueden llevarnos al diagnóstico equivocado.

- La incapacidad médica de mantenerse en cierta incertidumbre diagnóstica y la tentación de caer en diagnósticos rápidos, fáciles o cómodos, en lugar de considerar varios diagnósticos diferenciales y encarar estudios en más de una dirección.

- No recordar que la fiebre y un soplo cardíaco son en sí suficientes para despertar la sospecha diagnóstica (sabiendo incluso que cualquiera de ambos puede estar ausente en la EI). Son los únicos hallazgos en 45% de los casos tempranos¹⁰.

- La sospecha diagnóstica debe llevarnos a la toma de hemocultivos (serie de tres muestras en las previas 24 horas y si el paciente recibió antibióticos deberían tomarse más muestras y esperar para iniciar tratamiento) y a iniciar o no la terapéutica de acuerdo a la gravedad del paciente mientras se aguardan los resultados y mientras se consideran otros diagnósticos diferenciales.

Friedberg sostenía que el resultado o error de diagnóstico dependía de esperar un cuadro clínico completo antes de considerar la posibilidad de EI o de rechazar esta posibilidad si el hemocultivo es negativo. Una semana de fiebre y un soplo de causa orgánica sería para este autor suficiente para considerar el diagnóstico¹¹.

- Recordemos que la EI es frecuente, aún sin soplo audible, en la sepsis a *Staphylococcus aureus*.

La EI sigue siendo una enfermedad de diagnóstico clínico y bacteriológico. La incorporación de la ecocardiografía trae sin duda ayuda pero también problemas. Durack y col. incorporaron los hallazgos ecocardiográficos como criterio diagnóstico mayor¹². Es ésta una técnica en gran parte artesanal, operador dependiente. En los pacientes mayores la ecocardiografía transtorácica no ayuda demasiado. La conformación del tórax, las enfermedades valvulares predisponentes (calcificación y degeneración valvular) o las válvulas protésicas conspiran para los buenos resultados. La ecocardiografía transesofágica duplica en los pacientes mayores la sensibilidad de la transtorácica. Lo ideal es que cada institución determine en sus pacientes la sensibilidad y especificidad de ambos métodos y éstos sean empleados generosamente en bacteriemias de origen no claro si los gérmenes son susceptibles de causar esta dolencia. De más está decir que el control realizado por un porcentaje de autopsias no menor al 20% de los casos en que los médicos no están particularmente interesados, sirve para control clínico y mejorar la sospecha diagnóstica. Creemos que lo más urgente, y ciertamente no lo más novedoso, es sospechar EI en todo paciente con fiebre y soplo. El resto de la historia clínica, el examen físico y el laboratorio (incluido la ecocardiografía) dará mayor o menor certidumbre a esta sospecha. Una proporción no desdeñable de ancianos tendrá en el ecocardiograma transesofágico cambios no específicos (anormalidades menores, excrescencias, degeneración mixomatosa) que pueden hacer difícil la exclusión¹³. Habría que considerar estos hallazgos en el contexto clínico y con el seguimiento para la decisión o no de tratar. Siempre habrá casos en que la probabilidad seguirá siendo intermedia después de numerosos estudios. En ellos es de valor considerar la respuesta terapéutica empírica y la consulta con un infectólogo.

Dr. Miguel J. Maxit, Servicio de Clínica Médica
Dra. Luisa de Wouters, Servicio de Infectología

1. Pruitt R. *The Gulstonian lectures on malignant endocarditis. William Osler and his Gulstonian lectures on malignant endocarditis. Mayo Clinic Proc* 1982;57:4-9
2. MacReady N. *Myocardial infarction: changing view of a killer. Lancet* 2000;356:572
3. Hogevik H, Olaison L, Andersson R et al. *Epidemiologic aspects of infective endocarditis in an urban population. Medicine* 1995;74(6):324-39
4. Gnatz N. *Infective endocarditis. En: Infections in the elderly. Little Brown and Co. Boston* 1983;217
5. Terpenning M, Buggy B, Kauffman C. *Infective endocarditis: clinical features in young and elderly patients. Am J Med* 1987;83:626-34
6. de Wouters L, Furnari R, Pandullo F, et al. *Endocarditis bacteriana en pacientes mayores de 60 años. Medicina (Buenos Aires)* 1991;51:33-40
7. Morley J, Reese S. *Clinical implications of the aging heart. Am J Med* 1989;86:77

8. Crossley KB, Peterson PK. Infections in the elderly. En: Mandell, Douglas and Bennet's. Principles and practice of infections diseases. 5th ed. Churchill Livingstone, Philadelphia. 2000;3164
9. Ouslander JG, Schapira M, Schnelle JP, et al. Pyuria among chronically incontinent but otherwise asymptomatic nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:420-3
9. Wedword J. Early diagnosis of bacterial endocarditis. *Lancet* 1955;1:1058
10. Friedberg Ch. Diseases of the heart. WB Saunders 3th ed. 1966,1395
11. Durack D, Lukes A, Bright D et al. New criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Am J Med* 1994;96:200-9
12. Werner G, Schulz R, Fucks J et al. Infective endocarditis in the elderly in the era of transesophageal echocardiography: clinical features and prognosis compared to younger patients. *Am J Med* 1996;100:90-7
13. Seto T, Manning WJ. The role of echocardiography in suspected endocarditis: where's the beef?. *Am J Med* 1999;107:281-2