

Editorial

Los editoriales representan la opinión de el/los autor/es, no necesariamente las del Comité Editorial de la Revista FAC.

Endocarditis infecciosa en el paciente congénito adulto

Infective endocarditis in the congenital adult patient

César J. Herrera, MD, FACC

Montefiore-Einstein Center for Heart and Vascular Care, New York. Centro Cardiovascular CEDIMAT, Santo Domingo, República Dominicana

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido el 30 de Mayo de 2023

Aceptado después de revisión

el 31 de Mayo de 2023

www.revistafac.org.ar

Palabras clave:

Endocarditis infecciosa,
Cardiopatías congénitas,
Pacientes adultos

Keywords:

Infective endocarditis,
Congenital cardiopathy,
Adult patients

El autor declara no tener
conflicto de intereses

Las cardiopatías congénitas (CC) abarcan un amplio rango de entidades clínicas resultantes de trastornos cardiovasculares estructurales prenatales; por definición, excluyen desórdenes hereditarios asociados a manifestaciones cardíacas en la cardiomiopatía hipertrófica, el síndrome de Marfan y en variantes anatómicas como el foramen oval patente. Igual en las valvulopatías de naturaleza congénita como la válvula aórtica bicúspide, la estenosis pulmonar y ciertas anomalías mitrales entre las cuales, aunque técnicamente no sean agrupadas dentro de las CC, existe considerable superposición¹.

La prevalencia de CC en el adulto continúa incrementándose de manera acelerada gracias a los importantes avances diagnósticos alcanzados por la cardiología pediátrica, y, por supuesto, como resultado de una marcada mejoría en la supervivencia posterior al reparo percutáneo o quirúrgico. Como tal, incluso aquellos pacientes aquejados de las CC más severas, hoy estos alcanzan la adultez en el 90% de los casos.

Los adultos con CC constituyen una población muy heterogénea no sólo por la complejidad de los defectos anatómicos y fisiológicos asociados a ellas, sino porque las propias intervenciones paliativas o "curativas" conllevan a importantes secuelas tardías que adjudican riesgos futuros a estos enfermos, incluyendo la endocarditis infecciosa (EI). En el caso de esta última, la carga de material protésico y las anomalías anatómicas asociadas representan factores fundamentales que incrementan el riesgo de adquisición de dicha condición.

En el presente número de la Revista de la Federación Argentina de Cardiología, Montivero M y cols reportan el análisis de una serie observacional de adultos con EI asociada a CC². Partiendo de un registro estructurado en

un centro provincial de referencia, los autores seleccionaron pacientes categorizados como congénitos adultos con EI, los cuales constituyeron el grupo de estudio (35 casos). La mayoría eran de sexo masculino, con edad promedio de 49 años y con válvula aórtica bicúspide como CC asociada de forma aislada.

Los principales hallazgos de esta investigación incluyen la ocurrencia de una alta tasa de insuficiencia cardíaca descompensada, fenómenos cardioembólicos y mortalidad hospitalaria, entre otras complicaciones, sugiriendo que se trataba de una cohorte severamente enferma que requirió intervención quirúrgica de reemplazo valvular en el 77% de los casos.

La literatura científica sobre el tema en discusión es relativamente limitada, aunque series recientes han revelado las características contemporáneas de la EI en pacientes con CC. En el estudio prospectivo europeo ESC-EORP-EURO-ENDO, se analizaron 365 sujetos con EI: 14% se habían sometido a trabajo dental previo al desarrollo de la enfermedad; la mayoría tenían involucramiento valvular o estructural izquierdo provocado por estreptococo viridans y se reportó una mortalidad hospitalaria de 9%³.

En un registro nacional de Reino Unido, Cahill y cols. estudiaron prospectivamente 800 episodios de EI en 736 adultos entre 2008 y 2016; 59% de los pacientes eran adultos, la lesión más frecuente fue la tetralogía de Fallot (23%) y la válvula aórtica bicúspide estaba presente en el 11%. Uno de cada diez casos se asoció a trabajo dental reciente (11%) y a procedimientos invasivos no dentales en el 27%; la mortalidad hospitalaria fue de 7% y el defecto asociado al riesgo mayor fue el canal atrio ventricular⁴.

Datos provenientes de la cohorte nacional de CC en Países Bajos (124 casos entre 14,224 pacientes) revelan una

incidencia de EI de 1.33 / 1000 personas-año; 32% de estos con lesiones anatómicas izquierdas y 9% con válvula aórtica bicúspide. La presencia de material protésico tanto en el periodo posoperatorio temprano como tardío fue el factor de riesgo más importante además de historia previa de EI, la presencia de múltiples defectos y el sexo masculino⁵. Series de casos publicadas en EE. UU. y Canadá revelan hallazgos similares enfatizando que la ecocardiografía no siempre es de valor diagnóstico ya que en hasta un 28% de los casos puede ser no-diagnóstica^{6,7}.

El presente estudio constituye un importante aporte a la literatura de la región por lo que los autores deben ser reconocidos, sin embargo, dada la alta frecuencia de pacientes con válvula aórtica bicúspide aislada, la información derivada de esta serie deberá ser analizada en dicho contexto y no necesariamente ser extrapolada a las demás lesiones congénitas.

Hubiese sido importante analizar los factores socioeconómicos, la frecuencia de seguimiento ambulatorio y los patrones de profilaxis dental observados en esta cohorte. Por otra parte, la alta tasa de complicaciones cardio embólicas y falla cardíaca descompensada requiriendo reemplazo valvular sugeriría que se trata de pacientes referidos tardíamente, aunque esta información no es reportada.

En resumen, la EI en pacientes adultos con CC continúa representando una población de alto riesgo, desafiante para el cardiólogo clínico no solo por su dificultad diagnóstica sino por la alta tasa de complicaciones y mortalidad prevalentes a pesar de los importantes avances en el campo acontecidos en las últimas décadas. El sexo masculino, los procedimientos dentales e invasivos, así como la cirugía cardíaca reciente constituyen los predictores de riesgo más importantes.

Aunque la información sobre la historia natural y las complicaciones de las CC en Latinoamérica es limitada, podría asumirse que las medidas de prevención y la educación al paciente son al menos subóptimas como resultado de los conocidos determinantes de salud socioculturales y económicos característicos de nuestra población. Como tal, en muchos casos el diagnóstico de EI se hace tardíamente desencadenando esto en una alta incidencia de complicaciones tal como revela el trabajo aquí comentado.

Trabajos recientes de centros de referimiento incluyendo nuestra institución, han iniciado la ardua tarea de conformar registros de CC en adultos a fin de lograr entender la realidad regional de este importante campo de la cardiología⁸. El *Position Statement* sobre el desarrollo de Unidades de CC en Latinoamérica de la Sociedad Interamericana de Cardiología se hace eco de dicha necesidad. A nuestro juicio, urge la consolidación y expansión de dichas iniciativas a fin de caracterizar la EI en adultos con CC, corregidas o no; para entender los procesos diagnósticos, patrones de referimiento y fenotipos clínicos de una condición que en el futuro inmediato de seguro confrontaremos con cada vez mayor frecuencia en la región.

BIBLIOGRAFIA

1. Stout KK, Daniels CJ, Abolulhosn JA, et al. 2018 AHA/ACC Guideline for the Management of Adults with Congenital Heart Disease: Executive Summary. *J Am Coll Cardiol* 2019; 73: 1494 - 1563.
2. Montivero MS, Ceballos BA, Brunialti JM, et al. Análisis clínico, tratamiento quirúrgico y mortalidad de endocarditis infecciosa en pacientes con cardiopatía congénita del adulto asociada. *Rev Fed Arg Cardiol* 2023; 52: 72-76
3. Van Melle J, Ross-Hesselink J, Bansal M, on behalf of the EURO-ENDO Investigators Group. Infective Endocarditis in Adult Patients with Congenital Heart Disease. *Int J Cardiol* 2023; 370: 178 - 185.
4. Cahill TJ, Jewell PD, Denne L, et al. Contemporary Epidemiology of Infective Endocarditis in Patients with Congenital Heart Disease: A United Kingdom Prospective Study. *Am Heart J* 2020; 215: 70 - 77.
5. Kuijpers JM, Koolbergen DR, Groenink M, et al. Incidence, Risk Factors, and Predictors of Infective Endocarditis in Adult Congenital Heart Disease. *Eur Heart J*, 2017; 38: 2048 - 2056.
6. Freddo A, Kollengode M, Jacobsen R, et al. A Single-Center Investigation of Adolescents and Adults with Congenital Heart Disease and Infective Endocarditis. *J Am Coll Cardiol* 2021; 77 (Suppl I): 3407.
7. Mylotte D, Rushani D, Guo L, et al. Bacterial Endocarditis in Patients with Adult Congenital Heart Disease: The Impact of Lesion Type and Recent Valve Replacement Surgery. *J Am Coll Cardiol* 2013; 16 (Suppl E): 480.
8. Rosario M, Villegas A, Herrera C, et al. The First Adult Congenital Heart Disease Registry in the Caribbean. *J Am Coll Cardiol* 2021; 77 (Suppl 1): 3375.
9. Araujo JJ, Rodriguez-Monserrate C, Elizari A, et al. Position Statement for the Development of Adult Congenital Heart Disease Units in Latin America and the Caribbean: Recommendations by the Adult Congenital Heart Disease Chapter and Pediatric Cardiology Council of the Interamerican Society of Cardiology (IASC). Endorsed by the International Society of Adult Congenital Heart Disease (ISACHD). Disponible en <https://ssrn.com/abstract=4385491> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4385491> Acceso 30 de Mayo de 2023.