

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Daniel Kertesz *

Introducción:

Hace algunos años existía el criterio que para instalarse una endocarditis infecciosa debía haber un corazón previamente dañado. Ese concepto no ha variado en lo fundamental; pero sin embargo con el advenimiento de la cirugía cardíaca y la existencia de otros recursos terapéuticos en las enfermedades del corazón, el riesgo ha aumentado. Por ésto, tanto en el tratamiento como en la profilaxis, tendremos que tener en cuenta no sólo las valvulopatías, fiebre reumática, malformaciones congénitas, insuficiencia cardíaca en todas sus variantes (Ej. recambios valvulares, marcapasos, etc.)

En consecuencia, el papel que debe desempeñar el odontólogo en la prevención de la endocarditis infecciosa es determinante, teniendo en cuenta que la causa de ésta, se encuentra en la cavidad bucal en la mayoría de los casos. (1)

Pronóstico

Ha mejorado en forma espectacular, desde que se dispone de la penicilina. Las complicaciones antes de que se inicie el tratamiento, como insuficiencia cardíaca, embolias repetidas y graves, periocarditis supuradas o válvulas desgarradas, son de mal pronóstico.

Las recaídas son frecuentes, y cuando aparecen, lo hacen en el primer mes que sigue a la suspensión del tratamiento.

La curación clínica y bacteriológica sostenida durante seis meses después del tratamiento, casi siempre conlleva el restablecimiento permanente.

Si se logra el restablecimiento sin complicaciones graves, el pronóstico definitivo está dado, no por las secuelas de la infección bacteriana, sino por la naturaleza y gravedad de la cardiopatía de base.

El pronóstico a largo plazo es favorable, si el paciente se restablece de la endocarditis, sin sufrir insuficiencia cardíaca o renal, complicaciones embólicas graves.

Aunque Durack (2) plantea que la válvula cicatrizada permanece susceptible a la REINFECCION durante toda la vida.

PROFILAXIS

Como se ha considerado anteriormente la placa bacteriana, la bolsa patológica de las paradenciopatías, los múltiples focos odontógenos por caries son portadores de estreptococos viridans y mutans, ambos causantes de endocarditis.

Todos los procedimientos odontológicos -eliminación de placa, detartraje, eliminación de caries, extirpación por procesos inflamatorios agudos de etiología bacteriana- y quirúrgicos tanto de cirugía oral menor como mayor, producen TODOS SIN EXCEPCION UNA BACTERIEMIA TRANSITORIA.

Por lo tanto en todo corazón dañado por muy variadas causas, ya enunciadas, se debe realizar PROFILAXIS DE LA ENDOCARDITIS, antes de proceder a las maniobras terapéuticas en la cavidad bucal.

En la profilaxis tenemos en cuenta dos aspectos: procedimientos de acción local y de acción general.

1) Local. Especialmente:

a) Adecuado cepillado de los dientes.

b) Colutorios: especialmente aquellos que contienen CLORHEXIDINA, siempre antes de comenzar el tratamiento odontológico que se mencionó anteriormente.

2) General. Recomendamos en primer lugar la PENICILINA V o fenoximetil penicilina.

El "Medical Letters" (3) recomienda este antibiótico en primer lugar administrando 2 gramos una hora antes de la intervención y 1 gramo seis horas después v/o.

Si el paciente es alérgico a la penicilina recomienda la ERICTROMICINA 1 gramo antes de la intervención y 500 mg. cada seis horas v/o durante tres días, siempre y cuando el paciente no tenga problemas gastrointestinales, donde está entonces contraindicada.

En ese caso podemos usar la VANCOMICINA 1 gramo por vía I.V. administrada lentamente, 2 o 3 horas antes de la intervención y luego 500 mg. 8 y 16 horas después.

También podemos utilizar de la familia de los -lactámicos la AMOXILINA 500 mg. v/o un día antes continuándolo durante los tres días posteriores a la intervención cada seis horas; el único inconveniente que puede darse es la aparición de un exantema, en ese caso es conveniente suspender la medicación. (4)

* Clínica Quirúrgica . Fac. Odontología

**REGIMENES TERAPEUTICOS PARA LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA
CAUSADA POR COCOS GRAM POSITIVOS (6)**

MICRO ORGANISMOS	ANTIBIOTICOS DE ELECCION	DURACION DEL TRATAMIENTO EN SEMANAS	COMENTARIOS
S. ALFA HEMOLITICO (VIRIDANS) BOVIS	1.- Penicilina G, 2 millones Uds. c/6 hs. I.V. + Estreptomina 10 mg/Kg c/12 horas I.M.	2	
	2.- Penicilina G 4 millones Uds. I.V. c/6 horas.	4	
	3.- Vacomicina 15 mg/kg I.V. c/12 horas		Para pacientes alérgicos a la penicilina
ESTREPTOCOCOS DEL GRUPO A S. NEUMONIAE	1.- Penicilina G 2 millones c/6 horas I.V.	2-4	
	2.- Cefazolina 2 g c/8 horas I.V.	2	
S. FECALIS OTROS ESTREPTOCOCOS RESISTENTES A LA PENICILINA	1.- Ampicilina 2 g c/4 horas I.V. + Gentamicina 1 mg/kg. c/8 horas IV	4	
	2.- Vacomicina 15 mg/kg c/12 horas I.V. + Estreptomina 15 mg /Kg c/12 horas I.M.		
S. AUREUS	1.- Nafcilina 2g c/4 horas I.V. + Gentamicina 1,5 mg/Kg c/8 horas I.V.	4 ó +	
	2.- Vancomicina 15 mg/kg. c/12 horas		Para pacientes alérgicos a las cefalosporinas y penicilinas

De utilizarse la AMPICILINA debe indicarse 2 gramos v/o una hora antes y tres días después de 500 mg. cada 6 horas.

En pacientes que tuvieron fiebre reumática, y se encuentran de ALTA en su tratamiento, creemos conveniente indicar PENICILINA V ó sea FENOXIMETILPENICILINA por v/o, en las presentaciones que hay en nuestro medio un día antes y 4 ó 5 días después del tratamiento; 500.000 UI que corresponden a 312,5 mg 1 comprimido cada 6 horas, o 1.000.000 UI que corresponden a 625 mg. 1 comprimido cada 8 horas.

-DOSIS PEDIÁTRICAS: (5)

Penicilina "V" o Fenoximetilpenicilina y la Amoxicilina en niños que pesan más de 30 kg. la misma dosis que en el adulto; y en niños que pesan menos de 30 kg. debe usarse la mitad de la dosis del adulto. En el caso de la Ampicilina 50 mg/kg. Eritromicina 20 mg 1Kg. para la primera dosis y luego 10 mg./Kg. Vancomicina 20 mg./Kg.

TRATAMIENTO

Para emplear antibióticos en el tratamiento de la endocarditis infecciosa deben tenerse presente los siguientes principios:

- 1) El tratamiento debe iniciarse lo más pronto posible, antes de que aparezcan complicaciones mortales o irremediables.
- 2) los medicamentos deben administrarse a dosis adecuadas.
- 3) El tratamiento debe mantenerse todo el tiempo necesario para tratar de lograr la completa esterilización de todas las vegetaciones bacterianas y de los posibles focos embólicos.

Cuando no se dispone de hemocultivos, y por tanto desconociéndose el microorganismo causal, la elección de la terapéutica varía según el paciente sufra enfermedad aguda o sub aguda. En el primer caso, se requiere

tratamiento de amplio espectro que combate *Stafilococo aureus* y muchas especies de estreptococos y bacilos gram negativos.

En la subaguda es apropiado un régimen que combata la mayor parte de los estreptococos incluido el fecalis.

Para cumplir con estos requisitos CECIL (6) sugiere: 1) En la Endocarditis bacteriana aguda una combinación de NAFCILINA 2g. por vía I.V. cada 4 horas además de AMPICILINA 2g. I.V. cada 4 horas más GENTAMICINA 1,5 mg/Kg. I.V. cada 8 horas.

Por otra parte existen tratamientos estándar para la endocarditis estreptocócica y estafilocócica. (Ver cuadro)

La terapéutica quirúrgica moderna constituye el mayor adelanto para tratar la endocarditis desde el advenimiento de los antibióticos.

Puede presentarse sin aviso, incompetencia valvular aórtica o mitral y, en consecuencia, insuficiencia ventricular izquierda aguda aún en las formas más favorables de endocarditis. Estos pacientes necesitan sustitución valvular para corregir la insuficiencia cardíaca.

Las sustitución de la prótesis infectada a menudo es necesaria para la curación, pues la infección de válvulas protésicas es más difícil de erradicar con antibióticos que la infección de válvula natural.

Debe considerarse la operación sólo para pacientes con insuficiencia cardíaca que no reaccionan al tratamiento médico.

A MODO DE RESUMEN

Tratamos de exponer el papel fundamental que le toca al odontólogo en la prevención de la endocarditis infecciosa, e informar del tratamiento en sus distintas variantes de antibióticos cuando el cuadro está instalado, que realizará el cardiólogo, el internista y en algunos casos como fue expuesto, el cirujano cardiovascular.

Pero si el odontólogo realiza la profilaxis que hemos mencionado, es posible evitar que el paciente sea afectado por una endocarditis infecciosa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Goul, I.M. Brit. Dent. J. 1988; 164 (2)
- 2.- Durack, D.T. Infective And non infective endocarditis. En: The Heart. Mc. Graw-Hill Co. 1982. New York. Cap. 54.
- 3.- The Medical Letters. 1987; 28 (12).
- 4.- Goodman and Gilman's. The Pharmacological basis of Therapeutics 1980. 6ª Edit.
- 5.- Durack, D. T. citado por 6.
- 6.- Cecil, Text Book of Medicine. W. B. Sauder's Co. 1988 Philadelphia. Vol. 2 pág. 1586.