

# Endocarditis infecciosa

Fiebre + bacteriemia + corazón en riesgo: piénsala, saca 3 hemocultivos y ecocardiograma. El diagnóstico es de Duke; el pronóstico lo decide saber cuándo operar.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado · @davidrojas\_medicinainterna

Basado en: guía ESC 2023 de endocarditis infecciosa (criterios de Duke-ISCVID 2023) y guías de manejo de la endocarditis infecciosa.

- 01 Cuándo sospecharla
- 02 Criterios de Duke
- 03 Hemocultivos y ecocardiograma
- 04 Microbiología
- 05 Tratamiento antibiótico
- 06 Cuándo operar
- 07 Complicaciones
- 08 Profilaxis
- 09 Derecha, protésica y dispositivos
- 10 Pronóstico y seguimiento
- 11 Novedades ESC 2023
- 12 Lo que sí funciona
- 13 Para llevar a la guardia

## 01 Cuándo sospecharla

**CAJA DE DECISIÓN**

Sospéchalas ante **fiebre + bacteriemia (sobre todo S. aureus o estreptococo) y un corazón en riesgo: soplo nuevo o cambiante, válvula protésica, dispositivo intracardiaco (marcapasos/DAI), cardiopatía estructural, uso de drogas IV o endocarditis previa.** Toda **bacteriemia por S. aureus** obliga a descartarla.

Busca los **fenómenos periféricos**: embolias, manchas de Janeway, nódulos de Osler, hemorragias en astilla, manchas de Roth – pero su ausencia no la descarta.

## 02 Criterios de Duke

**CRITERIOS MAYORES**

- 1 · Hemocultivos positivos típicos**  
germen típico en 2 sets, o bacteriemia persistente
- 2 · Afectación endocárdica**  
vegetación / absceso / dehiscencia en eco (o PET-TC, TC en protésica)

**CRITERIOS MENORES**

- Predisposición (válvula, ADVP, cardiopatía)
- Fiebre  $\geq 38^\circ\text{C}$
- Fenómenos vasculares (embolia, Janeway)
- Fenómenos inmunológicos (Osler, Roth, GN)
- Microbiológico que no cumple criterio mayor

**DEFINITIVA = 2 mayores · ó 1 mayor + 3 menores · ó 5 menores**

**POSIBLE = 1 mayor + 1 menor · ó 3 menores**

Los dos pilares mayores: **HEMOCULTIVOS y ECOCARDIOGRAMA.**  
Criterios de Duke modificados (actualización ESC 2023).

Criterios de Duke recreados por Sala-7 (modificados, ESC 2023).

## 03 Hemocultivos y ecocardiograma

- **3 sets de hemocultivos** de sitios distintos, **antes del antibiótico** (salvo sepsis grave); en endocarditis la bacteriemia es **continua**.
- **Ecocardiograma transtorácico (ETT)** primero; pasa a **transesofágico (ETE)** si la sospecha es alta, el ETT es negativo/no concluyente, o hay **válvula protésica/dispositivo** (mucho más sensible).
- Repite el eco si cambia el cuadro (nuevo soplo, embolia, bloqueo → sospecha de absceso).

## 04 Microbiología

Germen	Contexto
<i>Staphylococcus aureus</i>	El más frecuente; agudo, agresivo; ADVP (válvula tricúspide), nosocomial.
<i>Streptococcus viridans</i>	Subagudo; foco oral/dental, válvula nativa.
<i>Enterococcus</i>	Foco gastrointestinal/urinario, ancianos.
Estafilococo coagulasa-negativo	Válvula <b>protésica</b> (sobre todo precoz) y dispositivos.
HACEK / cultivo negativo	Crecimiento lento o uso previo de antibiótico (serologías: <i>Coxiella</i> , <i>Bartonella</i> ).

## 05 Tratamiento antibiótico

- **Bactericida IV, prolongado** (4-6 semanas), **dirigido por el cultivo** y la válvula (nativa vs protésica).
- **Empírico (mientras llega el cultivo)**: válvula nativa → **vancomicina + ceftriaxona** (o ampicilina-sulbactam); **protésica** → **vancomicina + gentamicina + rifampicina**.
- Equipo multidisciplinario ("endocarditis team"): infectología + cardiología + cirugía cardíaca.

## 06 Cuándo operar

### LO QUE CAMBIA EL PRONÓSTICO

La cirugía (recambio valvular) no se difiere por "completar antibiótico" cuando hay indicación. **Las 3 grandes indicaciones: (1) insuficiencia cardíaca** por disfunción valvular aguda; **(2) infección no controlada** (absceso perivalvular, fístula, bacteriemia persistente, hongos/germen resistente); **(3) prevención de embolia** (vegetación grande > 10 mm con embolismo, o muy grande).

## 07 Complicaciones

- **Insuficiencia cardíaca** (la principal causa de muerte) por destrucción valvular.
- **Embolias** (cerebro → ictus/absceso, bazo, riñón, pulmón en endocarditis derecha).
- **Absceso perivalvular** → bloqueo AV nuevo (vigila el ECG); **aneurisma micótico**; glomerulonefritis por inmunocomplejos.

## 08 Profilaxis

### SOLO EN ALTO RIESGO

La profilaxis antibiótica se reserva para **pacientes de alto riesgo** (válvula protésica/material, endocarditis previa, ciertas cardiopatías congénitas) y procedimientos **dentales con manipulación gingival/periapical**. **No** se da para procedimientos digestivos/genitourinarios de rutina ni en riesgo bajo. La mejor prevención es la **higiene bucal**.

## 09 Derecha, protésica y de dispositivos

- **Endocarditis derecha** (uso de drogas IV): válvula **tricúspide**, **S. aureus**, **émbolos sépticos pulmonares** (infiltrados nodulares); suele tener mejor pronóstico.
- **Protésica: precoz** (< 1 año; estafilococo coagulasa-negativo, nosocomial, peor pronóstico) vs **tardía** (parecida a la nativa); umbral más bajo para cirugía.
- **Dispositivos (marcapasos/DAI)**: exige **extracción completa del sistema** + antibiótico.
- **Cultivo negativo**: por antibiótico previo o gérmenes atípicos (**Coxiella/febre Q, Bartonella, Brucella, hongos**) → serologías y PCR.

## 10 Pronóstico y seguimiento

- **Mortalidad alta** (≈ 15-30%); empeoran *S. aureus*, válvula protésica, insuficiencia cardíaca, absceso y embolia cerebral.
- **Hemocultivos de control** para documentar el aclaramiento; **eco de seguimiento** y vigilancia del ECG (bloqueo).
- Al alta: **salud bucal/dental**, educación en profilaxis y ecocardiograma basal tras el tratamiento.

**LO QUE CAMBIA CON LA ESC 2023**

El diagnóstico deja de apoyarse solo en eco: pasa a los **criterios de Duke-ISCVID 2023**, con **imagen multimodal (PET-TC con 18F-FDG, TC cardiaca, SPECT con leucocitos marcados)** sumada a hemocultivos y ecocardiograma. **S. aureus** y **Enterococcus faecalis** ya son gérmenes típicos (criterio mayor microbiológico), porque el Duke clásico no detectaba hasta el 30% de las endocarditis por enterococo.

- **Imagen más allá del ETE:** en sospecha de **endocarditis protésica** con eco no concluyente, el **PET-TC (18F-FDG)** y la **TC cardiaca (angio-TC)** son ahora recomendación de primera (confirman lesión valvular como criterio mayor); la angio-TC define complicaciones perivalvulares cuando el ETE no es claro.
- **Equipo de endocarditis y centro de referencia:** la guía formaliza el **"Endocarditis Team"** y, en endocarditis complicada, la derivación temprana a un **Heart Valve Centre** con cirugía cardiaca disponible; en la no complicada, comunicación estrecha con ese centro.
- **Paso a vía oral (estudio POET):** en endocarditis izquierda **estabilizada**, tras **10-14 días** de antibiótico IV se puede continuar con **OPAT (parenteral domiciliario) o antibiótico oral**; haz un **ETE antes de cambiar** de vía.
- **Profilaxis acotada:** se confirma solo para los pacientes de **mayor riesgo** (protésica/material valvular, endocarditis previa, ciertas cardiopatías congénitas) antes de **procedimientos dentales de alto riesgo**; en riesgo intermedio no es rutinaria. Para todos los de riesgo alto e intermedio, lo central son las **medidas de higiene bucal**.

**LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST ENDOCARDITIS**

- ✓ Sospéchala: **fiebre + bacteriemia + corazón en riesgo**; S. aureus en sangre = descártala.
- ✓ Diagnóstico de **Duke**: pilares = **3 hemocultivos** (antes del ATB) + **ecocardiograma** (ETE si protésica/alta sospecha).
- ✓ Antibiótico **IV prolongado dirigido**; empírico nativa = vanco + ceftriaxona.
- ✓ **Opera** por: IC, infección no controlada (absceso) o embolia/vegetación grande.
- ✓ Vigila **bloqueo AV nuevo** (absceso) y embolias; maneja con **equipo multidisciplinario**.
- ✓ Profilaxis **solo** en alto riesgo + procedimiento dental de riesgo.

**PARA LLEVAR A LA GUARDIA**

- Fiebre + bacteriemia + corazón en riesgo = **endocarditis hasta probar lo contrario**.
- **3 hemocultivos antes del antibiótico** + ecocardiograma (ETE si protésica).
- Toda **bacteriemia por S. aureus** → busca endocarditis.
- Indicaciones de cirugía: **IC, infección no controlada, embolia/vegetación grande**.
- Profilaxis **solo** en alto riesgo; **bloqueo AV nuevo** = sospecha de absceso.