

Miguel Caballero Borrego<sup>1</sup>,  
Pilar Navarrete Durán<sup>2</sup>,  
Francisco Sabater Mata  
de la Barata<sup>1</sup>.

# Profilaxis antibiótica en la ecocardiografía transesofágica

<sup>1</sup>Servicio de ORL, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, España.

<sup>2</sup>Departamento de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

## INTRODUCCION

La ecocardiografía transesofágica se ha convertido en una prueba diagnóstica que se realiza cada vez con mayor frecuencia. Aunque en general se considera segura se han descrito complicaciones (< 0,2%)<sup>1</sup> que pueden clasificarse en dos grupos: a) lesiones traumáticas mayores (perforación esofágica) y b) erosiones menores de la mucosa que pueden provocar bacteriemia o infección local. La perforación traumática del esófago suele observarse durante el procedimiento y es objeto de tratamiento inmediato medicoquirúrgico por el riesgo de sangrado e infección mediastínica<sup>2</sup>.

Actualmente la guía de la American Heart Association<sup>3</sup> considera que no es necesaria la profilaxis antibiótica de endocarditis infecciosa en la ecografía transesofágica. Ocasionalmente pequeñas erosiones de la mucosa producidas durante la prueba pueden originar hematomas e infecciones locales que se diagnostican horas e incluso días después de la ecocardiografía y pueden evolucionar al desarrollo de abscesos o incluso de fasciitis necrosante cervical o mediastínica con una elevada morbi-mortalidad<sup>4</sup>. Los casos que a continuación presentamos nos hacen reconsiderar si estas complicaciones podrían evitarse con el empleo de profilaxis antibiótica en pacientes sometidos a esta exploración.

## PACIENTES Y METODOS

El primer caso era varón de 68 años, con antecedente de enolismo, bronquitis crónica y patología valvular aórtica por la que se le practicó una ecografía transesofágica. Tres días después de la prueba el paciente acudió por fiebre y dolor cervical intenso de 2 días de evolución. El hemograma mostró una leucocitosis de 21.000 células/ml. En la TC se observó una gran colección líquida con niveles hidroaéreos en el espacio

retrohipofaríngeo izquierdo que obliteraba parcialmente la vía aérea (figura 1). El paciente, con el diagnóstico de absceso retrohipofaríngeo, fue sometido a desbridamiento quirúrgico y tratamiento antibiótico de amplio espectro con lo que la evolución fue favorable y fue dado de alta 29 días después del ingreso.

El segundo caso es un varón de 75 años con antecedentes de HTA, DM tipo 2 y prótesis valvular aórtica. Ingresó en nuestro servicio procedente de otro centro con el diagnóstico de endocarditis y en tratamiento con cloxacilina, gentamicina y vancomicina. Al ingreso se realizó una ecografía transesofágica en la que se observó un trombo en la válvula aórtica y se instauró tratamiento anticoagulante. Al tercer día del ingreso el paciente presentó disfagia, estridor, febrícula y anemia. Se realizó una TC cervical que mostró un hematoma parafaríngeo que comprimía la vía aérea. Nuestro protocolo terapéutico en esta situación recomienda la práctica de un desbridamiento quirúrgico por el alto porcentaje de sobreinfección del hematoma. Sin embargo, debido al alto riesgo quirúrgico se decidió una actitud expectante con control diario con TC sin retirar el tratamiento antibiótico que el paciente recibía por la sospecha previa de endocarditis. El paciente tuvo una buena evolución clínica y se pudo dar de alta 33 días después del ingreso.

## DISCUSIÓN

Con los casos presentados queremos destacar que durante la ecocardiografía transesofágica pueden producirse pequeñas heridas de la mucosa que eventualmente originan complicaciones locales a menudo de presentación tardía tales como abscesos, fasciitis necrosante mediastínica o hematomas que, de no drenarse, con frecuencia se sobreinfectan. Estas complicaciones pueden ser particularmente graves por originarse con frecuencia en pacientes de edad avanzada o con morbilidad que dificulta el tratamiento quirúrgico.

En nuestro primer caso, la gravedad y extensión del absceso cervical obligó al desbridamiento quirúrgico urgente. Sin embargo, en el caso del hematoma no se pudo drenar porque el paciente no estaba hemodinámicamente estable. En

Correspondencia:  
Dr. Miguel Caballero Borrego  
Servicio ORL, Hospital Clínic,  
Universidad de Barcelona, IDIBAPS.  
C/Villarroel 170, 08036 - Barcelona, España  
Fax: 93.2275454  
TLF: 93.2275442

Email: mcaba@clinic.ub.es



**Figura 1** Tomografía computarizada con imagen de absceso retrohipofaríngeo.

esta situación se consideró prudente mantener el tratamiento antibiótico a pesar de haber descartado el diagnóstico inicial de endocarditis infecciosa.

Ante la potencial gravedad de estas complicaciones locales, creemos que debería considerarse de forma individualizada la conveniencia de realizar la profilaxis antibiótica en pacientes a los que se les ha de practicar una ecocardiografía transesofágica y presentan factores predisponentes para padecer infección grave (edad avanzada, inmunodepresión, corticoterapia o comorbilidad) o sangrado (tratamiento anticoagulante)<sup>5-7</sup>.

La mayoría de las infecciones derivadas de lesiones esofágicas son polimicrobianas con posible participación de *S. aureus*, especies de estreptococos y microorganismos anaerobios<sup>8</sup>.

Nuestra opinión, respaldada por la experiencia de otros autores<sup>8</sup>, es que la pauta de profilaxis que podría emplearse es la combinación de penicilina con un inhibidor de la  $\beta$ -lactamasa o bien, la asociación de ceftriaxona con metronidazol. El tratamiento antibiótico que recibía nuestro segundo paciente, previo a la práctica de la ecocardiografía, pudo haber sido determinante en la no sobreinfección de su hematoma.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kallmeyer IJ, Collard CD, Fox JA, Body SC, Shernan SK. The Safety of Intraoperative Transesophageal Echocardiography: A Case Series of 7200 Cardiac Surgical Patients. *Anesth Analg* 2001; 92: 1126-30.
2. Huber-Lang M, Henne-Bruns D, Schmitz B, Wuerl P. Esophageal perforation: principles of diagnosis and surgical management. *Surg Today* 2006; 36: 332-40.
3. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007; 116: 1736-54.
4. Eichhorn KW, Bley TA, Ridder GJ. Undetected hypopharyngeal perforation with deep neck abscess and mediastinitis due to transesophageal echocardiography. *HNO* 2003; 51: 903-7.
5. Caballero M, Sabater F, Traserra J, Alos L, Bernal-Sprekelsen M. Epiglottitis and necrotizing fasciitis: a life-threatening complication of infectious mononucleosis. *Acta Otolaryngol* 2005; 125: 1130-3.
6. Chapnick EK, Abter EI. Necrotizing soft-tissue infections. *Infect Dis Clin North Am* 1996; 10: 835-55.
7. Green RJ, Dafoe DC, Raffin TA. Necrotizing fasciitis. *Chest* 1996; 110: 219-29.
8. Fihman V, Raskine L, Petitpas F, Mateo J, Kania R, Gravisse J et al. Cervical necrotizing fasciitis: 8-years' experience of microbiology. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2008; 27: 691-95.