



4. DISFUNCIÓN VALVULAR DE LAS BIOPRÓTESIS EN POSICIÓN PULMONAR EN EL CONTEXTO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

José Daniel Fernández Font¹, M^a Antonia Pijuan Doménech¹, Berta Miranda Barrio¹, Víctor González Fernández¹, Blanca Gordon Ramírez¹, María Josefa Azpiroz Franch¹, Yamila Hubely¹, Miguel Ángel Castro Alba², Núria Fernández Hidalgo², Gerard Martí Aguasca² y Laura Dos Subirá¹

¹Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adulto. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España y ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia es la disfunción valvular más frecuentemente asociada a la endocarditis infecciosa (EI) sobre prótesis biológica en posición aórtica. Solo alrededor del 10% de los pacientes desarrollan estenosis nueva o progresiva. Sin embargo, existe escasa información sobre la disfunción valvular esperable en la EI sobre bioprótesis pulmonar (BP).

Métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo y descriptivo de la cohorte de pacientes con diagnóstico definitivo de EI (según los criterios de Duke modificados) sobre BP en una unidad de referencia en cardiopatías congénitas del adulto desde 2000 hasta 2022. El comportamiento obstructivo se definió como un incremento ≥ 15 mmHg en el gradiente pico (GP) transprótesisico y/o progresión hasta estenosis grave (GP > 64 mmHg). Insuficiencia valvular nueva o progresiva (N/P) se definió como nuevo diagnóstico de insuficiencia \geq moderada.

Resultados: Se identificaron un total de 12 pacientes que presentaron 13 episodios de EI (tabla). La edad media en el momento de la EI fue de $40,9 \pm 9,2$ años, $4,9 \pm 3,9$ años tras el implante de la BP. La cardiopatía de base más frecuente fue la tetralogía de Fallot/atresia pulmonar con comunicación interventricular (n = 8, 61%) y la principal lesión que motivó el recambio valvular fue la insuficiencia pulmonar (n = 9, 69%), empleando una prótesis tipo Melody en un 53,8% (n = 7) de los casos. Un 23% de los pacientes (n = 3) tenían historia de EI previa. El gradiente pico (GP) transvalvular previo a la endocarditis fue de $32,7 \pm 14,8$ mmHg, alcanzando un máximo de $57 \pm 31,5$ mmHg durante el ingreso y reduciendo hasta $33,4 \pm 15,5$ mmHg al alta. Un 61,5% (n = 8) de los casos presentaron un comportamiento obstructivo, con un incremento medio en el GP de $40,7 \pm 19,9$ mmHg. Solo un paciente desarrolló insuficiencia valvular N/P que mejoró en el ecocardiograma prealta. Tres pacientes (23%) requirieron tratamiento intervencionista o quirúrgico durante el episodio y dos de ellos fallecieron, siendo pues la mortalidad de la serie del 15,4%.

Sexo	Cardiopatía	Edad EI (años)	Tiempo implante-EI (años)	Tipo bioprótesis	Germen	GP-basal	GP-Máx	GP-alta	Comp. Obstructivo	Insuficiencia valvular N/P.	Cirugía/intervencionismo	Muerte
F	EP	42.9	8.4	Hancock II Ultra 27	Streptococcus pyogenes	40	28	27	No	No	No	no
M	EP+ccTGA+CIV	54.9	5.8	Melody 22/Conducto	Staphylococcus epidermidis	55	112		Si	No	Si	Si
M	FALLOT	52.9	0.1	Avalus 25	Streptococcus mitis	49	28	32	No	No	No	no
F	CIV	50.1	4.8	Edwards Sapien 29	Staphylococcus aureus	7	11	10	No	No	No	no
F	AP+CIV	30	12.7	Melody 18	Haemophilus parainfluenzae	34	108	53	Si	Si	No	no
M	FALLOT	41	0.6	CE Magna 25	Cardiobacterium hominis	26	37	26	Si	No	No	no
M	TGA+EP+CIV	32.4	8.1	Melody/Conducto	Haemophilus parainfluenzae	53	60	57	No	No	No	no
M	AP+CIV	39.9	6	Melody/Conducto	Streptococcus mitis	14	26	15	No	No	No	no
M	TA	23.4	7.6	Melody 22/Conducto	Staphylococcus aureus	20	68	54	Si	No	No	no
F	AP+CIV	37.3	1	Melody 22/Conducto	Staphylococcus epidermidis	38	68	28	Si	No	Si	no
F	AP+CIV	39	4.7	Hancock 22/Conducto	Streptococcus mitis	20	44	28	Si	No	No	no
M	FALLOT	49.4	0.4	CE Magna 25	Staphylococcus epidermidis	34	81	38	Si	No	No	no
F	AP+CIV	38.9	2.7	Melody 22/Conducto	Staphylococcus epidermidis	35	70		Si	No	Si	Si

EI: endocarditis infecciosa, GP: gradiente pico, N/P: nueva o progresiva, EP: estenosis pulmonar, ccTGA: transposición congénitamente corregida de las grandes arterias, CIV: comunicación interventricular, AP: atresia pulmonar, TGA: transposición de las grandes arterias.

Conclusiones: La EI sobre bioprótesis pulmonares raramente cursa con insuficiencia valvular, predominando el comportamiento obstructivo. El posible componente trombótico asociado al infeccioso en una circulación de bajas presiones podría explicar este comportamiento, aunque se necesitan estudios con un número suficiente de pacientes para soportar esta hipótesis.