



Revista Española de Cardiología



6016-524. CIRUGÍA DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA VALVULAR AGUDA. RESULTADOS Y SEGUIMIENTO A 10 AÑOS

Laura Vidal Bonet, José Ignacio Sáez de Ibarra, Melchior Riera Jaume, Rubén Fernández Tarrío, Fernando Enríquez Palma, Daniel Padrol Bagés, Ramón Barril Baixeras y José Oriol Bonnin Gubianas del Hospital Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears).

Resumen

Introducción: La endocarditis infecciosa valvular aguda (EIA) es una patología grave, precisando de tratamiento combinado médico y quirúrgico en casos con mala evolución.

Objetivos: Valorar los resultados de las EIA sobre válvula nativa (EIAVN) y protésica (EIAVP) intervenidas en nuestro hospital.

Métodos: Se revisaron las intervenciones de EIA en el Servicio de Cirugía Cardíaca desde 2002 hasta 2012.

Resultados: Se practicaron un total de 69 intervenciones en 67 pacientes, de las cuales 51 (74%) fueron EIAVN y 18 (24%) EIAVP. En un 70% de los pacientes se encontró un factor predisponente: valvulopatía previa 32%, ADVP 12%, inmunosupresión 8% y procedimientos previos 6%. Los gérmenes más frecuentes fueron *S. viridans* 24,5%, *S. aureus* 16%, *S. epidermidis* 11,5%, *E. faecalis* 10% y *Bartonella* 7,5%. En un 16% no se identificó germen. Los pacientes con EIAVP, respecto las EIAVN, se presentaban con mayor grado de ICC (NYHA III-IV 75% vs 61%), inestabilidad hemodinámica (55% vs 43%) y mayor insuficiencia renal (50% vs 36%) aunque hubo más episodios embólicos en las EIAVN (23% vs 17%). En la EIAVN, la válvula aórtica fue la más afectada realizándose 18 SVAo mecánicas y 18 SVAo biológicas; seguida de la mitral 11 SVM mecánicas, 9 reparaciones y 3 SVM biológicas y tricúspide con 2 reparaciones y 1 SVT biológica. En la EIAVP fue la válvula mitral la más afectada (9 sobre válvulas mecánicas y 3 sobre reparación), seguida de aórtica (7 mecánicas, 1 biológicas, 1 reparación y 1 Bentall) y tricúspide (1 biológica y 2 reparación). Las EIAVN presentaron, en el posoperatorio inmediato 37% de i. renal, 6% AIT y 4% de hemorragias cerebrales, con una mortalidad del 0%. En el seguimiento (medio de 4.5 años) se observó una mortalidad del 2% (1 caso) por nueva EAI que se decidió no intervenir (3ª reintervención en ADVP activo). En las EIAVP la mortalidad fue de 4 pacientes (22%) destacando que 3 sufrían EIAVP precoz (aquella que aparece antes de 1 año de la intervención). El análisis univariado mostró que los factores predisponentes de mortalidad fueron: *shock* cardiogénico y fallo multiorgánico.

Conclusiones: El tratamiento combinado médico y quirúrgico de la EIAVN tiene un excelente resultado. Las EIAVP, respecto a EIAVN, tienen peor pronóstico clínico y mayor mortalidad quirúrgica, especialmente en aquellos casos que se intervienen en fallo multiorgánico o *shock* cardiogénico.