



6043-554. EL TRASPLANTE CARDIACO URGENTE COMO TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Marco Hernández Enríquez¹, María Ángeles Castel¹, Marta Farrero¹, Eduard Quintana², Josep María Miró³, Evelyn Santiago¹, Ana García-Álvarez¹ y Félix Pérez-Villa¹ del ¹Hospital Clínic, Departamento de Cardiología, Barcelona, ²Hospital Clínic, Departamento de Cirugía Cardiovascular, Barcelona, y ³Hospital Clínic, Departamento de Enfermedades Infecciosas, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) se asocia a una alta morbimortalidad. La presencia de una infección activa suele ser una contraindicación para el trasplante cardiaco (TC). Sin embargo, el TC se ha utilizado como último recurso en casos seleccionados de EI con buenos resultados.

Métodos: Nuestro objetivo es describir las características clínicas, microbiológicas y el seguimiento de los pacientes que requirieron un TC por EI en un centro de referencia de ambas entidades. Se utilizaron los criterios de Duke-modificados para confirmar el diagnóstico de EI. Los pacientes fueron considerados técnicamente inoperables por un equipo de cirujanos cardiacos expertos en EI o requirieron soporte mecánico con asistencia ventricular poscirugía. Se revisaron las historias clínicas de manera retrospectiva.

Resultados: Desde 1998 hasta abril de 2017 se han realizado 334 TC en nuestro centro. En 5 (1,49%) de ellos, el motivo del TC fue EI (80% varones). La mediana de edad era de 63,3 años (rango 26-66). Todos los pacientes tenían afección de la válvula aórtica y en 4 casos (80%) se trataba de una EI protésica. La tabla resume las bacterias aisladas, los antibióticos empleados y su duración en cada uno de los casos. El 60% requirieron el implante de una asistencia ventricular previo al TC. Todos los pacientes recibieron el protocolo habitual de inmunosupresión con basiliximab, tacrolimus, micofenolato y prednisona. La supervivencia a los 3 meses del TC fue del 100%. Después de seguimiento medio de $27 \pm 20,5$ meses el 80% siguen vivos, sin recidiva de la infección y con una buena calidad de vida. Un paciente presentó muerte súbita a los 2 años por vasculopatía del injerto acelerada.

Características clínicas y microbiológicas de los 5 casos

| | Paciente 1 | Paciente 2 | Paciente 3 | Paciente 4 |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|
| Sexo, edad (años) | Varón, 25 | Mujer, 59 | Varón, 63 | Varón, 66 |

| | | | | |
|--|-----------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| Comorbilidad | Fumador | Fumador, hipertensión, dislipemia, diabetes y cardiopatía isquémica | Hipertensión, dislipemia | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cardiopatía isquémica |
| Válvula infectada | Aórtica (nativa) | Aórtica (protésica) | Aórtica (protésica) | Aórtica (protésica) |
| Microbiología | <i>Staphylococcus aureus</i> | <i>Streptococcus oralis</i> | <i>Streptococcus constellatus</i> | <i>Mycoplasma hominis</i> |
| | Meticilín-resistente | | Sensible a penicilina. | |
| Tratamiento antibacteriano | Vancomicina/Cefepima/Fosfomicina | Ceftriaxona | Ceftriaxona | Doxiciclina |
| Cirugías requeridas previo al TC | 2 | Ninguna | Ninguna | 3 |
| Asistencia Ventricular previo al TC | Si (Central) | No | No | Sí (Central) |
| Tiempo (días) desde EI hasta TC | 26 | 16 | 55 | 16 |
| Duración del antibiótico post-TC | 6 semanas | 4 semanas | 8 semanas | 6 semanas |
| Complicaciones a largo plazo | Vasculopatía del injerto (muerte) | Ninguna | Ninguna | Ninguna |
| Seguimiento post-TC | 2 años | 4 años | 4 años | 1 año |

TC: trasplante cardíaco.

Conclusiones: El trasplante cardíaco podría considerarse como un tratamiento efectivo en casos seleccionados de endocarditis infecciosa con resultados favorables a largo plazo.