



5008-3. INCIDENCIA UNICÉNTRICA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER

Ana María Martínez Carapeto, Inmaculada Gómez Sánchez, Juan Manuel Nogales-Asensio, Mercedes Merchán Cuenda, Reyes González Fernández, Bruno Bengla Limpo, Antonio Merchán Herrera y José Ramón López Mínguez, del Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa sobre prótesis aórtica transcáteter (E-TAVI) es una complicación emergente. Existe una gran disparidad en la literatura, basada en registros multicéntricos, en cuanto a su incidencia. Se aporta la experiencia en nuestro centro sobre la incidencia, mortalidad y factores asociados a la E-TAVI.

Métodos: Realizamos un análisis prospectivo de los casos de E-TAVI entre los 200 primeros pacientes con implante de TAVI de forma consecutiva en nuestro centro, tras una mediana de seguimiento de 15,3 meses (rango intercuartil [RIC] 9,1-36,2). En 175 pacientes (87,5%) se implantó una prótesis balón-expandible Sapien (Edwards Lifesciences) y en 25 pacientes (12,5%), prótesis autoexpandibles Portico (St. Jude Medical) o CoreValve (Medtronic). El diagnóstico definitivo de E-TAVI se basó en los criterios modificados de Duke (Li 2000). Se analizó la incidencia, datos clínicos, microbiológicos, variables pronósticas y los factores asociados a la E-TAVI.

Resultados: Se realizó el diagnóstico de E-TAVI durante el seguimiento en 11 pacientes. La incidencia global fue de 5,5% (2,77 casos por 100 pacientes-año). La mediana de edad fue de 78 años (RIC: 73-80). La endocarditis fue precoz (menos de un año tras TAVI) en 7 casos, 3 de los cuales se diagnosticaron durante el mismo ingreso en el que se implantó la TAVI. La mediana hasta el diagnóstico de E-TAVI fue de 112 días (RIC 36-578). La mortalidad intrahospitalaria de estos pacientes fue del 36,4% y la mortalidad al año del 54,5%. Todos los microorganismos identificados fueron grampositivos (4 *Enterococcus faecalis*, 3 *Staphylococcus coagulasa* negativo). En el análisis multivariante, el antecedente de neoplasia (HR: 6,5; IC95%: 1,3 a 32,7; p = 0,022) y el EuroSCORE II (HR: 1,7; IC95%: 1,3 a 2,3; p 0,001) se asociaron de forma independiente a mayor tasa de E-TAVI. La E-TAVI (HR: 3,2; IC95%: 1,3 a 7,7; p = 0,011), el sexo femenino (HR: 2,0; IC95%: 1,1 a 3,9; p = 0,036), la diabetes mellitus (HR: 1,8; IC95%: 1,0 a 3,1; p = 0,049) y el antecedente de EPOC (HR: 3,8; IC95%: 1,9 a 7,6; p 0,001) se asociaron de forma independiente a la mayor tasa de muerte tras TAVI.

Características diferenciales de los pacientes con implante de TAVI según el desarrollo o no de endocarditis

Todos (N = 200)	No EI (N = 189)	EI (N = 11)	HR	p (Cox)
-----------------	-----------------	-------------	----	---------

Edad	81,05 ± 4,62	81,98 [78,59-84,00]	78,31 [73,41-80,20]	0,8	0,002
Sexo femenino	115 (57,5%)	110 (58,2%)	5 (45,5%)	0,6	0,411
IMC (kg/m ²)	29,06 ± 4,47	28,96 ± 4,50	30,79 ± 3,90	1,1	0,217
DM	68 (34,0%)	62 (32,8%)	6 (54,5%)	2,0	0,190
FG (MDRD) al ingreso	73,07 [54,78-91,73]	73,10 [55,12-92,36]	60,78 [30,82-83,10]	1,0	0,190
Creat > 2 mg/dl	8 (4%)	6 (3,6%)	2 (18,2%)	32,0	0,002
Ictus previo	25 (12,5%)	22 (11,6%)	3 (27,3%)	2,5	0,172
Neoplasia previa	10 (5%)	8 (4,2%)	2 (18,2%)	5,7	0,029
Hemorragia previa	5 (2,5%)	3 (1,6%)	2 (18,2%)	9,9	0,004
EuroSCORE II	3,3 ± 1,4	3,23 ± 1,25	5,12 ± 2,41	1,7	0,001
Índice de Charlson	3 [2-5]	3 [2-5]	5 [5-5]	1,7	0,003
Prótesis autoexpandible (PAE)	25 (12,5%)	22 (11,6%)	3 (27,3%)	4,3	0,042
Fuga significativa posimplante	17 (8,5%)	15 (7,9%)	2 (18,2%)	1,8	0,237
Necesidad de MPD	31 (15,5%)	29 (15,3%)	2 (18,2%)	1,4	0,681
Muerte en seguimiento	51 (25,5%)	44 (23,8%)	7 (54,5%)	3,5	0,033

Conclusiones: En nuestro medio, la incidencia de E-TAVI es mayor que la descrita en series multicéntricas. La E-TAVI conlleva una elevada mortalidad y se asocia con una peor situación clínica basal.