



## 5029-2. LESIÓN VALVULAR AÓRTICA RESIDUAL TRAS ENDOCARDITIS INFECCIOSA "CURADA": ¿ES SEGURO EL IMPLANTE TRANSCATÉTER DE VÁLVULA AÓRTICA?

Javier Gómez Herrero<sup>1</sup>, Tania Rodríguez Gabella<sup>1</sup>, Hipólito Gutiérrez<sup>1</sup>, Carlos Cortés<sup>1</sup>, Luis Nombela-Franco<sup>2</sup>, John Webb<sup>3</sup>, Abdullah Alkhodair<sup>3</sup>, Francesco Saia<sup>4</sup>, Ander Regueiro<sup>5</sup>, Antonio J. Muñoz-García<sup>6</sup>, Enrique Gutiérrez<sup>7</sup>, Javier López Díaz<sup>1</sup>, Pablo E. García-Granja<sup>1</sup>, José Alberto San Román<sup>1</sup> e Ignacio J. Amat Santos<sup>1</sup>, del <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, <sup>3</sup>St. Paul's Hospital, University of British Columbia, Vancouver (Canadá), <sup>4</sup>Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna (Italia), <sup>5</sup>Hospital Clínic, Barcelona, <sup>6</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga y <sup>7</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** En los últimos años se ha incrementado la incidencia de endocarditis infecciosa (EI). En muchos pacientes tras eliminar el agente infeccioso persiste un daño valvular grave pero su reparación quirúrgica entraña un alto riesgo y el implante transcatóter de prótesis valvular aórtica (TAVI) está teóricamente contraindicado. Nuestro objetivo fue analizar el uso, seguridad y eficacia actual en la vida real de TAVI en este contexto.

**Métodos:** Se recogieron retrospectivamente todos los casos de 8 centros tratados entre enero de 2008 y enero de 2018 mediante TAVI tras una EI con respuesta exitosa a antibioterapia, pero disfunción valvular aórtica residual y seguimiento clínico de al menos un año.

**Resultados:** Se incluyeron 55 pacientes de edad media  $79,1 \pm 8$  años, 57,4% varones y alto riesgo quirúrgico (STS:  $11,45 \pm 13,38\%$ ), diabetes (48,1%) y cirugía cardiaca previa (59,3%) con recambio valvular aórtico (RVA) en el 50%. El microorganismo responsable fue *Enterococci* en 25,9%, *Staphylococci* en 20,4% (meticilín-sensible: 13%, -resistente: 7,4%) y *Streptococci* (11%). La lesión valvular aórtica residual tras la EI fue insuficiencia (IAo, 62,2%), estenosis (3,8%) o ambas (34%), con una función ventricular de  $56 \pm 13\%$ . La TAVI se implantó 63 días (IQR: 42-91) tras el diagnóstico de EI con una tasa de éxito del 85,2%; embolización valvular en el 3,7% y de oclusión coronaria en el 1,9% pero sin otras complicaciones periprocedimiento. La estancia media fue de  $9,8 \pm 6,5$  días, 7 pacientes (13%) presentaron sepsis, 2 (3,7%) ictus y 3 (5,6%) fallecieron. El 18,5% y el 25,9% presentaron IAo ? 3 al alta y al año, respectivamente. La supervivencia al año fue del 81,5%. En este intervalo, 2 pacientes más sufrieron ictus y 2 más sepsis (en total 10 pacientes) siendo más frecuente en portadores de RVA ( $p = 0,05$ ). La mejoría funcional entre los supervivientes al año fue evidente (clase III-IV en el 96,3% basalmente y 19,6% al año).

**Conclusiones:** Pese a la contraindicación para el uso de TAVI tras EI valvular aórtica, la mayoría de pacientes tratados (81,5%) sobrevivieron al año en buen estado funcional. Sin embargo, presentaron una alta tasa de sepsis en particular en procedimientos *valve-in-valve* y de IAo ? 3 residual. Esto sugiere que el TAVI puede ser una alternativa -aunque con riesgos específicos- en lesión residual post-EI si la cirugía convencional se descarta.