



## 5031-9. ENDOCARDITIS IZQUIERDA PROTÉSICA PRECOZ: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO MULTICÉNTRICO

Adrián Lozano Ibáñez<sup>1</sup>, Javier López Díaz<sup>1</sup>, María de Miguel Álava<sup>1</sup>, Andrea Oña Orive<sup>1</sup>, Paloma Pulido Garrido<sup>1</sup>, Itziar Gómez Salvador<sup>1</sup>, Carmen Olmos Blanco<sup>2</sup>, Carmen Sáez Béjar<sup>3</sup>, Isidre Vilacosta<sup>2</sup>, Gonzalo Cabezón Villalba<sup>1</sup>, Pablo Zulet Fraile<sup>2</sup>, Adrián Jerónimo Baza<sup>2</sup>, Javier Pérez Serrano<sup>3</sup> y J. Alberto San Román<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España y <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna-Infeciosas, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Las últimas guías de práctica clínica recomiendan la intervención quirúrgica como tratamiento de la endocarditis izquierda protésica (EIP) con un grado de recomendación I C en los pacientes con EIP precoz (< 6 meses), y con un nivel IIa C en los pacientes con EIP por *S. aureus* o bacilos gram negativos del grupo no HACEK. Nuestra hipótesis es que los pacientes con EIP precoz, en ausencia de otra indicación quirúrgica, no mejoran el pronóstico con la cirugía.

**Métodos:** Se han analizado todos los pacientes con EIP de un registro prospectivo multipropósito de 3 hospitales terciarios y se han recogido datos demográficos, ecocardiográficos, clínicos, analíticos y evolutivos.

**Resultados:** De los 1.482 pacientes con endocarditis izquierda, 589 eran protésicas, y de ellas, un 22,2% fueron precoces. En la figura se muestra un estudio descriptivo de estos pacientes. Destaca que la mortalidad de los pacientes se reduce drásticamente cuando se intervienen quirúrgicamente, a pesar de lo cual la mortalidad por *S. aureus* sigue siendo muy elevada (50%). La edad, la enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardiaca al ingreso y la hipertensión pulmonar moderada o grave se asociaron a una mayor mortalidad. Existieron diferencias significativas en la mortalidad de los pacientes operados y no operados (15,9 frente a 44,2%;  $p < 0,001$ ). Sin embargo, la mortalidad de los pacientes no operados por decisión del equipo de endocarditis a pesar de tener indicación (un 23,3% del total de no operados) no fue diferente de la de los pacientes operados (10 frente a 15,9%;  $p 0,999$ ).

Características y mortalidad de los pacientes con endocarditis izquierda protésica precoz, y comparación de mortalidad entre los pacientes operados y no operados

	Total (131)	Fallecidos (33)	p
Edad	67,6 ± 8	70 ± 11	

Sexo varón	86 (65,6%)	25 (29,1%)	
Referido	59 (46,1%)	13 (22%)	
<i>Streptococcus viridans</i>	6 (4,6%)	1 (16,7%)	
Enterococo	11 (8,4%)	3 (27,3%)	
<i>Staphylococcus aureus</i>	22 (16,8%)	11 (50%)	
Estafilococo coagulasa negativo	54 (41,2%)	13 (24%)	
Complicación perianular	53 (40,8%)	19 (35,8%)	
Insuficiencia cardíaca al ingreso	48 (36,6%)	17 (35,4%)	
<i>Shock séptico</i> al ingreso	7 (5,3%)	3 (42,9%)	
Protésicas mitrales	65 (49,6%)	12 (18,5%)	
Protésicas aórticas	77 (58,8%)	22 (28,6%)	
Sobre prótesis mecánica	75 (57,3%)	14 (18,7%)	
Sobre prótesis biológica	58 (44,3%)	19 (32,8%)	
Muerte intrahospitalaria	33 (25,2%)		
Operados	88 (67,2%)	14 (15,9%)	< 0,001
No operados	43 (32,8%)	19 (44,2%)	
Operados	88 (67,2%)	14 (15,9%)	0,999
No operados por decisión del equipo	10 (7,6%)	1 (10%)	

**Conclusiones:** La cirugía en la endocarditis protésica precoz reduce su mortalidad. A pesar de ello, la mortalidad de los pacientes con infección por *S. aureus* sigue siendo muy elevada. Sin embargo, en nuestra cohorte, la cirugía no redujo la mortalidad al compararla con el tratamiento médico en pacientes seleccionados por el equipo de endocarditis, lo que sugiere que es necesario reevaluar las indicaciones de cirugía en los pacientes con EIP precoz.