



6041-553. DIFERENCIAS EN LA MORBIMORTALIDAD Y TASA DE CIRUGÍA EN RELACIÓN A LA FORMA CLÍNICA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Francisco Carrasco Avalos, Manuel Anguita Sánchez, Francisco Castillo Bernal, Juan Carlos Castillo Domínguez, Martín Ruiz Ortiz, Elías Romo Peñas, María Dolores Mesa Rubio y José Suárez de Lezo del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave, con una elevada morbimortalidad y necesidad de cirugía durante la fase activa. Se han descrito clásicamente distintos subtipos de EI con diferencias importantes en el pronóstico (más benigno en las EI derechas, EI nativas y EI sin cardiopatía subyacente, y peor en las EI protésicas, sobre todo precoces, y con lesión estructural), pero no se sabe si estas diferencias se mantienen tras los cambios epidemiológicos ocurridos en las últimas décadas. Nuestro objetivo es analizar las tasas de morbimortalidad y de requerimiento de cirugía precoz en los distintos subtipos de EI.

Métodos: Para ello, hemos analizado una serie unicéntrica prospectiva de 420 casos consecutivos de EI en pacientes no adictos a drogas por vía parenteral diagnosticados en nuestro centro entre 1987 y 2014, evaluando la tasa de mortalidad precoz y cirugía precoz en los distintos subtipos de EI.

Resultados: De los 420 casos, la proporción de los distintos subtipos fue: EI protésicas 30% (precoces 13% y tardías 17% del total), EI sobre marcapasos 6% y EI nativas 64%. Un 34% eran EI sin cardiopatía subyacente, y un 10% EI derechas. La mortalidad precoz global fue del 26,7% y la tasa de cirugía precoz del 57%. La mortalidad precoz fue similar en los distintos subtipos de EI: EI protésicas 28% (precoces 34%, tardías 24%), nativas 27% (sin cardiopatía 26%, con cardiopatía 29%), EI derechas 25% (sobre marcapasos 25%, sin marcapasos 26%). La tasa de cirugía precoz fue también similar, salvo en las EI sobre marcapasos (80%, $p < 0,05$): EI protésicas 52% (precoces 56%, tardías 50%), EI nativas 57% (sin cardiopatía 56%, con cardiopatía 58%), EI derechas 60%.

Conclusiones: La mortalidad precoz de los distintos subtipos de EI es similar en nuestra serie, en torno al 25-30%, al igual que la necesidad de cirugía durante la fase activa, en torno al 50-60%, (con la excepción de una mayor tasa de cirugía, 80%, en las EI sobre marcapasos). Esto sugiere que no debe haber diferencias en el manejo según el tipo de EI.