



Revista Española de Cardiología



6008-34. ENDOCARDITIS INFECCIOSA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Carmen Olmos Blanco, Isidre Vilacosta, M^a del Carmen Manzano Nieto, José Alberto San Román Calvar, Javier López Díaz, Cristina Sarriá Cepeda, Carlos Ferrera Durán y Cristina Fernández Pérez del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Madrid, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Hospital Clínico Universitario, Valladolid y Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) es una complicación poco frecuente en la endocarditis infecciosa. El propósito del estudio consiste en describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, ecocardiográficas y pronósticas de este grupo de pacientes.

Métodos: Analizamos 734 episodios consecutivos de endocarditis infecciosa sobre válvulas izquierdas (EI) recogidos de forma prospectiva en tres hospitales terciarios entre 1996 y 2010. Se clasificaron en dos grupos: Grupo I (G. I) pacientes que sufrían un SCA durante el episodio de EI; Grupo II, aquellos que no lo padecieron.

Resultados: Un total de 20 pacientes (2,7%) presentaron SCA. La media de edad de los mismos fue de 66 (16) años y la mayoría fueron varones (75%). En 16 casos del G. I los hemocultivos resultaron positivos, siendo *S. aureus* el germen más frecuentemente aislado. Localización de la infección en el G. I: posición aórtica 75% (válvula nativa [40%], bioprótesis [20%], válvula mecánica [15%]); posición mitral: 25% (válvula nativa [20%], válvula mecánica [5%]). Se objetivó la presencia de vegetaciones en 18 casos (90%) del G. I y las complicaciones perianulares fueron más frecuentes en este grupo. Diez pacientes mostraban signos electrocardiográficos de infarto al ingreso, seis tuvieron dolor torácico, y al menos 10 presentaron elevación de marcadores de necrosis miocárdica. Siete pacientes sufrieron bloqueo atrioventricular. El mecanismo de isquemia fue embolia coronaria en 3 casos, en 12 se debió a compresión de las arterias coronarias por las complicaciones perianulares y en 5 no se encontró la causa. Durante el seguimiento la mortalidad fue mayor en el G. I (10 [50%] vs 209 [29,4%]; $p = 0,045$), y se observó una mayor tendencia no significativa a desarrollar shock séptico en el ingreso en este grupo (6 [31,6%] vs 118 [16,7%]; $p = 0,08$). No se encontraron diferencias en cuanto a la necesidad de cirugía, la incidencia de insuficiencia cardíaca, embolias o complicaciones neurológicas.

Conclusiones: El SCA es a menudo una complicación precoz de la EI. Contrario a lo anteriormente publicado, el mecanismo principal de SCA en la EI se debe a la compresión de las arterias coronarias por las complicaciones perianulares. El SCA se asocia con gérmenes particularmente virulentos, con infección sobre la válvula aórtica, complicaciones perianulares extensas y con un aumento de la mortalidad.