



5025-7. ENDOCARDITIS INFECCIOSA SIN CARDIOPATÍA PREDISPONENTE. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN. EXPERIENCIA DE UN CENTRO A LO LARGO DE 30 AÑOS

Alberto José Pérez Pérez, Ana Testa-Fernández, Raúl Franco-Gutiérrez, Juan Corredoira Sánchez, Rafael Vidal Pérez, Juliana Elices-Teja, Andrea López López y Carlos González-Juanatey del Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) en pacientes sin cardiopatía estructural (EISCE) ha venido incrementado su incidencia en los últimos años, si bien, sus características y pronóstico no han sido todavía bien establecidas. Intentamos conocer las características clínicas, microbiológicas y ecocardiográficas de la EISCE así como su evolución a medio plazo y sus diferencias respecto a las EI sobre corazones con cardiopatía estructural (EICCE).

Métodos: Revisión retrospectiva de datos recogidos prospectivamente de los casos de EI definitiva diagnosticados en nuestro centro entre 1984 y 2015. Comparación y análisis estadístico de sus características entre 2 grupos de pacientes (EISCE frente a EICCE).

Resultados: Se detectaron 264 casos de EI en el periodo estudiado, siendo 100 de ellos EISCE. Los pacientes con EISCE eran más jóvenes (60,6 frente a 67,5 años) con un mayor porcentaje de varones (83,3 frente a 70, 7%) que los pacientes EICCE presentando una mayor prevalencia de enolismo (23 frente a 8,5%) y de cirrosis (5 frente a 1,8%). El origen de la infección en los pacientes EISCE era de adquisición comunitaria con mayor frecuencia (78,8 frente a 50,6%). Los criterios mayores de Duke para EI eran más frecuentes en nuestros pacientes EISCE que en los EICCE (98 frente a 82,3% ecocardiográfico y 97 frente a 86% hemocultivos). El agente más frecuentemente implicado en las EISCE fue *S. bovis* (28,6% casos) siendo en las EICCE *S. aureus* (22,6%) y *S. viridans* (21,9%). La válvula aórtica fue afectada con más frecuencia (77,6% casos). Las complicaciones clínicas fueron más frecuentes en el grupo de EISCE (91 frente a 79,3%) mientras que las perivalvulares, tuvieron mayor incidencia en el grupo de EICCE (11 frente a 19,5%). Durante el ingreso 63 pacientes en el requirieron cirugía urgente y 58 fallecieron durante el mismo No hubo diferencias significativas en la mortalidad ni en la necesidad de cirugía entre los grupos. Se obtuvo información de seguimiento de 108 pacientes (mediana 77,2 meses) Durante el mismo 26 pacientes requirieron cirugía y fallecieron 51 (12 muertes relacionadas con la EI). No se hallaron diferencias significativas en la necesidad de cirugía ni en la mortalidad durante el seguimiento entre los grupos.

Características de la EI con y sin cardiopatía estructural

Sin cardiopatía estructural n	Con cardiopatía estructural n	p
= 100	= 164	

Edad, media (DE)	60,6 (16,8)	67,5 (15,3)	0,001
Sexo masculino, N (%)	83 (83,3)	116 (70,7)	0,03
Enolismo, N (%)	23 (23,0)	14 (8,5)	0,002
Cirrosis, N (%)	5 (5,0)	3 (1,8)	0,08
Adquisición comunitaria infección, N (%)	78 (78,8)	83 (50,6)	0,001
Síndrome general, N (%)	53 (53,0)	68 (41,6)	0,075
Criterio Duke mayor ecocardiográfico, N (%)	98 (98,0)	135 (82,3)	0,001
Criterio Duke Mayor hemocultivos, N (%)	97 (97)	141 (86,0)	0,003
Numero criterios menores Duke, media (DE)	1,52 (0,75)	2,34 (0,71)	0,001
Embolia séptica, N (%)	50 (50,0)	65 (39,6)	0,12
<i>Shock</i> séptico, N (%)	7 (7,0)	14 (14,5)	0,82
Insuficiencia cardiaca, N (%)	40 (40,0)	47 (28,7)	0,06
ACV, N (%)	23 (23,0)	31 (18,9)	0,43
Bloqueo AV 2º o 3º grado, N (%)	2 (2,0)	13 (8,0)	0,055
Complicaciones perivalvulares, N (%)	11 (11,0)	32 (19,5)	0,06
Cirugía urgente	22 (22,0)	41 (25,0)	0,65

Mortalidad intrahospitalaria	19 (19,0)	39 (23,8)	0,44
Cx durante seguimiento	7 (7,0)	19 (11,6)	0,29
Muerte seguimiento	16 (16,0)	35 (21,3)	0,34

Conclusiones: La EISCE ha presentado un importante aumento de la incidencia en los últimos años. Son necesarios estudios que ayuden a conocerla mejor para optimizar sus opciones de manejo.