



5012-8. USO DE HOMOINJERTOS EN LA ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA AÓRTICA NATIVA: CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES

Juan Carlos Castillo Domínguez, Fco. José Castillo Bernal, Francisco Carrasco, Manuel Anguita, Carlos Ferreiro, Enrique Durán, José Javier Sánchez y José Suárez de Lezo del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

El tipo de prótesis utilizada en la cirugía de la EI sobre válvula aórtica depende en gran medida de la edad del paciente y de las preferencias del cirujano. Existe poca información sobre las diferencias entre el uso de homoinjertos y prótesis valvulares. Con este propósito hemos analizado todos los casos de EI sobre válvula aórtica nativa intervenidos en nuestro centro desde 1997, año desde el que disponemos de un banco de homoinjertos criopreservados. Desde el 1997 hasta 2013 se han intervenido en nuestro centro 61 casos de EI sobre válvula aórtica nativa de los cuales a 36 se les implantó una prótesis (7 biológica y 29 mecánica) y a 25 un homoinjerto. La edad media fue similar en ambos grupos (54 ± 14 años en los grupos de prótesis y 51 ± 16 en el grupo de homoinjertos). No hubo diferencias respecto al sexo, antecedentes de diabetes, insuficiencia renal, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, ictus, disfunción ventricular, tasa de hemocultivos negativos, germen responsable o longitud de la vegetación. No existía una cardiopatía predisponente para EI en el 53% de los pacientes a los que se implantó una prótesis frente al 24% del grupo de homoinjertos, p 0,025. La tasa de complicaciones severas durante la fase activa (insuficiencia cardíaca, ictus, persistencia de la sepsis, embolismos o fracaso renal) fue similar en ambos grupos, sin embargo el 52% de los pacientes con homoinjertos se intervinieron de forma urgente frente al 25% del grupo de prótesis, p 0,031. El porcentaje de abscesos documentados en la cirugía fue similar en ambos grupos (25% y 28% respectivamente). El uso de otra técnica quirúrgica (revascularización aortocoronaria, reparación o sustitución de otra válvula) también fue similar (36% vs 40%) al igual que la necesidad de reintervención en las primeras 24 horas. El tiempo de circulación cardiopulmonar fue mayor en el grupo de homoinjertos (159 ± 35 frente a 122 ± 49 , p 0,001). No hubo diferencias en la mortalidad precoz sin embargo la mortalidad total (precoz y en el seguimiento) fue mayor en el grupo de homoinjertos (52% vs 26%, p 0,037). La tasa de ictus o sangrado mayor en el seguimiento fue similar en ambos grupos así como los casos de reinfección. En conclusión, los pacientes con EI a los que se implanta un homoinjerto se intervienen con mayor frecuencia de forma urgente, presentan mayores tiempos de isquemia y su pronóstico a largo plazo parece ser más desfavorable.