



5011-5. ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL IMPLANTE?

Irene Esteve Ruiz¹, Iris Esteve Ruiz², Mariano Zamora Sierra³ y Juan Gálvez-Acebal⁴ del ¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla y ⁴Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa sobre válvula protésica (EIVP) es una complicación de la cirugía de recambio valvular con elevada mortalidad (15-45%). El riesgo de infección es máximo en los primeros 3 meses después del reemplazo valvular. El objetivo es analizar si existen diferencias clínico-epidemiológicas según el tiempo de adquisición que justifiquen su división en 2 entidades.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte multicéntrica de 352 pacientes con EIVP de 8 hospitales andaluces (enero 1984-diciembre 2013).

Resultados: De los 352 pacientes incluidos (mediana de edad 64 años, rango 54-72; 65% varones) el 42% fueron clasificados como precoces (12 meses). Las características básicas diferenciales entre ambos grupos las podemos observar en la tabla. Respecto a la etiología, los estafilococos coagulasa negativo (SCN) son los microorganismos más frecuentes en las precoces (45%), encontrándose solo en el 24% de las tardías (p 0,001). En contraposición, *Streptococcus viridans* son más frecuentes en las tardías (19 frente a 3%, p 0,001). La adquisición fue nosocomial en el 94% de las precoces y en el 21% de las tardías (p 0,001). En el 54% de las EIVP precoces se demostró una manipulación previa como origen de la EI, encontrándose solo en el 33% de las tardías (p 0,001). La complicación clínica más frecuente en ambos grupos fue la insuficiencia cardíaca, aunque ésta fue superior en las precoces que en las tardías (56 frente a 43%, p = 0,024), al igual que el shock séptico (22 frente a 7%, p 0,001). Las lesiones ecocardiográficas (absceso, disfunción protésica y pseudoaneurisma) se hallaron más frecuentemente en las precoces (p = 0,001, p = 0,022 y p = 0,025 respectivamente). El 60% de las EIVP precoces recibieron tratamiento quirúrgico y solo el 34% de las tardías (p 0,001). Se apreció una diferencia estadísticamente significativa en el riesgo operatorio logístico EuroSCORE entre precoces (35 ± 21) y tardías (28 ± 19).

	EIVP precoz (n = 149)	EIVP tardía (n = 203)	Significación estadística
Sexo varón	64%	65%	0,881
Edad	64 ± 13	61 ± 14	0,056

Localización			
Aórtica	69%	55%	0,009
Mitral	40%	52%	0,024
Tricúspide	2%	1%	0,184
Pulmonar	0%	1%	0,391
Tipo de prótesis			
Metálica	51%	64%	0,014
Biológica	44%	32%	0,014
Hipertensión arterial	31%	23%	0,105
Diabetes mellitus	23%	18%	0,238

EIVP: endocarditis infecciosa sobre válvula protésica.

Conclusiones: A diferencia de otras series publicadas, nuestros datos muestran que la etiología más frecuente de la EIVP precoz son los SCN. La mayoría de las precoces se relacionaron con la adquisición nosocomial. La morbilidad intrahospitalaria fue elevada en ambos grupos, pero mayor en las precoces, requiriendo tratamiento quirúrgico urgente.