



Revista Española de Cardiología



6013-223. ¿QUÉ PACIENTES DESARROLLAN ENDOCARDITIS TRAS EL IMPLANTE DE UNA PRÓTESIS AÓRTICA PERCUTÁNEA?

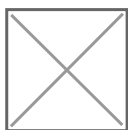
Verónica Rial Bastón¹, Daniele Gemma¹, José Raúl Moreno Gómez¹, Santiago Jiménez Valero¹, Guillermo Galeote García¹, Rosa González Davia², Ignacio Plaza Pérez³ y José Luis López Sendón¹ del ¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid), y ³Hospital Infanta Sofía, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: En los últimos años el implante de prótesis aórticas percutáneas (TAVI) se está generalizando en pacientes con elevado riesgo quirúrgico. La incidencia de endocarditis infecciosa (EI) es similar a la de la sustitución valvular aórtica quirúrgica (0,1-3%), aunque todavía falta información sobre las características de esta entidad y su pronóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se analizaron 211 pacientes sometidos en nuestro centro al implante de TAVI entre junio de 2008 y marzo de 2017 con el objetivo de determinar la incidencia de EI, sus características y predictores de aparición.

Resultados: La incidencia de EI en nuestra serie después de una mediana de seguimiento de 20,6 meses fue del 2,4% (5 pacientes), siendo el 80% varones con una edad media de 72,8 años. Tres pacientes tenían valvulopatía mitral (VM) significativa previa al implante (2 eran portadores prótesis mecánicas y uno presentaba una insuficiencia mitral (IM) grave) y 3 pacientes padecían insuficiencia renal crónica (IRC) (2 de ellos en hemodiálisis (HD)). Las prótesis fueron implantadas vía transfemoral en 4 casos (2 Lotus, uno Edwards y uno Corevalve) y vía transapical en un paciente. La vegetación se localizó preferentemente sobre la válvula mitral en el 60% de los casos (produciendo una IM grave) frente a 2 pacientes en los que la afección predominante era de la TAVI. Los hemocultivos fueron positivos en 4 pacientes. se identificaron como agentes causales: *Enterococcus faecalis* en 2 casos, *Candida parapsilosis* en un paciente y *Streptococcus gallolyticus* en otro paciente. La mediana de tiempo hasta la aparición de la EI fue de 57 días, diagnosticándose el 80% durante el primer año. Ningún paciente fue intervenido quirúrgicamente pese a tener indicación debido al elevado riesgo quirúrgico. La mortalidad hospitalaria fue del 80% falleciendo 2 pacientes por insuficiencia cardiaca y 2 por *shock* séptico. De las variables analizadas, solo el antecedente de VM previa al implante y de IRC en hemodiálisis se asociaron significativamente a la aparición de EI (tabla).



Ecocardiograma 3D: Endocarditis mitral en paciente portador de TAVI.

Predictores para el desarrollo de EI sobre TAVI

Variable	Endocarditis infecciosa	No endocarditis infecciosa	p
Sexo masculino	80% (4 pacientes)	47,6% (98 pacientes)	NS
Edad	72 años	82,5 años	NS
HTA	80% (4 pacientes)	86,4% (178 pacientes)	NS
DM	60% (3 pacientes)	45,1% (93 pacientes)	NS
EPOC	20 % (1paciente)	20,9% (43 pacientes)	NS
Hemodiálisis	40% (2 pacientes)	3,9% (8 pacientes)	p 0,05
Valvulopatía mitral	60% (3 pacientes)	26,7% (51 pacientes)	p 0,05
Estancia posimplante (días)	14,2 días	10 días	NS
Enfermedad coronaria en cateterismo preTAVI	40% (2 pacientes)	50% (103 pacientes)	NS
Marcapasos preimplante de TAVI	20% (1 paciente)	16% (33 pacientes)	NS
Marcapasos posimplante de TAVI	20% (1 paciente)	18% (37 pacientes)	NS
TAVI transapical	20% (1 paciente)	19% (39 pacientes)	NS

Conclusiones: La EI sobre TAVI es una entidad con elevada mortalidad cuyo tratamiento está condicionado por presentarse en pacientes que por sus comorbilidades no son en general candidatos a cirugía. La prevención juega por tanto un papel clave y son necesarios más estudios para identificar aquellos pacientes más susceptibles de desarrollarla: en nuestra serie aquéllos con VM y en HD.