



## 6010-2. ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR *CANDIDA ALBICANS* Y *CANDIDA PARAPSILOSIS*: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Adrián Jerónimo Baza<sup>1</sup>, Carmen Olmos Blanco<sup>1</sup>, Carlos Nicolás Pérez García<sup>1</sup>, Carlos Ferrera Durán<sup>1</sup>, Pablo Zulet Fraile<sup>1</sup>, Pablo Elpidio García Granja<sup>2</sup>, Javier López Díaz<sup>2</sup>, Carmen Sáez Béjar<sup>3</sup>, Cristina Sarriá Cepeda<sup>3</sup>, Manuel Carnero Alcázar<sup>1</sup>, José Alberto San Román Calvar<sup>2</sup> e Isidre Vilacosta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>3</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Aunque *C. albicans* es el hongo que más frecuentemente causa endocarditis infecciosa (EI), su incidencia ha disminuido en las últimas dos décadas en favor de otras especies como *C. parapsilosis*, que representa la segunda causa más frecuente de endocarditis fúngica. Nuestro objetivo fue comparar el curso clínico, los hallazgos en las pruebas de imagen y el pronóstico de los pacientes con EI causada por *C. albicans* (EICA) y *C. parapsilosis* (EICP).

**Métodos:** Desde enero de 1998 hasta junio de 2020, se analizaron todos los casos de EICA y EICP (n = 16) ingresados en 3 hospitales terciarios y prospectivamente incluidos en un registro multipropósito. Todos fueron evaluados por el equipo de endocarditis (EE) y en todos ellos se realizó extracción de hemocultivos, ecocardiografía transesofágica (ETE) y cultivo de las válvulas extraídas en cirugía. Otras pruebas de imagen, como la PET/CT, fueron realizados a criterio del EE.

**Resultados:** Se analizaron 8 casos de EICA y 8 de EICP. La proporción de prótesis valvulares fue mayor en estas últimas. Otras características basales de la población se muestran en la tabla. En comparación con las EICA, las EICP presentaron un mayor tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta el ingreso (40 vs 7 días; p = 0,062). La localización aórtica fue la más frecuente en ambos grupos, pero en EICP la afectación protésica fue mayor (75 vs 37,5%; p = 0,315, fig.). Las EICP presentaron mayor proporción de hemocultivos positivos al ingreso (100 vs 62,5%; p = 0,200), hemocultivos persistentemente positivos a las 48-72 horas tras iniciar el tratamiento antifúngico (100 vs 0%; p = 0,021) y cultivos valvulares positivos (83,3 vs 57,1%; p = 0,569). No se observaron diferencias en los hallazgos de las pruebas de imagen ni en la clínica. Todos los pacientes excepto 4 fueron sometidos a cirugía. No hubo diferencias en las complicaciones durante el ingreso ni en la mortalidad, incluso tras ajustar por el manejo terapéutico.

### Características de la población

EICA (n = 8)

EICP (n = 8)

p

### Características basales

Sexo femenino	3 (37,5)	5 (62,5)	0,619
Edad (años)	69 (39-77)	72,0 (64,5-79,5)	0,344
Diabetes mellitus	1 (12,5)	0 (0)	1,000
Enfermedad renal crónica	1 (12,5)	0 (0)	1,000
Consumo de alcohol	1 (12,5)	0 (0)	1,000
Índice de comorbilidad de Charlson	3 (2-4,5)	3 (2,5-4,5)	0,706
Escala de Frail	0 (0-1)	0 (0-0,5)	0,890
Factores predisponentes al desarrollo de EI			
Prótesis valvular	3 (37,5)	7 (87,5)	0,119
EI previa	1 (12,5)	2 (25,0)	1,000
Valvulopatía reumática	0 (0)	3 (37,5)	0,200
Neoplasia activa	3 (37,5)	2 (25,0)	1,000
Quimioterapia	2 (25,0)	0 (0)	0,467
Uso de drogas inyectadas	2 (25,0)	0 (0)	0,467
VIH	1 (12,5)	0 (0)	1,000
Potenciales puertas de entrada			
Cirugía gastrointestinal*	2 (25,0)	0 (0)	0,467
Catéter endovascular*	3 (37,5)	3 (37,5)	1,000

\*En los 2 meses previos al diagnóstico de EI EI: endocarditis infecciosa; EICA: endocarditis infecciosa causada por *C. albicans*; EICP: endocarditis infecciosa causada por *C. parapsilosis*; EPOC: enfermedad obstructiva pulmonar crónica.



*Distribución de la afectación valvular. EICA: endocarditis infecciosa causada por C. albicans; CPE: endocarditis infecciosa causada por C. parapsilosis.*

**Conclusiones:** En comparación con las EICA, las EICP presentaron mayor afectación protésica, una duración de los síntomas más prolongada hasta el ingreso y una mayor proporción de hemocultivos persistentemente positivos. Las complicaciones durante el ingreso y la mortalidad fueron similares en ambos grupos.