



4014-2. ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE PROTÉSICAS AÓRTICAS BIOLÓGICAS: DIFERENCIAS ENTRE EL IMPLANTE QUIRÚRGICO Y TRANSCATÉTER

Consuelo Fernández-Avilés Irache, Gloria María Heredia Campos, Adriana Resúa Collazo, Jesús Rodríguez Nieto, Alejandro Gonzalez Caldevilla, Aurora Luque Moreno, Fátima Esteban Martínez, Dolores Mesa Rubio, José López Aguilera, Juan Carlos Castillo Domínguez, Manuel Pan Álvarez-Osorio y Manuel Anguita Sánchez

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: El implante transcáteter de bioprótesis aórtica (TAVI) ha supuesto un gran avance en el tratamiento de la estenosis aórtica (EAo). Existen pocos estudios sobre la endocarditis infecciosa (EI) en este grupo de pacientes y, sobre todo, que comparen sus características frente a las EI sobre válvula protésica implantada quirúrgicamente (SAVR). El objetivo de este estudio es analizar la incidencia y características de la EI sobre el TAVI y compararlas con las EISAVR biológicas.

Métodos: Se han analizado dos cohortes de pacientes que incluyen todos los casos de TAVI (n = 520) y de SAVR biológica (n = 652) implantados consecutivamente en nuestro centro entre los años 2012 y 2020, y se han comparado la incidencia de EI en ambas cohortes, sus características clínicas, tratamiento y mortalidad precoz.

Resultados: La incidencia de EI en el grupo del TAVI (n = 8) y en el de la SAVR (n = 10) fue de 1,5%. La edad media fue significativamente superior en el grupo de EITAVI ($80,4 \pm 3,2$ vs $74,4 \pm 5,2$ años, $p = 0,012$), al igual que la fragilidad, medida por la escala de Frail ($3,38 \pm 0,52$ vs $2,5 \pm 0,85$, $p = 0,017$), con un ligero predominio de mujeres (50 vs frente a 20%, $p = 0,32$) y de EI protésica precoz (75 vs 50%, $p = 0,18$) en el grupo TAVI. No hubo diferencias entre ambos grupos en los microorganismos causales (siendo los más frecuentes los estafilococos coagulasa-negativo en las TAVI, 37,8% del total, y los enterococos en la SAVR, 40%) ($p = 0,722$), ni en la incidencia de complicaciones graves (TAVI 100 vs SAVR 90%), incluyendo la insuficiencia cardiaca (62,5 vs 70%). En relación con el tratamiento, existió indicación de cirugía en el mismo% de pacientes: 62,5% de las TAVI y 70% de las SAVR. Hubo una tendencia a una menor realización de cirugía en casos con indicación de ella en las EI sobre TAVI (60 vs 14,3%, $p = 0,23$). La mortalidad precoz en la fase activa de la enfermedad fue similar en ambos grupos, 50 vs 30%, $p = 0,63$).

Conclusiones: Con la limitación del reducido tamaño de la muestra, inherente a la escasa frecuencia de este tipo de EI, concluimos que la incidencia de EI sobre TAVI es infrecuente y similar a la de EI bioprotésica quirúrgica, y que, a pesar de un peor perfil de riesgo (mayor edad y fragilidad) la incidencia de complicaciones graves y su mortalidad precoz son similares. Esto refuerza el uso del TAVI como terapia de sustitución valvular aórtica en paciente de edad avanzada o alto riesgo quirúrgico.