



5023-4. ENDOCARDITIS INFECCIOSA DURANTE EL EMBARAZO. SERIE NACIONAL DE CASOS

Luis López Flores¹, Patricia Muñoz García², Luis Eduardo López Cortés³, M. Carmen Fariñas Álvarez⁴, Antonio Plata Ciezar⁵, Antonio Ramos-Martínez⁶, Miguel Ángel Goenaga Sánchez⁷ e Irene Méndez Santos¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, ²Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, ³Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España, ⁴Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), España, ⁵Servicio de Enfermedades Infecciosas, UGC de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España, ⁶Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), España y ⁷Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián (Guipúzcoa), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) durante el embarazo es una enfermedad extremadamente rara, con una incidencia estimada de 6/100.000 gestaciones. La evidencia previa indica una elevada mortalidad materna (11-33%) y fetal (14-29%), junto con una importante morbilidad fetal, y una tasa de partos prematuros superior al 50%. En el manejo terapéutico hay que valorar el riesgo y el beneficio de las distintas intervenciones tanto en la madre como en el feto. El objetivo de este trabajo fue revisar las características de las pacientes, el manejo clínico y la evolución de una serie de casos de EI en embarazadas pertenecientes a un registro nacional multicéntrico.

Métodos: Utilizamos los datos de la base de GAMES (Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis). Se identificaron los casos de EI durante la gestación y se recogieron datos demográficos y clínicos, y eventos adversos maternos y fetales relacionados con la EI.

Resultados: Se identificaron 5 casos de EI durante el embarazo de un total de 1,500 episodios de EI (0,33% de los casos). La edad materna media fue de 34,8 años, con una edad gestacional media al diagnóstico de 20,2 semanas. En todos los casos el síntoma inicial fue fiebre con un tiempo de retraso al diagnóstico entre 1 y 8 meses. Todas las pacientes tenían enfermedades cardíacas previas aunque solo era conocida en 3 de ellas: 2 valvulopatía reumática, 1 prolapso valvular mitral, 1 estenosis valvular aórtica bicúspide y 1 portadora de un marcapasos por bloqueo AV congénito. La etiología predominante fue *Streptococcus* sp. 3 casos requirieron tratamiento quirúrgico por insuficiencia valvular grave sintomática de los que 2 desarrollaron además complicaciones perianulares que precisaron cirugía cardíaca urgente o emergente durante la gestación. El tercer caso pudo realizarse una reparación mitral de forma electiva tras el parto. En el caso de EI sobre cable de marcapasos y válvula tricuspídea se procedió a la retirada de electrodos y reimplante de nuevo dispositivo. Hubo 1 muerte materna y 2 pérdidas fetales.

Endocarditis
infecciosa durante
el embarazo

	Paciente A	Paciente B	Paciente C	Paciente D	Paciente E
Edad (años)	37	29	37	41	30
Edad gestacional (semanas)	29	21	26	9	16
Enfermedad cardíaca subyacente al momento del diagnóstico	Enfermedad valvular mitral reumática leve	Prolapso valvular mitral	Estenosis valvular aórtica en válvula bicúspide	Bloqueo AV congénito. Marcapasos	Válvula mitral reumática reparada. Válvula aórtica reumática
	Diagnosticada previamente	Desconocida	Desconocida	Diagnosticada previamente	Diagnosticada previamente
Signo/síntoma inicial	Fiebre	Fiebre	Fiebre, disnea y dolor torácico	Fiebre	Fiebre
Tiempo hasta diagnóstico	No recogido.	3 meses	1 mes	8 meses	2 meses
Microorganismo	Grupo <i>Streptococcus</i> D	<i>Streptococcus sanguis</i>	Desconocido	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>Streptococcus mitis</i>
Características ecocardiográficas	Vegetación menor de 5 mm	Válvula mitral mixomatosa con regurgitación grave	Estenosis aórtica grave Pseudoaneurisma periaórtico	Vegetaciones en el electrodo ventricular y la válvula tricúspide (25 mm)	Vegetaciones en las válvulas aórtica y mitral (18 × 10 mm); regurgitación aórtica grado II, regurgitación mitral moderada
	Ausencia de vegetación, fístulas o abscesos	Vegetación móvil y grande (24 × 16 mm)	Perforación de la válvula mitral con regurgitación grave		

		Anemia grave que requirió transfusión.			Anemia grave que requirió transfusión
Complicaciones	Fibrilación auricular paroxística	Insuficiencia cardiaca con respuesta adecuada al tratamiento médico.	Insuficiencia cardiaca grave	Embolismos pulmonares	Insuficiencia cardiaca
Tratamiento antibiótico	Penicilina y gentamicina (4 semanas)	Ceftriaxona 2 g IV/24 h Gentamicina 1 mg/Kg/8 (6 semanas)	Vancomicina 1 g IV/12 h Gentamicina 1 mg/kg/8 h (???)	Cloxacilina 12 g/24 h (4 semanas)	Penicilina Na 12 mill/24 h (4 semanas). Gentamicina 1 mg/Kg/8 h (2 semanas)
Indicación de la cirugía/				Extracción electiva del electrodo mediante cirugía extracorpórea.	Sustitución de válvula aórtica y mitral urgente (prótesis mecánica);
Tiempo de cirugía (semanas)	Sin indicación.	Reparación electiva de la válvula mitral después del parto	Sustitución urgente de la válvula aórtica y mitral (semana 29)	Reimplantación de un nuevo dispositivo con electrodo epicárdico (semana 10)	cierre de comunicación interventricular (semana 17 w)
Resultado del embarazo	Parto vaginal	Cesárea	Muerte intraoperatoria	Cesárea	Aborto espontáneo
(Modo de parto/Tiempo)	39 semanas	31 semanas	29 semanas	40 semanas	17 semanas (tres días después de la intervención)
Resultado en la descendencia)	Vivo	Prematuro vivo		Vivo	
Resultado materno	Viva a los 12 meses	Viva a los 12 meses	Muerte perioperatoria	Viva a los 12 meses	Viva a los 12 meses

Conclusiones: La EI durante el embarazo es una enfermedad rara y difícil de diagnosticar que conlleva un riesgo significativo de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el feto. La decisión de realizar una intervención quirúrgica debe considerarse de forma individualizada por un equipo multidisciplinar teniendo en cuenta la edad gestacional y las condiciones hemodinámicas maternas.