

ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS EN PACIENTES CON PRÓTESIS DE AÓRTICA ASCENDENTE

Ramos Martínez A¹, Calderón Parra J¹, B Blanco Alonso S¹, Cobo M², Fernández-Cruz A¹, Rodríguez Alfonso B³, Martín López C⁴, Forteza Gil A⁴

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid). ² Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid). ³ Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid). ⁴ Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid). Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).

Justificación: La literatura no ha establecido de forma consistente los criterios de cirugía en pacientes con endocarditis infecciosa de prótesis de aorta ascendente (PAA).

Objetivo: Analizar el pronóstico de los pacientes con EPAA en función del tipo de tratamiento (quirúrgico o conservador)

Método: Análisis de una cohorte prospectiva de pacientes diagnosticados de endocarditis sobre PAA (EPAA) desde enero de 2013 a septiembre de 2018 en un hospital de referencia de cirugía cardíaca. Inicialmente, se comparó la etiología de la infección en función del momento de aparición (precoz, primer año tras el implante; tardía, después del primer año. Posteriormente se analizaron las características y pronóstico durante el ingreso de los pacientes en función del tratamiento recibido.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se detectaron 21 casos de EPAA. La edad media de los pacientes fue de 64 años (RIC 51,5-74 años). Todos los pacientes menos uno (94,7%) eran varones. Once pacientes (57,9%) presentaban tubo de aorta valvulado (procedimiento de Bentall), cinco pacientes (26,3%) tenían un tubo de aorta supraavicular y tres pacientes (17,8%) reemplazo de la raíz aórtica manteniendo la válvula aórtica natural (procedimiento de David). El tiempo medio desde la implantación del PAA hasta el diagnóstico de endocarditis fue de 47 meses (RIC 4,5-83,5 meses). Siete episodios (33,3%) fueron diagnosticados durante el primer año después de la cirugía original de PAA y cinco de ellos (71,4%) se consideraron adquiridos en el hospital. Durante el primer año se diagnosticaron tres episodios debidos a *Staphylococcus epidermidis* (p=0,026). Todos los casos causados por *Streptococcus gallolyticus* y *Cutibacterium acnes* fueron diagnosticados durante el período tardío. Las indicaciones de los pacientes intervenidos fueron: absceso periprotésico (8 casos), pseudoaneurisma (4 casos), regurgitación aórtica grave (2 casos), insuficiencia cardíaca (2 casos), fístula (1 caso). Doce casos (57,1%) fueron intervenidos. Dos de ellos (16,7%) murieron durante la hospitalización debido a la inestabilidad hemodinámica después de la cirugía. Nueve episodios (42,9%) se trataron de forma conservadora. En un caso con indicación quirúrgica (infección por *Candida parapsilosis*) se desestimó la intervención presentar un riesgo quirúrgico muy elevado. En los restantes 8 episodios (38,1%) que se trataron de forma conservadora, no había indicación quirúrgica según las actuales. Todos los pacientes tratados de forma conservadora presentaron una evolución favorable durante el ingreso. No se detectaron recidivas de la infección durante el seguimiento de 6 meses en los pacientes dados de alta del hospital.

Conclusiones: En pacientes con EPAA se pueden aplicar de forma exitosa los criterios de indicación quirúrgica incluidos en las guías de endocarditis vigentes⁹. La mortalidad en esta serie fue baja tanto en los pacientes intervenidos como en los tratados sólo con antibióticos

Tabla 1. Características de los pacientes con endocarditis infecciosa de prótesis de aorta ascendente conforme al tipo de tratamiento. RIC: rango intercuartil. ¹Embolia cerebral con transformación hemorrágica.

	Tratamiento conservador (n=9)	Tratamiento quirúrgico (n=12)	p
Edad, mediana (RIC): (años)	71 (62,5-83)	52,5 (38-67)	0,011
Sexo masculino (%)	9 (100)	11 (91,7)	1
Índice de Comorbilidad de Charlson ajustado por edad, mediana (RIC)	6 (3,5-7)	2 (1-4)	0,024
Infección adquirida en el hospital	4 (44,4)	2 (16,7)	0,331
Infección precoz	3 (33,3)	4 (33,3)	1
Fiebre	7 (77,8)	12 (100)	0,171
Insuficiencia cardíaca	2 (22,2)	2 (16,7)	1
Embolia cerebral	1 (11,1) ¹	1 (8,3)	1
Embolia no neurológica	1 (11,1)	1 (8,3)	1
Hallazgos de la técnica de imagen			
Vegetación	2 (33,3)	7 (4,7)	0,184
Regurgitación aórtica severa	1 (11,1)	2 (16,7)	1
Absceso periprotésico	0	8 (66,7)	0,005
Pseudoaneurisma	0	4 (33,3)	0,083
Fístula	0	1 (8,3)	1
Euroscore	16 (14-18)	11,5 (11-14)	0,094
Mortalidad hospitalaria	0	2 (16,7)	0,657

Tabla 2. Microbiología de 21 casos de endocarditis EPAA según el tiempo transcurrido desde la cirugía.

	Primer año (n=7)	Después primer año (n=14)	p
Gram-positiva bacteria			
<i>S. epidermidis</i>	3 (33,3)	0	0,026
<i>S. aureus</i>	1 (16,7)	3 (20)	0,694
<i>E. faecalis</i>	1 (16,7)	1 (6,7)	0,599
<i>S. gallolyticus</i>	0	3 (20)	
<i>S. agalactiae</i>	1 (16,7)	0	
<i>S. gordonii</i>	0	1 (6,7)	
<i>S. pneumoniae</i>	0	1 (6,7)	
<i>Granulicatella adiacens</i>	0	1 (6,7)	
<i>Listeria monocytogenes</i>	0	1 (6,7)	
<i>Cutibacterium acnes</i>	0	3 (20)	
Fungi			
<i>Candida parapsilosis</i>	1 (16,7)	0	

Tabla 3. El tratamiento y el pronóstico en series de endocarditis en pacientes con PAA. Entre paréntesis se muestra en el hospital o en la mortalidad a los 30 días. ^a Mortalidad durante el seguimiento

Ref.	N	Tratamiento quirúrgico	Tratamiento médico
1	12	12 (8,3)	-
2	11	3 (0)	8 (37,5) ^a
3	8	6 (33)	2 (0)
4	15	15 (13,3)	-
5	27	21 (28,6)	4 (0)
6	9	4 (0)	5 (40)
7	10	2 (0)	8 (25) ^a
8	39	39 (25,4)	-
Nuestra serie	21	12 (16,7)	9 (0)