

XI CONGRESO

 **Mentimeter**

6404 9332

SEICAV

2022 SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE INFECCIONES
CARDIOVASCULARES

11 y 12 Noviembre **SEVILLA** Colegio de Médicos



CASO CLÍNICO INTERACTIVO: "Enemigo en casa"

Dra Laura Vidal Bonet

Cardióloga Adjunta Servicio de Cirugía Cardíaca HU Son Espases, Palma de Mallorca.

Grupo de Trabajo Multidisciplinar en Endocarditis Infecciosa HU Son Espases - Illes Balears.


Son Espases
hospital universitari

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

- Julio 2016.
- Varón de 28 años, natural de Italia.
- Viaja a Ibiza con amigos.



- 16/07/16 URG HCM por MEG y dolor torácico.
- Sin alergias ni patologías previas.



OD: intoxicación de opiáceos (positivos en orina) y deshidratación.



CASO CLÍNICO INTERACTIVO

- 17/07/16 URG HCM
- Bajo nivel de consciencia GCS 7
- Insuficiencia respiratoria: IOT+VM
- Taquicárdico, hipotenso y febril.



- Troponinas elevadas
- Fallo renal anúrico
- Fallo hepático con coagulopatía
- Leucocistosis

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

1.-DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL

-  IAM KILLIP IV: ANTIAGREGANTES Y AVISAR A HEMODINÁMICA
-  INTOXICACIÓN GRAVE DE OPIACEOS: NALOXONA
-  SEPSIS: CULTIVOS +ANTIBIÓTICO AMPLIO ESPECTRO
-  ENDOCARDITIS: CULTIVOS+TRATAMIENTO EMPÍRICO INICIAL

OD: SEPSIS GRAVE SIN FOCO

NA
DBT
HFVVC

Ceftriaxona

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

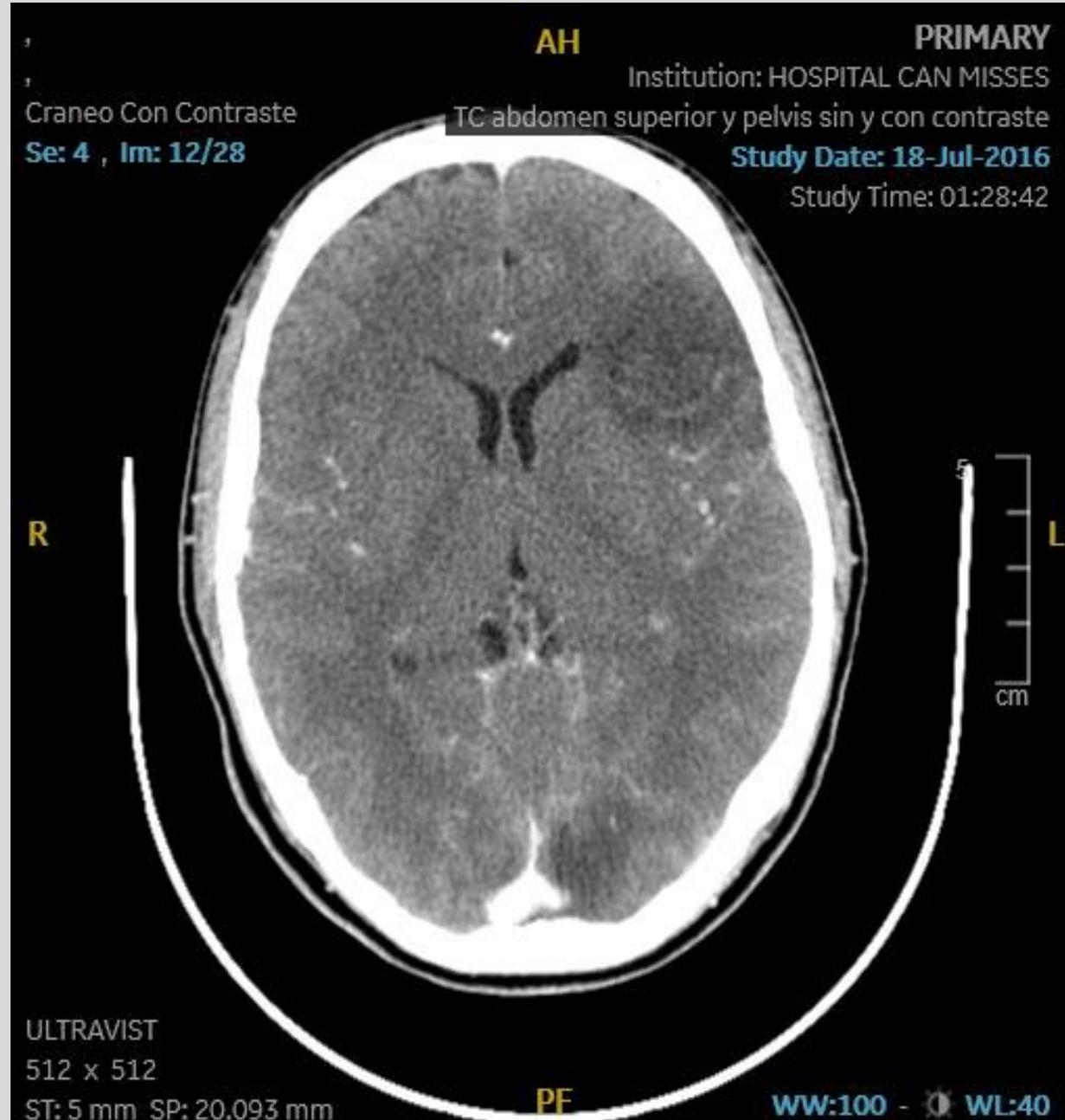


TC CRANEAL 18/7/22

- Múltiples áreas de hipodensidad bilateral tentorial de predominio frontal y occipital Izq.
- Proceso infecciosos tipo encefalitis atípica o bien abscesos cerebrales en formación, menos probable infartos cerebrales embólicos.

TC TORACO ABDOMINAL 18/7/22

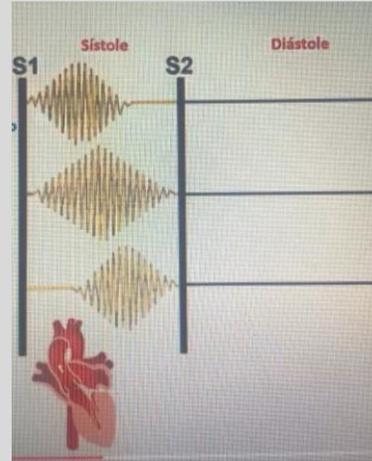
- Varias zonas de hipoatenuación renal D y bazo.



HC 17/7/22

- Esperar

CASO CLÍNICO INTERACTIVO



Nódulos de Osler:

- Lesiones subcutáneas, dolorosas, eritematosas y violáceas localizadas en los pulpejos de manos y pies
- Se relacionan con endocarditis infecciosa y forma parte de los criterios menores de Duke.
- Ha sido relacionada con la formación de microembolismos en contexto de proceso inflamatorio

Hemorragia en astilla:

- Áreas de sangrado capilar en el lecho ungueal de las uñas de manos o pies. Adoptan el aspecto de pequeñas líneas longitudinales de color rojo oscuro, esta disposición se debe a la orientación normal de los capilares ubicados en el lecho ungueal.

CASO CLÍNICO INTERACTIVO



Tabla 14:
Definiciones de los términos usados en los criterios modificados de la Sociedad Europea de Cardiología 2015 para el diagnóstico de endocarditis infecciosa

Criterios mayores

1 Hemocultivos positivos para EI

a. Microorganismos típicos compatibles con EI de 2 hemocultivos separados:

Streptococcus viridans, *S. gallolyticus* (*S. bovis*), grupo HACEK, *Staphylococcus aureus* o enterococos adquiridos en la comunidad en ausencia de un foco primario o

b. Microorganismos compatibles con EI obtenidos a partir de hemocultivos persistentemente positivos:

Al menos 2 hemocultivos positivos de muestras sanguíneas tomadas con un intervalo > 12 h o

En 3 o la mayoría de al menos 4 hemocultivos separados (al menos 1 h entre la primera y la última muestra) o

c. Un único hemocultivo positivo para *Coxiella burnetii* o un título de anticuerpos IgG de fase I > 1:800

2 Pruebas de imagen positivas para EI

a. Ecocardiograma positivo para EI:

Vegetaciones

Absceso, pseudoaneurisma, fistula intracardiaca

Perforación valvular o aneurisma

Dehiscencia parcial nueva o válvula protésica

b. Actividad anómala alrededor del lugar de implante de la válvula protésica detectada por ¹⁸F-FDG PET/TC (solo si la prótesis lleva implantada más de 3 meses) o SPECT/TC con leucocitos marcados con isótopos

c. Lesiones paravalvulares definidas por TC cardiaca

Criterios menores

1 Predisposiciones como enfermedad cardiaca predisponente o uso de drogas por vía parenteral

2 Fiebre, definida como temperatura > 38 °C

3 Fenómenos vasculares (incluidos los que se detectan solo por imagen): émbolos arteriales mayores, infartos pulmonares sépticos, aneurisma infeccioso (micótico), hemorragia intracraneal, hemorragias conjuntivales y lesiones de Janeway

4 Fenómenos inmunitarios: glomerulonefritis, nódulos de Osler, manchas de Roth y factor reumatoide

5 Evidencia microbiológica: hemocultivo positivo que no cumple un criterio mayor de los que se indican más arriba o evidencia serológica de infección activa con un microorganismo compatible con EI

18/07/16 (1d)

- ETT-ETE: VI y VD de tamaño y función N. VM masa hiperecogénica vibrátil 3x1,5 cm, dependiendo del velo posterior causando IM excéntrica moderada. Resto de estudio N.

- HC: 17/07/22: S AUREUS

- OD:

SHOCK SÉPTICO

ENDOCARDITIS VÁLVULA MITRAL NATIVA POR S AUREUS

INSUFICIENCIA MITRAL MODERADA

VEGETACIÓN DE GRAN TAMAÑO

INFARTOS ESPLÉNICOS Y RENALES

PROCESO INFECCIOSO Y EMBÓLICO CEREBRAL

- TT:

NA + DBT+ HFVVC + ...

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

1.- TRATAMIENTO

-  AJUSTAMOS TRATAMIENTO: VANCOMICINA
-  AJUSTAMOS TRATAMIENTO: DAPTOMICINA
-  AJUSTAMOS TRATAMIENTO: DAPTOMICINA + CLOXACICLINA
-  AJUSTAMOS TRATAMIENTO: DAPTOMICINA + CLOXACICLINA Y SOLICITAMOS TRASLADO A CENTRO REFERENCIA.

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

Tratamiento antibiótico de la endocarditis infecciosa por *Staphylococcus* spp.

Antibiótico	Dosis y vía	Duración (semanas)	Clase ^a	Nivel ^b	Ref	Comentarios
Válvulas nativas						
<i>Estafilococos sensibles a meticilina</i>						
(Flu)cloxacilina u oxacilina	12 g/día i.v. en 4-6 dosis	4-6	I	B	6,8, 128,135, 136,158	No se recomienda añadir gentamicina porque no se ha demostrado beneficio clínico y tiene mayor toxicidad renal
	Dosis pediátricas^d 200-300 mg/kg/día i.v. en 4-6 dosis divididas a partes iguales					
<i>Tratamiento alternativo*</i> Cotrimoxazol ^f con Clindamicina	Sulfametoxazol 4.800 mg/día y trimetoprim 960 mg/día (i.v. en 4-6 dosis) 1.800 mg/día i.v. en 3 dosis	1 i.v. + 5 tomas orales 1	IIb	C		*Para <i>Staphylococcus aureus</i>
	Dosis pediátricas^d Sulfametoxazol 60 mg/kg/día y Trimetoprim 12 mg/kg/día (i.v. en 2 dosis) Clindamicina 40 mg/kg/día (i.v. en 3 dosis)					
<i>Pacientes alérgicos a la penicilina^e o estafilococos resistentes a meticilina</i>						
Vancomicina ^{g,**}	30-60 mg/kg/día i.v. en 2-3 dosis	4-6	I	B	6,8,135, 136	Se recomienda cefalosporinas (cefazolina 6 g/día o cefotaxima 6 g/día i.v. en 3 dosis) para pacientes con endocarditis sensible a meticilina alérgicos a la penicilina sin reacciones anafilácticas
	Dosis pediátricas^d 40 mg/kg/día i.v. en 2-3 dosis divididas a partes iguales					
<i>Tratamiento alternativo**</i> Daptomicina ^{h,i}	10 mg/kg/día i.v. una vez al día	4-6	IIa	C		La daptomicina es superior a la vancomicina para la bacteriemia por <i>S. aureus</i> sensible a meticilina y <i>S. aureus</i> resistente a meticilina, con una CIM para vancomicina > 1 mg/l
	Dosis pediátricas^d 10 mg/kg/día i.v. una vez al día					
<i>Tratamiento alternativo*</i> Cotrimoxazol ^f con Clindamicina	Sulfametoxazol 4.800 mg/día y trimetoprim 960 mg/día (i.v. en 4-6 dosis) 1.800 mg/día i.v. en 3 dosis	1 i.v. + 5 tomas orales 1	IIb	C		*Para <i>Staphylococcus aureus</i>
	Dosis pediátricas^d Sulfametoxazol 60 mg/kg/día y Trimetoprim 12 mg/kg/día (i.v. en 2 dosis) Clindamicina 40 mg/kg/día (i.v. en 3 dosis)					

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

Recomendaciones para la derivación de pacientes a un centro de referencia

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	Ref
Se debe evaluar y manejar a los pacientes con EI complicada en una fase temprana de la enfermedad en un centro de referencia, que disponga de instalaciones para cirugía inmediata y cuente con un equipo multidisciplinario de endocarditis que incluya un especialista en enfermedades infecciosas, un microbiólogo, un cardiólogo, especialistas en imagen, un cirujano cardiaco y, si es necesario, un especialista en CC	Ila	B	12,56
En el caso de pacientes con EI no complicada manejados en un centro que no es de referencia, se debe mantener una comunicación regular desde el principio con el centro de referencia y, cuando sea necesario, realizar visitas al centro de referencia	Ila	B	12,56



OD: Endocarditis VM nativa por SA

NA
DBT
HFVVC

DAPTOMICINA+/-CLOXACILINA

TRASLADO

OD: Endocarditis VM nativa por SA

NA
DBT
HFVVC

DAPTOMICINA+ CLOXACILINA

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

- Neumonía asociada a VM por HI. IOT+VM
- Recuperación lenta del fallo renal y hepático
- TC cerebral control 26/07/16 (9d): extensas áreas hipodensas en relación a cerebritis frontal y occipital Izq que ha aumentado de tamaño y nueva área temporal izq. No se observan signos de abscesificación.
- Ventana sedación: apertura ojos, obedece órdenes sencillas, hemiplejía D.
- ETT 30/07/16 (12D): VI y VD de tamaño y función N. VM masa hiperecogénica vibrátil 3x1,5 cm, en VP sin estenosis e IM severa. Resto de estudio N.
- HC 17 y 26/07/16: SAMS, HC 02/08/16 pendientes



OD: Shock séptico por Endocarditis VM nativa por SAMS
IM severa, Gran vegetación
Embolismo abdominales+ Cerebritis
Neumonía asociada a VM por HI
Recuperación fallo multiorgánico

NA 48h

DBT 72h

HFVVC 9d

Cloxacilina+Daptomicina

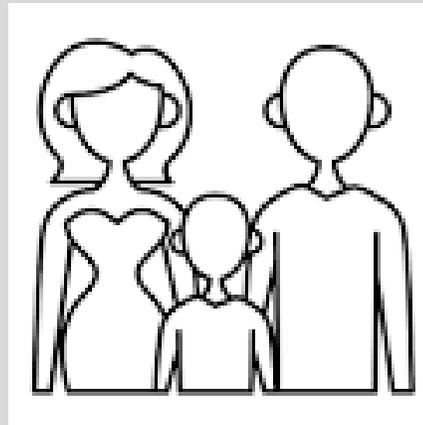
Cefepime



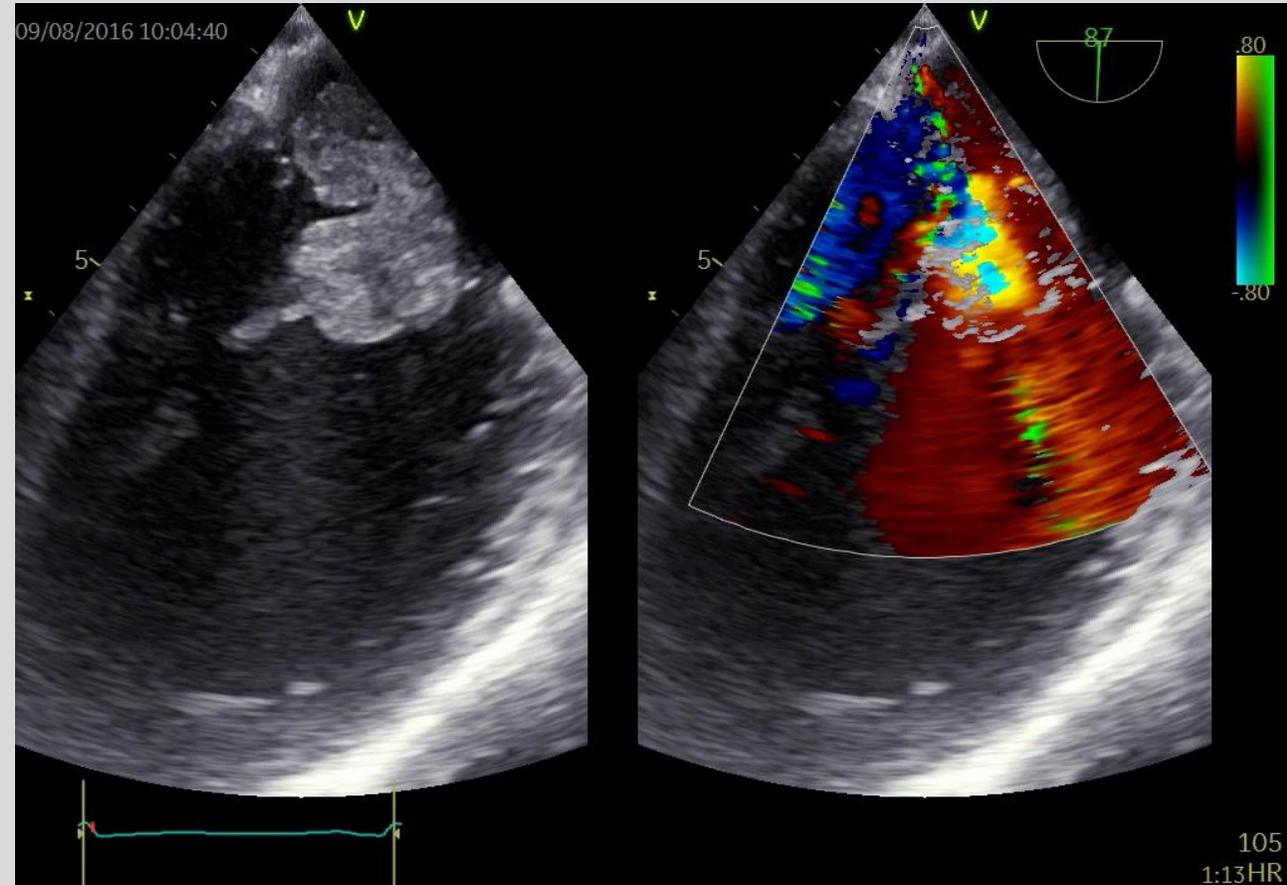
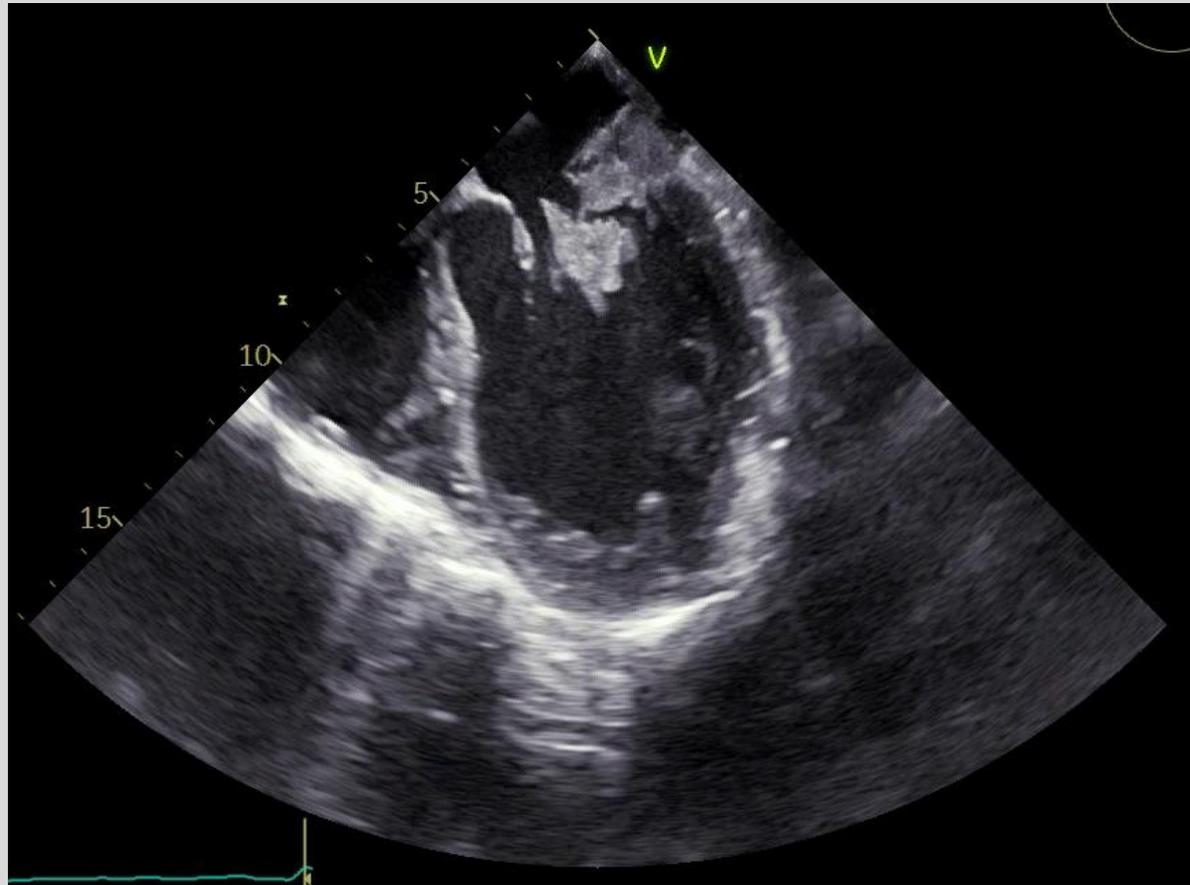
CASO CLÍNICO INTERACTIVO

HUSE 05/08/22 (17d)

- Anasarca, perfusión de furosemida
- Febril
- IOT+VM
- Estable HD sin vasoactivos. Taquicárdico.
- Función renal y hepática N
- Apertura ojos, obedece órdenes sencillas, hemiplejia D, hemianopsia



CASO CLÍNICO INTERACTIVO



CASO CLÍNICO INTERACTIVO

1.- TRATAMIENTO

-  SEGUIMOS CON ANTIBIÓTICOS
-  ANTIBIÓTICO Y CIRUGÍA EMERGENTE
-  ANTIBIÓTICO Y CIRUGÍA URGENTE
-  ANTIBIÓTICO Y CIRUGÍA ELECTIVA



*Cirugía de emergencia: cirugía que se lleva a cabo en las primeras 24 h; cirugía urgente: la que se lleva a cabo en pocos días; cirugía electiva: la que se lleva a cabo después de al menos 1-2 semanas de tratamiento antibiótico.

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

RIESGO EMBÓLICO

En conjunto, el riesgo embólico es muy alto en la EI, ya que sufren complicaciones embólicas un 20-50% de los pacientes^{72,242-249}. Sin embargo, el riesgo de episodios nuevos (que aparecen después de iniciar la terapia antibiótica) es solo del 6-21%^{72,115,243}. Un estudio del grupo ICE²⁵⁰ ha demostrado que la incidencia de accidentes cerebrovasculares en pacientes que recibían una terapia antimicrobiana adecuada era de 4,8 pacientes/1.000 días en la primera semana de tratamiento y caía hasta 1,7/1.000 en la segunda semana y después.

La ecocardiografía desempeña un papel fundamental en el pronóstico de las complicaciones embólicas^{72,115,246-252}, aunque la predicción sigue siendo difícil en cada caso individual. Diversos factores se asocian a mayor riesgo de embolia, como el tamaño y la movilidad de las vegetaciones^{72,242,246-253}, la localización de las vegetaciones en la válvula mitral^{72,246-249}, el aumento o disminución del tamaño de la vegetación durante el tratamiento antibiótico^{72,253}, ciertos microorganismos (*S. aureus*⁷², *S. bovis*²⁵⁴, *Candida spp.*), embolia previa⁷², El multivalvular²⁴⁶ y marcadores biológicos²⁵⁵. Entre estos últimos, el tamaño y la movilidad de las vegetaciones son los más importantes predictores independientes de un nuevo evento embólico²⁵³. Los pacientes con vegetaciones > 10 mm de longitud tienen mayor riesgo de embolia^{58,253}, y este riesgo es todavía mayor en pacientes con vegetaciones más grandes (> 15 mm) y móviles, sobre todo en la EI estafilocócica que afecta a la válvula mitral²¹⁹. Un estudio reciente¹¹³ ha encontrado que el riesgo de complicaciones neurológicas es particularmente elevado en pacientes con vegetaciones muy grandes (> 30 mm longitud).

Cuando se evalúa el riesgo embólico, hay que tener en cuenta diversos factores. En un estudio reciente de 847 pacientes con EI, la incidencia de un nuevo evento embólico a los 6 meses fue del 8,5%²²². Hubo seis factores (edad, diabetes mellitus, fibrilación auricular, embolia previa, longitud de la vegetación e infección por *S. aureus*) que se asociaron a un aumento del riesgo embólico y se utilizaron para crear una «calculadora del riesgo embólico»²²².

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

CRITERIOS DE MAL PRONÓSTICO

Predictores de mal resultado clínico en pacientes con endocarditis infecciosa

Características del paciente

Edad avanzada

EI en válvula protésica

Diabetes mellitus

Comorbilidad (p. ej., fragilidad, inmunodeficiencia, enfermedad renal o pulmonar)

Complicaciones clínicas de la EI

Insuficiencia cardíaca

Insuficiencia renal

Extensión > moderada de accidente cerebrovascular isquémico

Hemorragia cerebral

Shock séptico

Microorganismo

Staphylococcus aureus

Hongos

Bacilos Gram negativos no HACEK

Hallazgos ecocardiográficos

Complicaciones perianulares

Insuficiencia valvular izquierda grave

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo baja

Hipertensión pulmonar

Vegetaciones grandes

Disfunción valvular protésica grave

Cierre mitral prematuro y otros signos de presiones diastólicas aumentadas



CASO CLÍNICO INTERACTIVO

Tabla 22

Indicaciones y momento de la cirugía en la endocarditis infecciosa izquierda (endocarditis en válvula nativa y endocarditis en válvula protésica)

Indicaciones de cirugía	Momento ^a	Clase ^b	Nivel ^c	Ref ^d
1. Insuficiencia cardiaca				
EVN o EVP aórtica o mitral con insuficiencia aguda grave, obstrucción o fístula que causa edema pulmonar refractario o <i>shock</i> cardiogénico ?	Emergencia	I	B	111,115, 213,216
EVN o EVP aórtica o mitral con insuficiencia aguda grave u obstrucción que causa síntomas de IC o signos ecocardiográficos de mala tolerancia hemodinámica ?	Urgente	I	B	37,115, 209,216, 220,221
2. Infección incontrolada				
Infección localmente incontrolada (absceso, pseudoaneurisma, fístula, vegetación grande)	Urgente	I	B	37,209, 216
Infección causada por hongos o microorganismos multirresistentes	Urgente/ electiva	I	C	
Hemocultivos persistentemente positivos pese a los adecuados tratamiento antibiótico y control de los focos metastásicos sépticos ✓	Urgente	IIa	B	123
EVP causada por estafilococos o bacterias Gram negativas no HACEK ✓	Urgente/ electiva	IIa	C	
3. Prevención de embolias				
EVN o EVP aórtica o mitral con vegetaciones persistentes > 10 mm después de uno o más episodios embólicos pese a tratamiento antibiótico adecuado	Urgente	I	B	9,58,72, 113,222
EVN aórtica o mitral con vegetaciones > 10 mm asociada a estenosis valvular grave o insuficiencia y riesgo operatorio bajo	Urgente	IIa	B	9
EVN o EVP aórtica o mitral con vegetaciones aisladas muy grandes (> 30 mm)	Urgente	IIa	B	113
EVN o EVP aórtica o mitral con vegetaciones aisladas grandes (> 15 mm) y sin otra indicación para cirugía ^e ✓	Urgente	IIb	C	

^aCirugía de emergencia: cirugía que se lleva a cabo en las primeras 24 h; cirugía urgente: la que se lleva a cabo en pocos días; cirugía electiva: la que se lleva a cabo después de menos 1-2 semanas de tratamiento antibiótico.

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

RIESGO QUIRÚRGICO

Cir Cardiov. 2020;27(3):93-99

Original

Estimación de la mortalidad quirúrgica de la endocarditis infecciosa:
comparación de las diferentes escalas específicas de cálculo de riesgo[☆]

Laura Varela ^{a,*}, Laura Vidal ^a, Borja M. Fernández-Felix ^b, Guillermo Ventosa ^a, Enrique Navas ^c,
Irene Hidalgo ^a, Jorge Rodríguez-Roda ^d, José I. Sáez de Ibarra ^a y José López-Menéndez ^d

Euroscore Log	20.8 %
Euroscore II	7.3%
Aportei	>40%
Palsuse	3 pts (30%)
Risk –E-Score	3pts (40%)

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

RIESGO NEUROLÓGICO

Manejo de las complicaciones neurológicas de la endocarditis infecciosa

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	Ref ^c
Se recomienda cirugía cardíaca sin demora, cuando esté indicada, después de una embolia silente o un accidente isquémico transitorio	I	B	105,263
Se recomienda neurocirugía o tratamiento endovascular para aneurismas infecciosos intracraneales muy grandes, que estén aumentando de tamaño o se hayan roto	I	C	
En general, se debe posponer la cirugía al menos 1 mes tras una hemorragia intracraneal	IIa	B	264-266
Después de un accidente cerebrovascular, se debe considerar sin demora la cirugía indicada para IC, infección incontrolada, absceso o riesgo embólico persistentemente elevado siempre que no haya coma y se haya excluido la presencia de hemorragia cerebral por TC craneal o RM	IIa	B	9,263
Se debe buscar la presencia de aneurismas infecciosos intracraneales en pacientes con EI y síntomas neurológicos. Se debe considerar la angiografía por TC o RM para el diagnóstico. Si las técnicas no invasivas son negativas y permanece la sospecha de aneurisma intracraneal, se debe considerar una angiografía convencional	IIa	B	267,268



AH
Institution: Hospital Son Espases Urgencias
TC cerebro sin/con contraste
Study Date: 08-Aug-2016
Study Time: 18:32:48

2.5/5 mm std
Se: 3 , Im: 21/36



Tc craneal 08/08/16

- Múltiples imágenes sugestivas de abscesos cerebrales de predominio izquierdo



CASO CLÍNICO INTERACTIVO

1.- TRATAMIENTO

-  SEGUIMOS CON ANTIBIÓTICOS
-  ANTIBIÓTICO Y CIRUGÍA EMERGENTE
-  ANTIBIÓTICO Y CIRUGÍA URGENTE
-  ANTIBIÓTICO Y CIRUGÍA ELECTIVA



ANTIBIÓTICO Y CIRUGÍA URGENTE

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

QX 09/08/16



CASO CLÍNICO INTERACTIVO

1.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

-  PRÓTESIS MITRAL MECÁNICA
-  PRÓTESIS MITRAL BIOLÓGICA
-  REPARACIÓN MITRAL COMPLEJA
-  ANTIBIÓTICO....

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

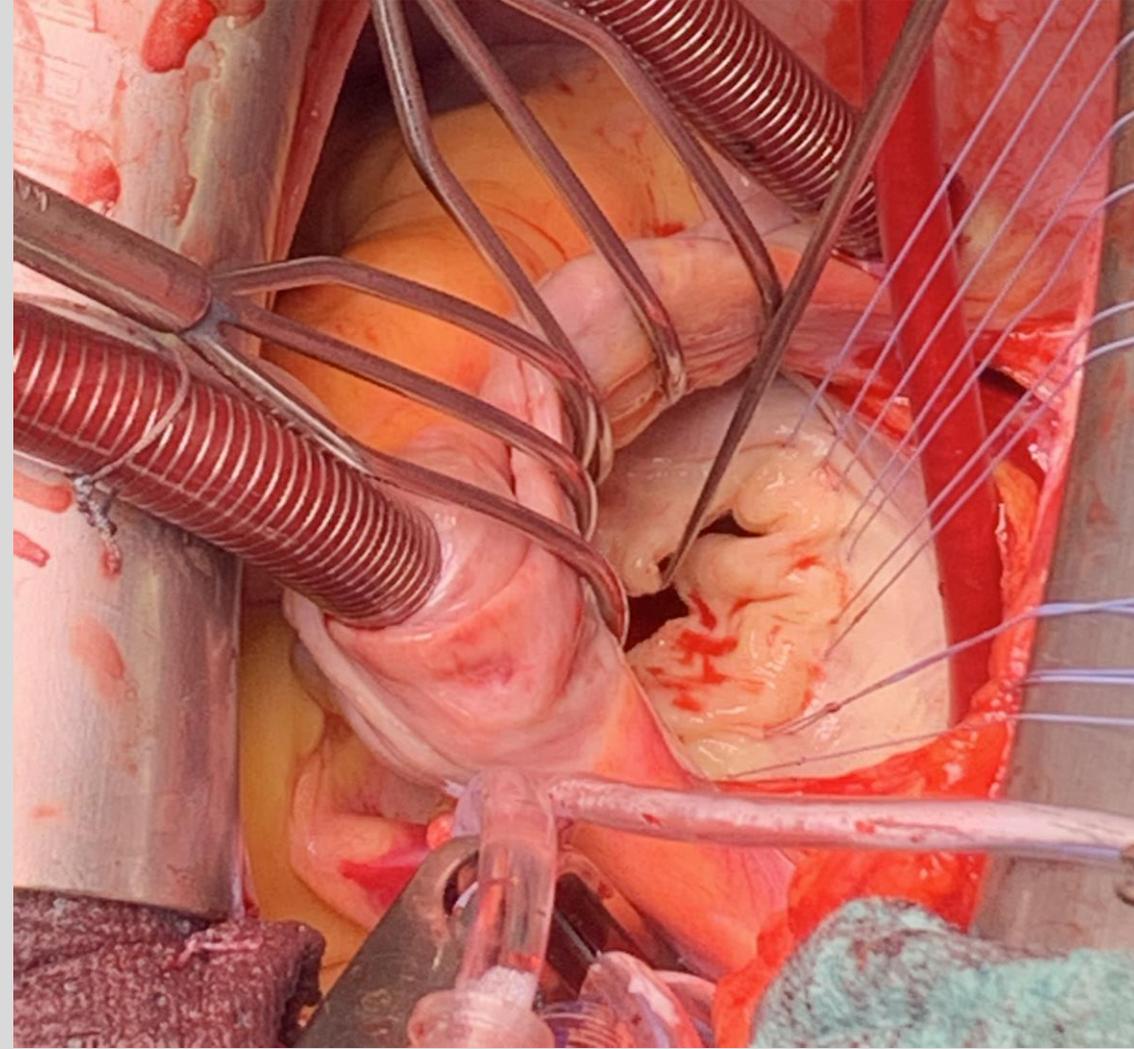
Los dos objetivos principales de la cirugía son la eliminación completa de los tejidos infectados y la reconstrucción de la morfología cardíaca, incluida la reparación o sustitución de las válvulas afectadas.

Cuando la infección se encuentra confinada a las cúspides valvulares o las valvas, se puede utilizar cualquier método de reparación o sustitución valvular. Sin embargo, es preferible la reparación valvular siempre que sea posible, sobre todo si la EI afecta a las válvulas mitral o tricúspideas sin destrucción significativa³⁰². Las perforaciones en una única cúspide valvular o valva pueden repararse con un parche autólogo tratado con glutaraldehído o con un parche de pericardio bovino sin tratar. Las cuerdas rotas únicas o múltiples pueden sustituirse por cuerdas nuevas de politetrafluoroetileno.

La destrucción mayor de una valva única o la presencia de un absceso no son necesariamente contraindicaciones para la reparación valvular³⁰². En estos casos, es fundamental la evaluación intraoperatoria de la valva después del desbridamiento para valorar si el tejido restante tiene calidad suficiente para lograr una reparación duradera. La necesidad de un parche para conseguir una válvula competente, ya sea pericárdico, por autoinjerto tricúspideo o parche mitral volteado, no se ha asociado a peores resultados en cuanto a recurrencia de la EI o insuficiencia mitral si se realiza por cirujanos experimentados³⁰³.

En casos más complejos con infección localmente incontrolada, la extirpación total del tejido infectado o necrótico debe ir seguida de la sustitución valvular y la reparación de los defectos asociados para asegurar la fijación valvular³⁰⁴.

Las prótesis mecánicas y biológicas tienen similar mortalidad operatoria³⁰⁵. Por lo tanto, el Grupo de Trabajo no se inclina por ningún tipo específico de sustitución valvular, sino que recomienda una estrategia individualizada adaptada a cada paciente y cada situación clínica. Se debe reducir al mínimo el uso de material extraño. Los abscesos pequeños pueden cerrarse directamente, pero las cavidades grandes deben drenarse hacia el pericardio o la circulación.





Mitral valve repair in infective endocarditis is not inferior to valve replacement: results from a Spanish nationwide prospective registry

Gregorio P. Cuerpo^{1,10} · M. Valerio² · A. Pedraz¹ · H. Rodríguez-Abella¹ · Carlos A. Mestres³ · Eduardo Quintana Obrador⁴ · Antonio González-Calle⁵ · Regino Rodríguez Álvarez⁶ · Patricia Muñoz García^{2,7,8,9} · Emilio Bouza^{2,7,8,9} · The GAMEs Study Group

Results Data from 27 hospitals were recorded and 3524 cases of active IE identified between 2008 and 2016. There were 1513 cases of mitral IE, of which 898 involved native valves. Of these, 437 patients underwent surgical treatment, and 369 completed the 1-year follow-up. The valve was repaired in 68 cases (18.4%). Preoperative groups were comparable (EuroSCORE MVR 7.7 vs MVR 8.0; $p=ns$). Mortality in the repair group was inferior to that in the replacement group (16.2% vs 27.2%, $p=0.058$). At 1 year, mortality remained higher in the replacement group: 3.7% vs 2.9%. Relapse of the infection was slightly more frequent in the repair group (7.1% vs 3.7%; $p=ns$), although this did not lead to higher rates of reintervention (MVR/MVR: 2.9% vs 4.9%).

Cirugía Cardiovascular xxx (xxxx) xxx-xxx

Artículo especial

Histórico de reparación mitral en un centro de referencia autonómico español

Delfina Fletcher-Sanfeliu*, Daniel Padrol, Laura Vidal, Fernando Enríquez, Ruben Tarrío, Guillermo Ventosa-Fernández, Irene Hidalgo, Ramón L. Barril, J. Oriol Bonnin y José I. Sáez de Ibarra

Tabla 4
Mortalidad esperada, real y tasa de complicaciones mayores según etiología mitral

Etiología	EuroSCORE Log	EuroSCORE II	Mortalidad (N, %)	MACCE (N, %)	Total
Congénita	3,92%	2,06%	0 (0%)	1 (1,1%)	9
Degenerativa	5,57%	3,03%	5 (1,3%)	20 (5%)	397
Endocarditis	16,74%	9,47%	4 (9,1%)	5 (11,4%)	44
Funcional no isquémica	8,95%	5,89%	3 (2%)	11 (7,5%)	147
Isquémica	11,19%	8,14%	7 (3%)	17 (7,2%)	236
Reumática	4,49%	3,27%	0 (0%)	1 (2,2%)	46
Otra	8,44%	5,44%	1 (1,8%)	4 (7,3%)	55

MACCE: major adverse cardiac and cerebral events.

Tabla 3

Tasa de reparación mitral global y tasa de reparaciones mitrales complejas por etiologías

Etiología IM	Reparación global	Reparación compleja	Total IM
Congénita	75%	50%	12
Degenerativa	97,5%	52,30%	407
Endocarditis	47,1%	100%	87
Funcional no isquémica	97,9%	44,4%	149
Isquémica	96,3%	58,5%	245
Reumática	11,9%	100%	386
Otra	40,6%	37,5%	69

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

REPARACIÓN VERSUS SUSTITUCIÓN VALVULAR MITRAL EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA AGUDA.
Experiencia en nuestro centro.

Dra Laura Vidal Servicio de Cirugía Cardíaca HUSE



CONCLUSIONES

La reparación valvular mitral presentó una tendencia a:

- **Aumento** de la **supervivencia** a largo plazo.
- **Reducción** de la **tasa de reinfección**
- **Reducción** de la **tasa de reintervención**.
- **Sin** asociarse a **mayor complicaciones** perioperatorias
- La **afectación neurológica** y el **riesgo de sangrado** puede encaminar la elección de la técnica quirúrgica.



CASO CLÍNICO INTERACTIVO

1.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

-  PRÓTESIS MITRAL MECÁNICA
-  PRÓTESIS MITRAL BIOLÓGICA
-  REPARACIÓN MITRAL COMPLEJA
-  ANTIBIÓTICO....

REPARACIÓN MITRAL COMPLEJA

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

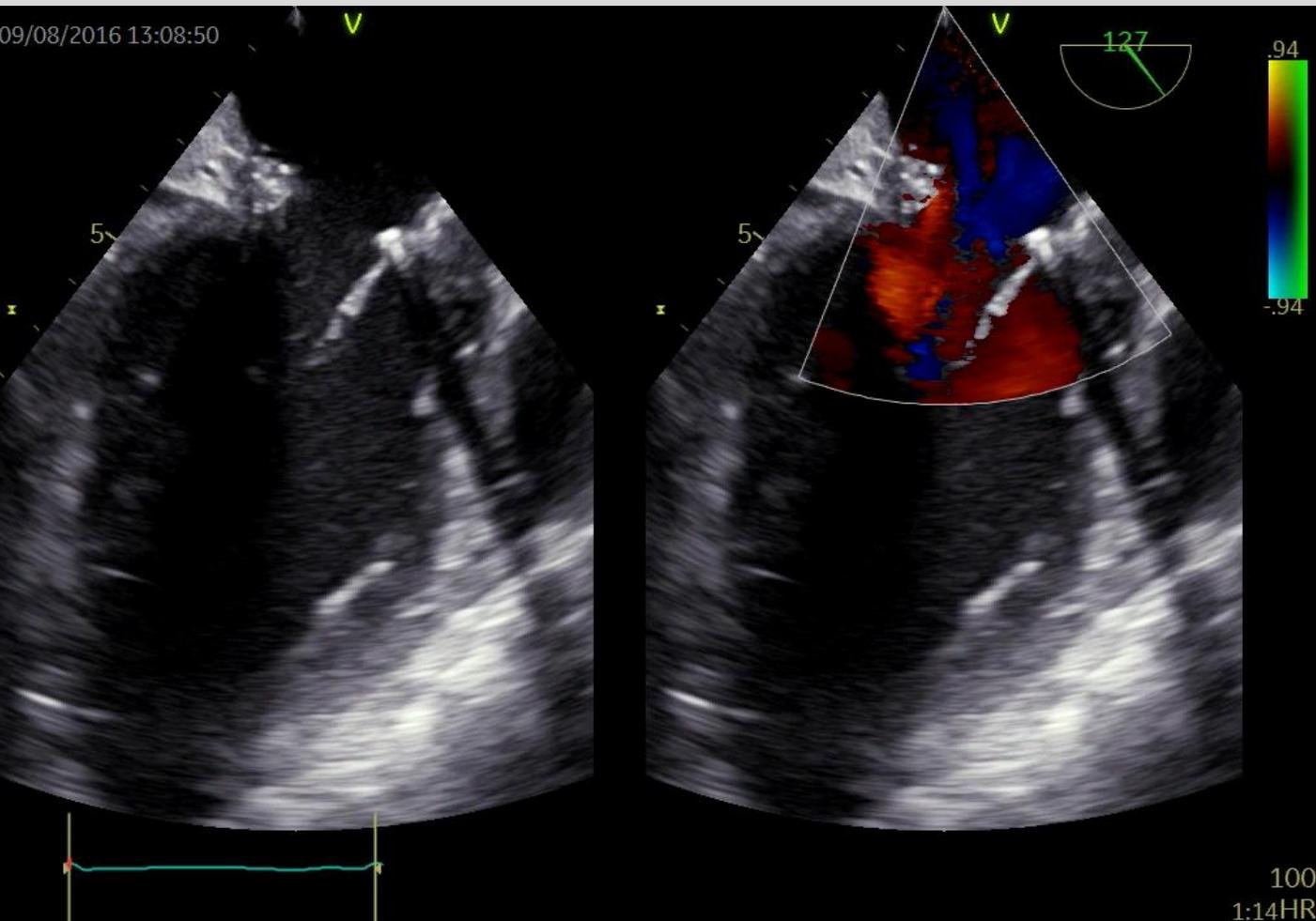
QX 09/08/16

- Reparación mitral compleja
- Desbridamiento de tejido
- Parche en velo posterior
- Anuloplastia mitral



CASO CLÍNICO INTERACTIVO

ETE POSTOP

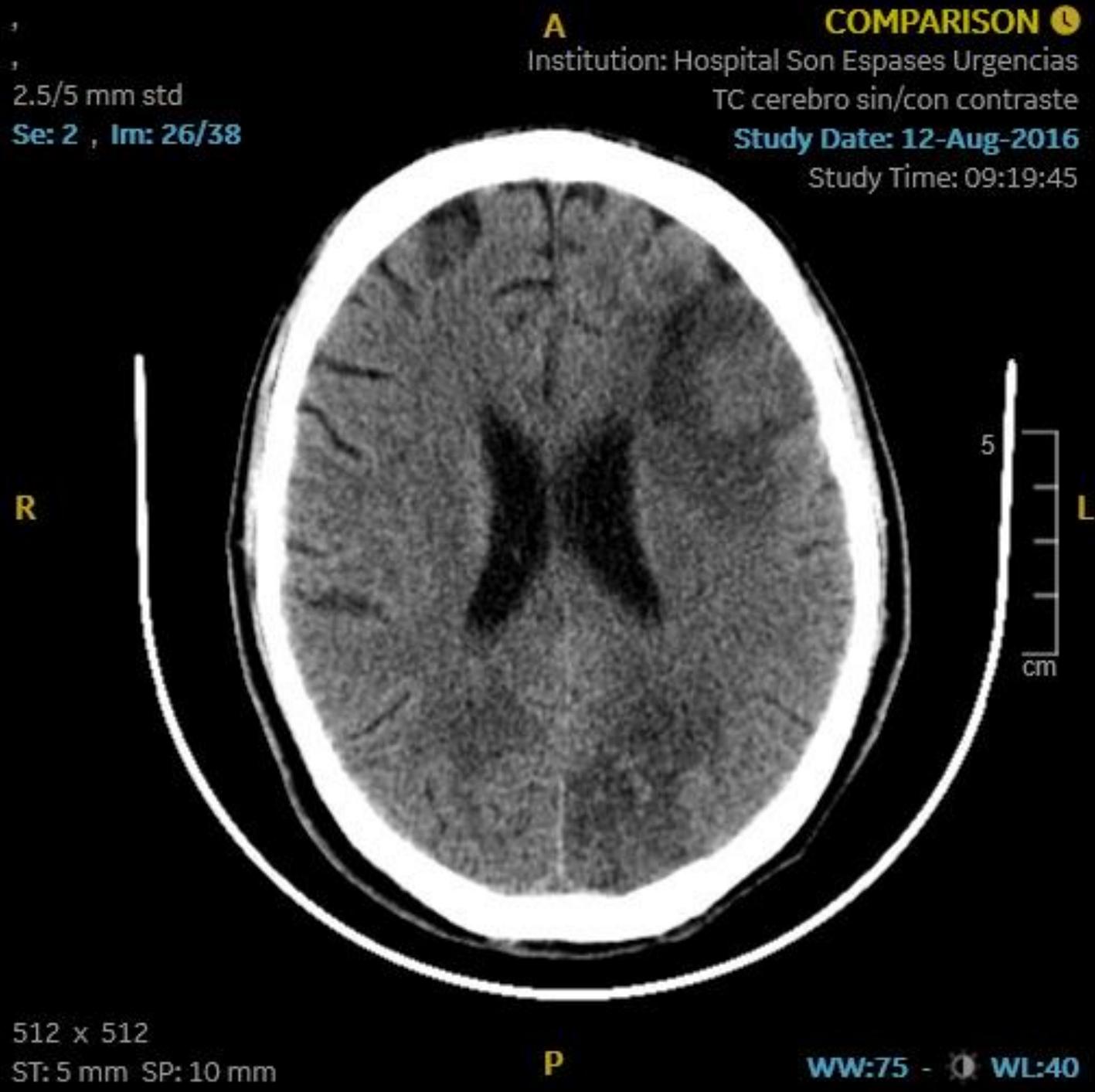


- NA primeros días
 - Extubación retrasada por NAVM
 - Traqueostomía 12/08/16
 - Desconexión VM 25/08/16
 - Función renal máx. postop 1.3 mg/dl.
 - HC 04/8/16 y cultivo intraop neg. CLOXA+DAPTO
-
- RHB
- Leve hemiparesia D
Crural 4/5
Braquial 5-/5

CASO CLÍNICO INTERACTIVO

- TC CRANEAL 12/08/16
Mejoría radiológica de los abscesos cerebrales respecto TC previo.

- TC CRANEAL 02/09/16
Persisten abscesos con discreta disminución.



CASO CLÍNICO INTERACTIVO

03/09/16

Deterioro del nivel de consciencia

GCS 7

IOT+VM

