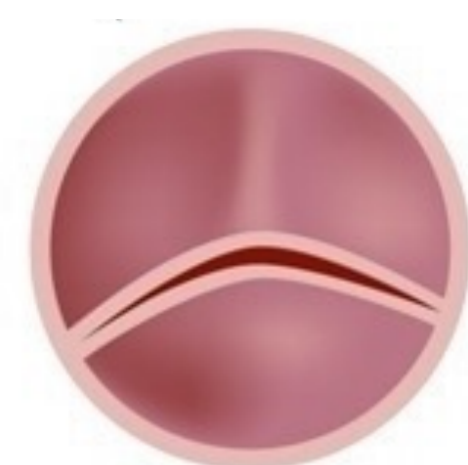


## Endocarditis infecciosa valvular aórtica aislada: ¿Existen diferencias entre anatomía bicúspide y tricúspide?

**Autores:** Laura Varela Barca<sup>1</sup>, Lara de Miguel García<sup>2</sup>, Carlos Rodríguez López<sup>2</sup>, Andrea Kallmeyer Mayor<sup>2</sup>, Ángeles Mysun Heredero Jung<sup>1</sup>, María Pilar Calderón Romero<sup>1</sup>, Rafael Isidro Hernández Estefanía<sup>1</sup>, Alicia Donado Miñambres<sup>1</sup>, Gonzalo Aldamiz Echevarría Del Castillo<sup>1</sup>, José Tuñón Fernández<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía cardiovascular. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid).

### Justificación:

Válvula aórtica bicúspide (VAB)



- Variante morfológica cardíaca congénita más frecuente.
- Mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares asociadas.
- Pacientes con VAB → población de riesgo de endocarditis infecciosa (EI) que asocia alta morbilidad y mortalidad.

Las guías no recomiendan el uso generalizado de profilaxis antibiótica en VAB.

### Objetivos:

Analizar los casos de EI aórtica en nuestro centro en función de la anatomía valvular para ver si hay diferencias en VAB respecto a válvula aórtica tricúspide (VAT).

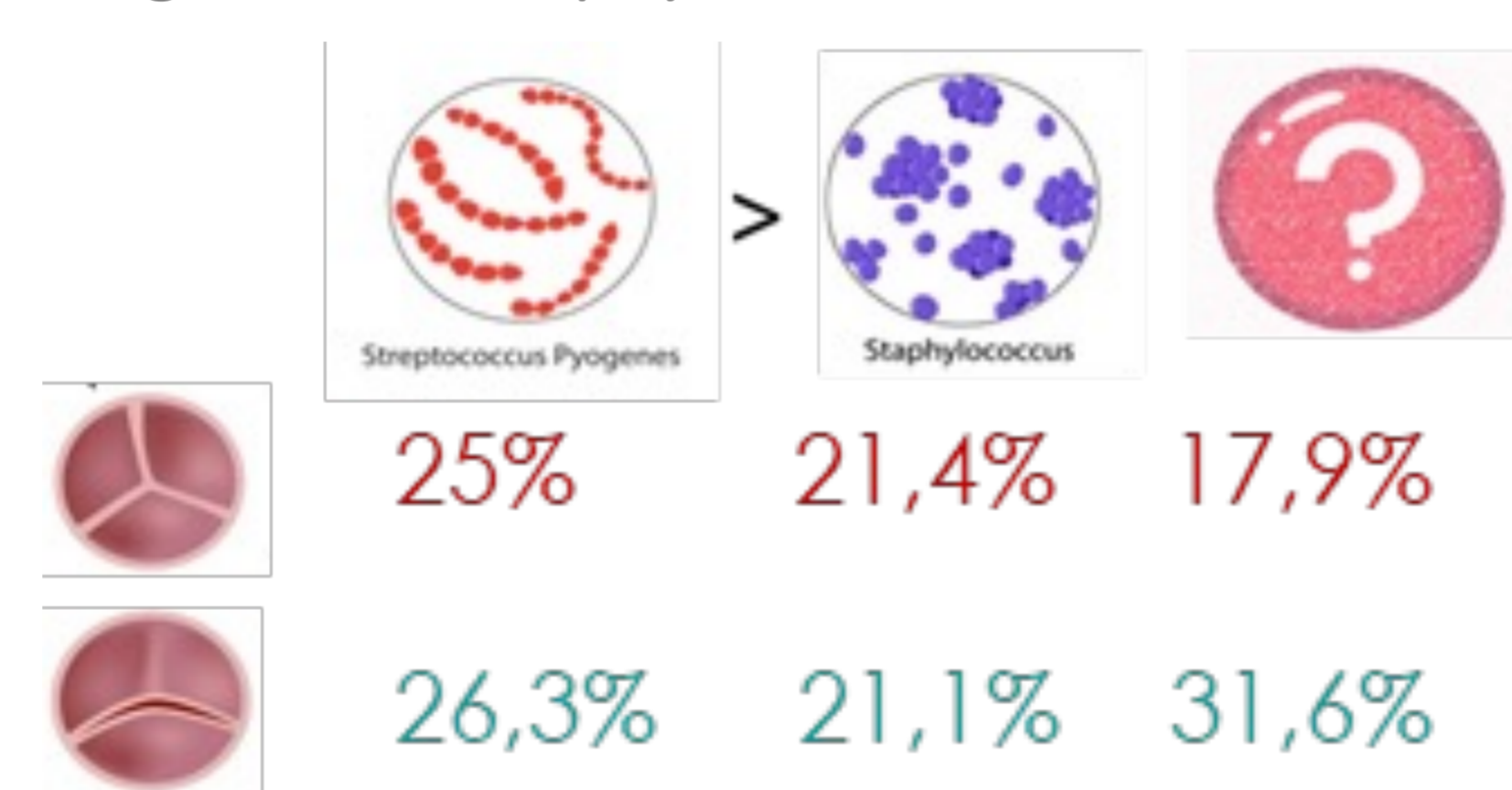
### Resultados:

1. No hubo diferencias significativas en las características basales de los pacientes (Tabla 1).

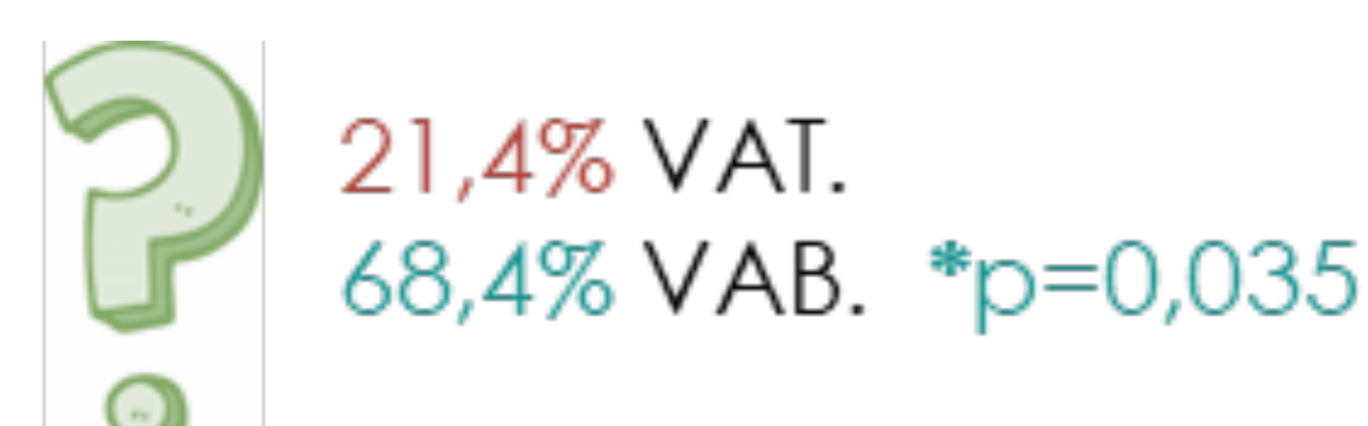
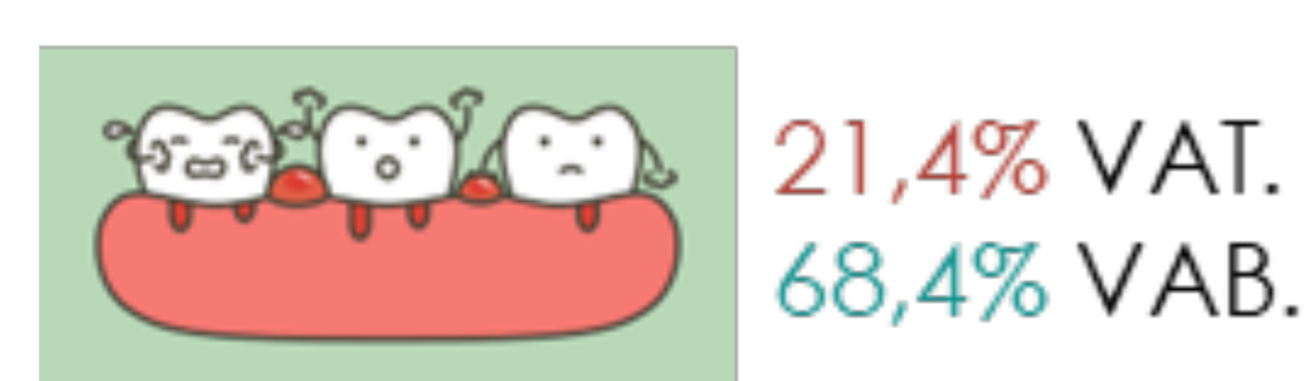
Tampoco en cuanto a la edad de desarrollo de EI en función de morfología valvular pese a que en otros estudios EI sobre VAB aparecía en edades más tempranas.

2. El antecedente de prótesis valvular, es más frecuente en EI sobre VAB, coherente con el mayor riesgo de disfunción valvular y necesidad de intervención en VAB.

3. Los gérmenes más frecuentes fueron *Streptococcus* seguido de *Staphylococcus*, con menor identificación del agente causal en el caso de EI sobre VAB.

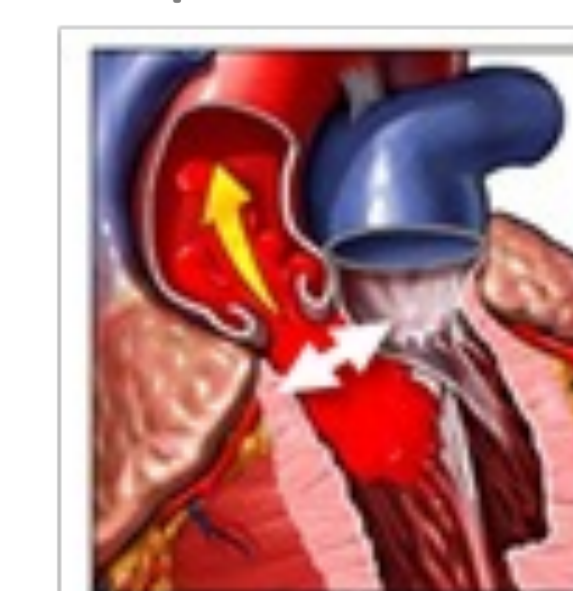
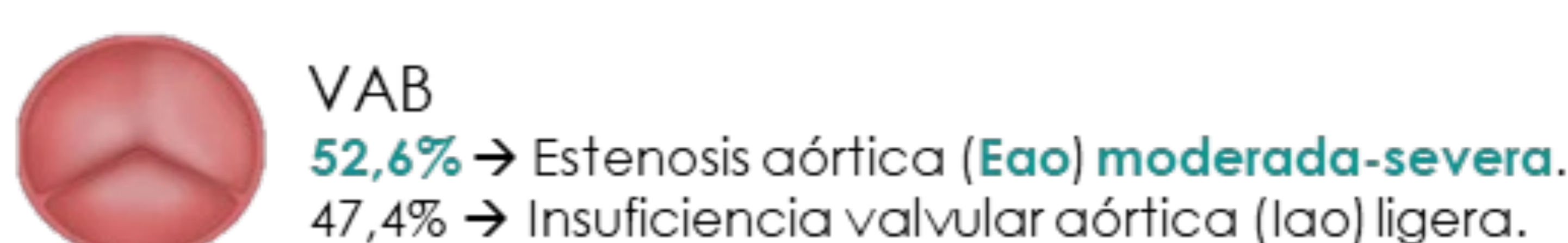
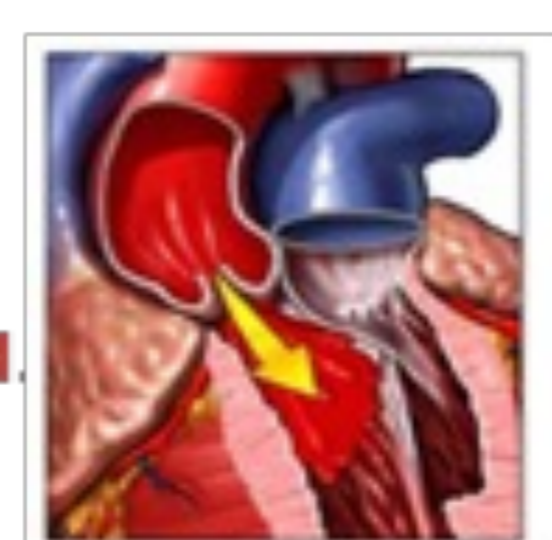
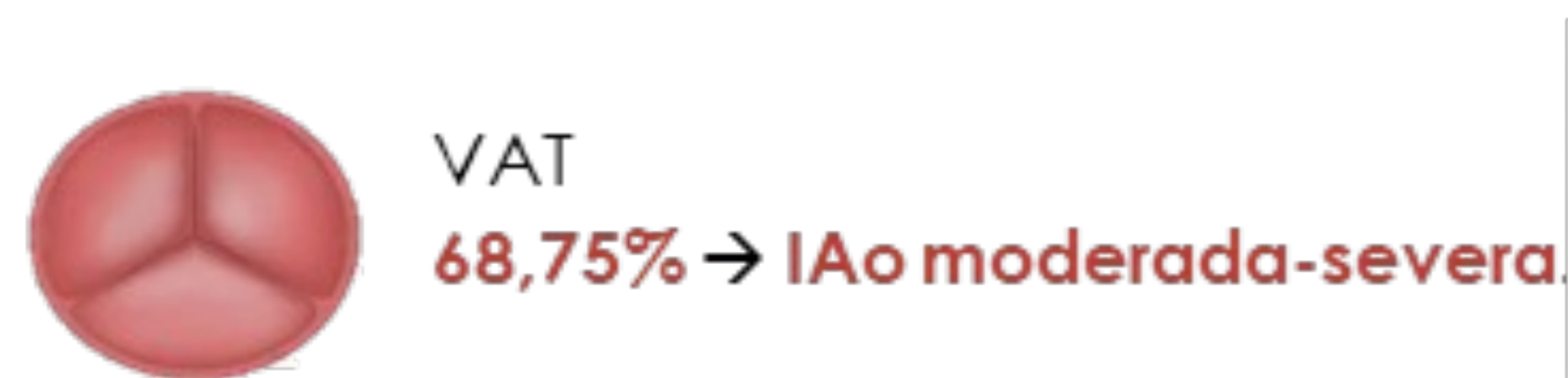


4. El foco odontológico es el principal origen de infección. No obstante, el origen desconocido es común, siendo más frecuente en VAB.



Existen dudas acerca de si esta población se beneficiaría de profilaxis antibiótica de EI y en ese caso, habría que definir ante qué tipo de procedimiento estaría recomendada.

5. La presentación clínica parece diferente siendo más frecuente la insuficiencia en VAT y estenosis en VAB. No se han identificado diferencias en las complicaciones de la EI.



### Conclusiones:

Los pacientes con VAB parecen tener un riesgo significativo de EI, mayor que los pacientes con VAT. Se requieren más estudios prospectivos con adecuado tamaño muestral para estimar con mayor precisión la incidencia de EI, el riesgo relativo y el beneficio potencial de la profilaxis antibiótica en este grupo de pacientes.