

Resultados de la cirugía cardíaca en los pacientes con endocarditis infecciosa de alto riesgo: utilidad de los scores pronósticos



J.A. Giner-Caro*, M.J. del Amor-Espín,
M. Viqueira-González, R. Gutierrez-Cívicos,
A. Ortín-Freire, R. Jiménez-Sánchez,
A. Jimeno-Almazán, B. Alcaraz-Vidal,
N. Cobos-Trigueros, R. Rojano-Torres

Hospital General Universitario Santa Lucía,
Cartagena, Murcia, España
Correo electrónico: gincajo@gmail.com
(J.A. Giner-Caro).

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) presenta una tasa de mortalidad hospitalaria que varía del 15 al 30% en las diversas series. La identificación rápida de los pacientes (p) con mayor riesgo de muerte podría permitir cambiar el curso de la enfermedad y mejorar el pronóstico.

Objetivo: Analizar la utilidad de diversos scores clínicos (ver método) en identificar p de alto riesgo, así como los resultados de la cirugía en estos p.

Método: Incluimos todos los casos de p hospitalizados por EI confirmada entre mayo de 2009 y febrero de 2017, siempre que dispusiéramos de todos los datos clínicos pertinentes. Evaluamos el grado de comorbilidad utilizando el índice de Charlson (iCh) ajustado por edad y el riesgo quirúrgico evaluado mediante un score genérico, el EuroScore II, y otro específico de EI, el score de De Feo. También atendimos a la presencia de predictores de mal resultado clínico tal y como se especifican en las guías de endocarditis de la ESC de 2015 (en su tabla 15).

Resultados: Obtuvimos un total de 52 p, edad media 71 ± 11 años, 62% mujeres; la tasa de mortalidad hospitalaria global fue del 23%. No hubo diferencias significativas entre los p fallecidos en el hospital y los que sobrevivieron en cuanto a su grado de comorbilidad, con una mediana de iCh de 5,75 (4,5-6,6) vs. 4,85 (3-6,7). En cambio, un riesgo quirúrgico más elevado sí se asoció a una mayor incidencia del desenlace fatal, con una puntuación del EuroScore II del 15% (9-28%) y del score de De Feo de 21 (18-27) en los fallecidos respecto al 4,3% (2,2-6,9%) y 15 (9-19) en los supervivientes. El número de predictores de mal resultado clínico fue también significativamente mayor en los fallecidos, mediana de 6 (5-8), respecto a los no fallecidos, mediana de 4 (3-6). Analizando cada uno de los predictores por separado, solo se asociaron por sí mismos con la mortalidad hospitalaria el shock séptico (ocurrió en 6/12 fallecidos [50%], vs 6/40 [15%], $p=0,012$) y la presencia de complicaciones perianulares (presentes en 5/12 [42%], respecto a 6/40 supervivientes [15%], $p=0,047$). Entre los p con indicación quirúrgica clara, un EuroScore II $\geq 15\%$ se asoció con una altísima mortalidad tanto entre los operados (67%) como entre los no operados (57%). De igual modo, la cirugía tampoco mejoró el pronóstico de aquellos con 6 o más predictores de mal resultado clínico, con una mortalidad del 67% entre los operados y del 62% en los no operados.

Conclusiones: Los scores de riesgo quirúrgico y la presencia de predictores de mal resultado clínico podrían ayudar a identificar a los p de mayor riesgo y peor pronóstico, lo que permitiría seleccionar aquellos candidatos a una cirugía urgente/emergente. Sin embargo, en nuestra serie la cirugía no modificó el pronóstico tan desfavorable en estos p de muy alto riesgo.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.024>

Papel de la ecocardiografía en predecir el desarrollo de complicaciones específicas y el pronóstico en los pacientes con endocarditis infecciosa



J.A. Giner-Caro*, A. Ortín-Freire,
R. Jiménez-Sánchez, A. Jimeno-Almazán,
B. Alcaraz-Vidal, N. Cobos-Trigueros,
R. Rojano-Torres, M.J. del Amor-Espín,
M. Viqueira-González, R. Gutierrez-Cívicos

Hospital General Universitario Santa Lucía,
Cartagena, Murcia, España
Correo electrónico: gincajo@gmail.com
(J.A. Giner-Caro).

Justificación: Las técnicas de imagen, en especial la ecocardiografía transesofágica (ETE), juegan un papel primordial en el diagnóstico y manejo de la endocarditis infecciosa (EI).

Objetivo: Analizar la utilidad del ETE en predecir el desarrollo de complicaciones específicas de la EI y el pronóstico de los pacientes (p).

Método: Incluimos todos los casos de p hospitalizados por EI confirmada entre mayo de 2009 y febrero de 2017. Un observador experimentado y «ciego» para los resultados clínicos evaluó retrospectivamente las imágenes del ETE, evaluando la presencia, tamaño y movilidad de las vegetaciones, presencia de insuficiencia valvular izquierda grave (IVIG) y de complicaciones perianulares (PCA). Posteriormente, los datos ecográficos se correlacionaron con la evolución clínica.

Resultados: Obtuvimos un total de 52 p, en los que se realizó un ETE en el 81% de los p (en un 95% previa realización de un ecocardiograma transtorácico [ETT]). La rentabilidad del ETT y del ETE para el diagnóstico de EI fue del 65 y del 90%; la rentabilidad del ETT aumentó hasta el 80% con vegetaciones de al menos 1 cm ($V \geq 1$ cm) frente al 33% con $V < 1$ cm, $p=0,040$. La mediana del tamaño de las vegetaciones fue de 14 mm (7-20 mm) y un mayor tamaño se asoció con la infección por *S. aureus* (en el 90% de los casos cursó con $V \geq 1$ cm). Las $V \geq 1$ cm se asociaron a una mayor incidencia de insuficiencia cardíaca (IC): 83% vs 46% ($p=0,018$), así como a una tendencia a mayor tasa de embolismo cerebral y de shock séptico (29% en $V \geq 1$ cm vs 8% en $V < 1$ cm, en ambos casos sin significación estadística). Respecto a la movilidad de las mismas, el 46% se definieron como muy móviles (pendulantes o al menos ángulo de movimiento $> 90^\circ$) y esto se asoció a una mayor incidencia de embolismo cerebral (37,5% vs 5% del resto, $p=0,018$). La presencia de IVIG se detectó en 28/52 p (54%), en 15 p en forma de IVIG aórtica, en 10 p como IVIG mitral y en los 3 restantes, insuficiencia de ambas válvulas. La IVIG solo se asoció significativamente a una mayor incidencia de insuficiencia cardíaca (82% vs 46%, $p=0,006$). Por último, la presencia de CPA se observó en 11 de los 52 p (21%), siendo la más frecuente el absceso paravalvular (8/11 p). Las CPA no se asociaron significativamente con la ocurrencia de ninguna complicación clínica específica pero sí con la mortalidad hospitalaria (46% si CPA vs 17%, $p=0,047$).

Conclusiones: En nuestro medio, la rentabilidad diagnóstica del ETT fue adecuada y el ETE resultó ser una herramienta muy útil para predecir complicaciones específicas como la IC o los embolismos cerebrales, e incluso la mortalidad hospitalaria en el caso de las complicaciones perianulares.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.025>



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es