Prevalencia de valvulopatías y otros factores predisponentes en nuestra serie de endocarditis infecciosa

M.L. Fernández-Gassó, J.A. Giner-Caro*, M.J. del Amor-Espín, B. Alcaraz-Vidal, J.J. Martínez-Díaz, R. Rojano-Torres, R.M. Soto Ruíz, M. Melero Nicolás, I.A. García-Escribano García, S. Wasniewski

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

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) es una patología que se presenta con una elevada morbimortalidad que con frecuencia se presenta en sujetos con afectación valvular significativa y en aquellos portadores de dispositivos endocavitarios, precisando de un manejo multidisciplinar precoz.

Objetivo: Analizamos los pacientes (p) con EI en nuestra área, centrándonos en los factores predisponentes para su desarrollo y estableciendo su relación con el pronóstico.

Método: Incluimos todos los casos de p hospitalizados de mayo de 2009 a febrero de 2017 por EI confirmada a partir del diagnóstico microbiológico, siempre que dispusiéramos de todos los datos clínicos pertinentes (especialmente, ocurrencia de la misma y evolución hospitalaria).

Resultados: Obtuvimos un total de 52 p, edad media 71 ± 11 años, 62% mujeres y con alta comorbilidad (Charlson ajustado por edad de 5 [3-7]). El 34,6% de los p presentaban como factor predisponente afectación aórtica con estenosis al menos moderada, el 9,6% insuficiencia y 3,8% doble lesión aórtica. La valvulopatía mitral se presentó en menor medida: un 15,4% con insuficiencia mitral, un 5,8% con estenosis y un 5,8% con doble lesión mitral. La mayor parte de las valvulopatías eran debidas a cambios degenerativos (59,6%). El 19,2% no presentaban valvulopatías significativas predisponentes, en el 13,5% la causa era reumática y en el 7,7%, congénita (presentado el 100% afectación valvular aórtica con predominio de la estenosis aórtica). Tan solo un p tuvo como factor predisponente la presencia de catéter intracavitario. La EI sobre cable de marcapasos se dio en el 9,6% de los p y sobre válvula protésica en el 21% (11,5% biológica y 9,6% mecánica). Los gérmenes más frecuentemente implicados fueron *S. aureus* (15 p [29%]), *E. faecalis* y otros enterococos (12 p [23%]), *S. epidermis* (7 p [13%]) y estreptococos del grupo *viridans* (7 p [13%]), que difieren un poco de los resultados del registro ICE-PLUS (en el que el germen más frecuentemente aislado fue el enterococo). La tasa de mortalidad hospitalaria global fue de 12/52 p (23%) y la mortalidad global en el seguimiento, de 25/52 p (48,1%).

Conclusiones: En nuestra serie, la valvulopatía predisponente mayoritaria fue la afectación valvular aórtica degenerativa. Pese a los continuos avances en el tratamiento médico y quirúrgico de esta enfermedad, la mortalidad de la EI se mantiene estable, con una tasa de mortalidad hospitalaria del 23% y global del 48,1% en nuestra serie, lo que remarca la necesidad de formación de grupos multidisciplinarios con experiencia en el manejo médico y quirúrgico de esta enfermedad.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.028

Endocarditis por *Coxiella burnetti*: segundo caso en 6 años

M.J. del Amor Espín[a], J.A. Giner Caro[b], B. Alcaraz Vidal[c,*], R. Jiménez Sánchez[d], M. Viqueira González[a], N. Cobos Trigueros[c], A. Ortín Freire[d], A. Jimeno Almazán[c], R. Gutiérrez Cívicos[e], R. Rojano Torres[c]

[a] *Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España*
[b] *Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España*
[c] *Servicio de Medicina Interna-Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España*
[d] *Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España*
[e] *Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España*
Correo electrónico: menfaes@hotmail.com (B. Alcaraz Vidal).

Justificación: La infección crónica por *Coxiella burnetti* se presenta en el 1-5% de los casos y es, por tanto, una patología poco frecuente que no suele tenerse en consideración, pudiendo retrasar un diagnóstico de fiebre Q crónica de 12 a 24 meses. La manifestación clínica más frecuente es la endocarditis, que se diagnostica casi exclusivamente en pacientes con una afectación valvular previa, en pacientes trasplantados y en pacientes inmunodeprimidos.

Objetivo: Notificar un segundo caso de endocarditis por *Coxiella* en nuestro hospital al cabo de 6 años.

Material y métodos: Descripción de caso clínico, atendiendo a datos clínicos, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 50 años que refiere disnea de mínimos esfuerzos de un mes de evolución sin edemas en MMII. En urgencias se descartó TEP como causa de la disnea y en la TAC se evidenció cardiomegalia y aneurisma de aorta ascendente de 5 cm, por lo que se procedió a su ingreso en cardiología. En ningún momento presentó fiebre. Entre los antecedentes personales destacan factores de riesgo cardiovascular, hipertenso y exfumador desde hace 7 años, y una cardiopatía previa, soplo de valvulopatía aórtica conocido desde hace un par de años. Como exploraciones complemenntarias se realizó ECG y ecocardiograma, presentando el ECG ritmo sinusal, con crecimiento de cavidades izquierdas y alteraciones secundarias en la repolarización, mientras que el ecocardiograma mostró insuficiencia aórtica subaguda severa (FEVI 30%) e insuficiencia cardiaca secundaria a endocarditis con rotura de velo aórtico. Ante estos hallazgos se sospechó de probable endocarditis infecciosa (un criterio mayor y un criterio menor) sobre válvula nativa aórtica, procediendo al protocolo de estudio de endocarditis infecciosas. Tras el resultado negativo de los hemocultivos se realizó el estudio serológico de los diferentes patógenos implicados, resultando positiva la serología para C. *burnetti*. Por el método IFI se procedió a la titulación de fases de *Coxiella* (fase I y fase II), obteniendo titulaciones significativas en todas las inmunoglobulinas de fase I o crónica (IgG 1/3.200; IgA 1/800 e IgM 1/200). Tras estos resultados se inició tratamiento prolongado con doxiciclina y levofloxacino, y el paciente fue programado para sustitución valvular aórtica. Finalmente el paciente, tras la sustitución valvular, permanece estable con adecuada evolución.

Conclusiones: La endocarditis por fiebre Q es una entidad importante a considerar que se asocia a un alto índice de complicaciones severas que requieren intervención quirúrgica de sustitución valvular en las tres cuartas partes de los afectados. El diagnóstico de fiebre Q crónica debe considerarse en todos los pacientes con endocarditis y hemocultivo negativo, afectación val-

vular cardiaca, aneurisma aórtico, fiebre (aunque esta puede estar ausente) o fiebre prolongada y alteraciones neurológicas.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.029

Experiencia en nuestro centro de endocarditis infecciosa aguda en pacientes cirróticos

P. Salvá[a,*], L. Vidal[b], M.A. Ribas[a], J.I. Sáez de Ibarra[b], P. Pericas[c], D. Padrol[b], O. Caldés[c], E. Ruiz de Gopegui[d], J.P. Martin[e], M. Riera[a]

[a] *Sercicio de Medicina interna, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España*
[b] *Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España*
[c] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España*
[d] *Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España*
[e] *Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España*
Correo electrónico: salvadagosto@gmail.com (P. Salvá).

Justificación: La endocarditis infecciosa aguda (EIA) en pacientes cirróticos presenta un reto terapéutico por la elevada frecuencia de complicaciones, los riesgos de una intervención quirúrgica cuando está indicada y la mortalidad. Revisamos de forma retrospectiva los casos de endocarditis en pacientes cirróticos de nuestro centro.

Objetivo: Describir los rasgos epidemiológicos, microbiológicos, clínicos y complicaciones asociadas a las EIA en paciente cirróticos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye adultos mayores de 18 años que ingresaron por EIA y con antecedente de cirrosis en el Hospital Universitario de Son Espases entre enero de 2005 y junio de 2017. Se incluyeron pacientes a partir de datos de codificación del hospital, cruzando cirrosis y EIA. No ha sido posible disponer de los datos de enero a junio de 2016.

Resultados: Fueron incluidos 26 pacientes (p) que cumplían las características previas, 22 eran hombres (84,7%), con una media de edad de 49,7 años (DE 13,84). Los factores de riesgo cardiovascular fueron poco frecuentes: 15,3% hipertensión, 8% dislipemia y 8% diabetes. El 4% eran broncopatía crónica y el 11,5%, enfermedad renal crónica. Diez p (38,5%) eran adictos a drogas por vía parenteral, 6 en el periodo 2005-2010 y 3 en el período 2011-2017. El grado de cirrosis fue: 12 p (46,1%) tenían Child A, 6 p (23%) Child B y 2 p (8%) Child C (en 4 p no se pudo calcular por falta de datos). La válvula afectada con más frecuencia fue la aórtica, en 10 p (76,9%), seguida de la tricúspide en 7 p (26,9%) y la mitral en 5 p (19,2%), en clara relación con el tipo de paciente. El microorganismo más frecuentemente aislado fue el *S. aureus* (50%), seguido del estreptococo (7,8%), enterococo (2,6%), estreptococo coagulasa negativo (2,6%), hongos (2,6%) y otros (11,5%). Se intervinieron quirúrgicamente 3 p (11,5%): 2 por insuficiencia cardíaca izquierda aguda y uno por embolias, con el 100% de supervivencia.

Presentaron complicaciones 16 p (61,5%), de las cuales el 37,5% fueron cardíacas, el 18,8% hepáticas y el 43,8%, otros. Hubo 7 fallecimientos (26,9%) durante el ingreso: 6 (85,7%) secundarios a endocarditis y uno por su hepatopatía de base.

Reingresaron 11 p (42,3%), de los cuales 5 p (45,5%) por causa cardiaca, 3 p (27,3%) por descompensación de la cirrosis y 3 p (27,3%) por otras causas. Al cierre del estudio (30 de mayo de 2017) el 53,8% habían fallecido.

Conclusión: En nuestra serie de pacientes con cirrosis y EIA predominaron hombres de mediana edad, Child A y con baja prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. La válvula más afectada fue la aórtica y por *S. aureus*, especialmente antes del 2010. Casi la mitad presentaron complicaciones y un tercio falleció durante el ingreso. Tres p fueron intervenidos con éxito.

Menos de la mitad reingresaron en su mayoría por causa cardíaca.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.030

Reparación vs sustitución valvular mitral en endocarditis infecciosa aguda. Experiencia de nuestro centro

L. Vidal[a,*], D. Padrol[a], P. Salvà[b], E. Ruiz de Gopegui[c], R. Tarrío[a], F. Enriquez[a], P Pericàs[d], M.A. Ribas[b], M. Riera[b], J.I. Sáez de Ibarra[a]

[a] *Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario son Espases, Palma de Mallorca, España*
[b] *Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario son Espases, Palma de Mallorca, España*
[c] *Servicio de Microbiología, Hospital Universitario son Espases, Palma de Mallorca, España*
[d] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario son Espases, Palma de Mallorca, España*
Correo electrónico: lvidalbonet@gmail.com (L. Vidal).

Justificación: La reparación valvular mitral (RM) es el *gold estándar* para tratamiento quirúrgico de la insuficiencia mitral, frente a la sustitución valvular (SM), pero cuando la etiología es endocarditis infecciosa aguda (EIA), ya no está tan claro.

Objetivo: Comparar los resultados de la reparación vs sustitución mitral en todos los casos de EIA mitral intervenidos en nuestro centro, tanto a corto como a largo plazo.

Método: Revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos por EIA con afectación mitral desde 2002, basándonos en la base de datos del Servicio de Cirugía Cardiaca. El seguimiento se ha realizado de forma telefónica.

Las variables cuantitativas se han expresado como mediana. La comparación se ha realizado con la F de Fisher y la U de Mann-Whitney. La supervivencia, con el test de log-rank.

Resultados: Se intervino a 40 pacientes (p) por EIA mitral: a 12 p (30%) se les realizó RM y a 28 p SM (70%).

No hubo diferencias en los datos demográficos entre ambos grupos, siendo el 62,5% hombres, con edad media de 54,8 años en RM y 60,5 años en SM, 60% hipertensos, 32,5% diabéticos, 20% con arteriopatía, 10% con EPOC y el 52,5% tenían algún grado de insuficiencia renal en el momento de la intervención.

Sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, el grupo de RM destaca por tener un EuroSCORE mayor: Logístico (33,8 vs 25,4, p = 0,27), EuroScore2 (15,1 vs 10, p = 0,31), un mayor tiempo de CEC (153 vs 129 min, p = 0,44) y tiempo de pinzamiento (129 vs 114 min, p = 0,44), pero menor tiempo de intubación (12 vs 19 h, p = 0,76), menor fallo renal (8% vs 28%, p = 0,22) y menor estancia en UCI (6 vs 9 días, p = 0,36).

No hubo diferencias en mortalidad hospitalaria (16,6% vs 14,3%, p = 1).

La supervivencia ha sido del 76% al primer año, del 61% a los 5 años y del 53% a los 12 años.

El principal predictor de mortalidad en el seguimiento es la endocarditis por *Staphiloccocus* (p = 0,0004).

En el seguimiento solo hubo una nueva endocarditis en un paciente con SM y 4 reintervenciones: 1 p en el grupo de RM por

BIOMED
unidix
Especialistas
en cirugía
cardiovascular
desde 1977 al cuidado de tu salud
91 803 28 02
info@biomed.es