

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. Martín ^e,
M. Riera ^a

^a Servicio 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: [\(P. Salvá\).](mailto:salvadagosto@gmail.com)

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.

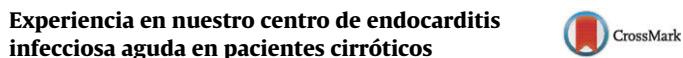
Objetivo: Describir los rasgos epidemiológicos, microbiológicos, clínicos y complicaciones asociadas a las EIA en paciente cirróticos.

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 Cardíaca, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España

^d Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Son Espases, Palma de Mallorca, España

Correo electrónico: [\(L. Vidal\).](mailto:lvidalbonet@gmail.com)

Justificación: La reparación valvular mitral (RM) es el *gold standard* 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 Cardíaca. 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 *Staphylococcus* ($p=0,0004$).

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





BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

