

Comunicaciones SEICAV

P-9

Manifestaciones reumatológicas como debut de endocarditis infecciosa



B. Alcaraz Vidal, M. Viqueira González,
R. Rojano Torres, R. Jiménez Sánchez,
R. MármoL Lozano, A. Jimeno Almazán,
P. Escribano Viñas, M^aJ. Del Amor Espín,
N. Cobos Trigueros, A. Ortín Freire

Introducción: Las manifestaciones reumatológicas están presentes hasta en el 30% de las endocarditis infecciosas (EI). Como embolismos sépticos o fenómenos inmunológicos, pueden constituir la forma de debut, por lo que su sospecha puede conducir al diagnóstico precoz de EI.

Objetivos: Describir y analizar una serie de casos de EI que debutaron con manifestaciones reumatológicas.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los casos de EI diagnosticados en el Hospital General Universitario Santa Lucía durante el periodo 1 Julio 2017–1 Julio 2018, con manifestaciones, reumatológicas como presentación clínica inicial. Se han analizado las variables: edad, género, factor predisponente, manifestación reumatológica, germen, válvula afecta, complicaciones locales, evolución, cirugía y exitus.

Resultados: Durante el periodo analizado se diagnosticaron en nuestro hospital 20 casos de EI, de los que 8 (40%) presentaban alguna manifestación reumatológica al diagnóstico. Existe un predominio de varones (7:1) con edad media de 70.5 años. Destacan por frecuencia la monoartritis y la etiología estreptocócica, en la mayoría de ocasiones sobre válvula nativa con vegetaciones grandes y complicaciones locales. La evolución es desfavorable en la mitad de casos, precisando cuidados intensivos 2 pacientes por insuficiencia cardíaca (IC) y shock séptico con fallecimiento. Se practicó cirugía en el 37% de casos. Son descritos en la tabla adjunta.

Conclusión: (1) La manifestación reumatológica como forma de debut de EI es frecuente en nuestra serie. (2) No es excepcional en pacientes jóvenes sin patología predisponente y con un curso clínico agresivo. (3) Se asocia a severa afectación valvular con complicaciones locales y necesidad de tratamiento quirúrgico. (4) Es fundamental una elevada sospecha clínica para un diagnóstico y tratamiento precoces.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.036>

P-16

Riesgo de infección de dispositivos intracardíacos en pacientes con bacteriemia



L. Boix-Palop, B. Dietl, E. Calbo, M. Xercavins,
P.M. Martínez Pérez-Crespo, J. Lanz García,
M.L. Cantón, J. Rodríguez Baño, L.E. López Cortés,
en representación del grupo PROBAC
REIPI/GEIH-SEIMC/SAEI

Justificación: El riesgo de infección de los dispositivos intracardíacos (iDIC) por siembra hematógena en el transcurso de un episodio de bacteriemia (EB) está poco definido cuando la bacteriemia es por organismos distintos de *S. aureus*.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico de las iDIC y evaluar la incidencia y los factores de riesgo de presentar iDIC durante un EB.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico realizado en 26 hospitales españoles (cohorte PROBAC) incluyendo todos los EB con significación clínica diagnosticados entre octubre 2016–mayo 2017.

Pacientes portadores de DIC (marcapasos, DAI y válvulas protésicas) con un EB. Se definió como iDIC si cumplía criterios clínicos y/o microbiológicos. Criterios clínicos: (1) Presencia de signos de infección en la bolsa del generador. (2) Criterios de Duke para endocarditis infecciosa. Criterios microbiológicos: cultivo positivo del DIC.

Análisis estadístico: Univariante y multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyeron un total de 6520 bacteriemias, de las cuales 333 (5,11%) correspondían a pacientes portadores de DIC, 49 (14,7%) presentaron iDIC. La incidencia de iDIC en los EB producidos por cocos Gram positivos fue del 30,4% (45/148).

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.037>

P-17

Reinfección tras tratamiento quirúrgico de la endocarditis infecciosa. Análisis de riesgos competitivos



Laura Varela Barca, Jose López-Menéndez,
Enrique Navas Elorza, José Luis Moya Mur,
Tomasa Centella Hernández,
Edmundo Fajardo Rodríguez,
Javier Miguelena Hycka,
Jorge Rodríguez-Roda Stuart

Justificación: La reinfección tras un primer episodio de endocarditis infecciosa (EI) se considera una de las formas más graves de la enfermedad e implica una alta mortalidad.

Objetivo: Analizar los factores relacionados con la reinfección y recurrencia de la EI tras cirugía cardíaca y su relación con la mortalidad a corto y largo plazo

Material y métodos: Análisis retrospectivo unicéntrico de todos los pacientes intervenidos por EI activa entre 2002 y 2016 en nuestro centro. Se clasificó en: a) reinfección: episodio ocasionado por diferente agente causal (género/especie y/o antibiograma); b) recurrencia: si idéntico género, especie y antibiograma; c) indeterminados: casos con dudas respecto al agente causal. A su vez se diferenciaron dos tipos de EI: precoz (en el primer año desde el alta hospitalaria) o tardía (después del primer año de la intervención). Se analizó la supervivencia mediante riesgos competitivos, para valorar los factores relacionados con un nuevo episodio de EI, tomando como evento competitivo la mortalidad por otra causa, y se expresó como shared hazard ratio (SHR), con su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se registraron un total de 161 primeros episodios de EI. Entre los pacientes operados ocurrieron 19 nuevos episodios en 16 pacientes (11,80%); 13 tardías (68,42%) y 6 precoces (31,52%). Observamos 7 reinfecciones (1 precoz), 6 probables recurrencias (4 precoces) y 6 indeterminados (1 precoz). El origen del nuevo episodio de EI fue atribuible a procedimientos invasivos diagnósticos en el 10,52%, al proceso infeccioso intercurrente en el 42,11%, a otra cirugía en el 26,3% y de causa desconocida en el 21,05%. Se realizó tratamiento quirúrgico en todos los casos.

En el total de las 180 intervenciones realizadas, 47 pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato (26,11%). Por lo tanto, el seguimiento a largo plazo incluyó los 133 pacientes supervivientes al periodo perioperatorio. El porcentaje de pacientes libres de reinfección al año y 5 años de la cirugía fue 95,2% y 87,4%, respectivamente.

Resultaron factores asociados con la reinfección en el análisis de riesgos competitivos: la edad (SHR 0,97 IC 95% 0,93-0,98), la trombopenia preoperatoria (SHR 3,61 IC 95% 1,10-11,78), la presencia de vegetaciones (SHR 0,51 IC 95% 0,28-0,95) y el tiempo de ingreso postoperatorio (SHR 1,00 IC 95% 1,00- 1,01). En cambio, no hubo relación con el agente causal, puerta de entrada, duración del tratamiento antibiótico ni el estado preoperatorio.

La mortalidad global en los pacientes que fueron sometidos a una segunda intervención por un nuevo episodio de EI fue del 63,16%: 33,33% en reinfección precoz y 73,92% en tardía.

Conclusion: La reinfección tras cirugía de la EI es una forma grave de la enfermedad, con una alta mortalidad.

La presencia de vegetaciones, la estancia postoperatoria prolongada, la edad y la trombopenia preoperatoria resultaron relacionadas con la ocurrencia de reinfección de la prótesis implantada.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.038>

P-18

Diferencias en la presentación y en el pronóstico de la endocarditis infecciosa tratada quirúrgicamente en función del género: ¿es el sexo femenino un factor de mal pronóstico?

Laura Varela Barca, Jose López-Menéndez, Enrique Navas Elorza, José Luis Moya Mur, Tomasa Centella Hernández, Edmundo Fajardo Rodríguez, Javier Miguelena Hycka, Jorge Rodríguez-Roda Stuart

Introducción: Los factores asociados a mal pronóstico tras la cirugía de la endocarditis infecciosa (EI) continúan sin estar claramente establecidos. A pesar de que el sexo femenino es un factor de

riesgo incluido en la mayor parte de las escalas de cirugía cardíaca, solamente está presente en la mitad las escalas específicas de EI.

Objetivos: Determinar la influencia del sexo en las características de presentación clínica y en el pronóstico de la endocarditis infecciosa tratada quirúrgicamente.

Material y métodos: Análisis retrospectivo unicéntrico de todos los pacientes intervenidos por EI activa entre 2002 y 2016. Se realizó un análisis de supervivencia a corto y a largo plazo estratificado en función del sexo, y se calculó el riesgo quirúrgico en función de las diferentes escalas.

Resultados: Se realizaron 180 intervenciones, 59 en mujeres (32,78%). Las características basales fueron similares en ambos grupos, salvo la edad media que fue mayor en mujeres (66,19 frente a 61,96 años; $p=0,05$) y la arteriopatía periférica que fue superior en hombres (1,82% vs 11,61%, $p=0,03$). El riesgo preoperatorio calculado mediante diferentes escalas (tanto específicas como generales) no reflejó diferencias en el riesgo estimado en función del sexo, salvo en el caso de PALSUSE Y STS-EI, en las que el riesgo estimado fue significativamente superior en mujeres (Tabla 1).

En cuanto a la presentación, hubo marcadas diferencias en función del sexo: más de la mitad de las mujeres presentaron EI mitral (52,63% frente al 28,95%, $p=0,001$), en cambio, la EI aórtica fue la más frecuente en varones (45,61% frente a 19,30%) y la EI multi-valvular fue similar (28,07% mujeres vs 25,44% varones). No hubo diferencias en cuanto al germen causal entre sexos, pero sí un aumento próximo a la significación de la infección por *S. aureus* en hombres (11,86% frente 23,14%, $p=0,07$).

El análisis de supervivencia reflejó un incremento de la mortalidad en el postoperatorio inmediato próximo a la significación en mujeres (OR 1,9; IC 95% 0,96-3,77, $p=0,07$). Estratificando en función de la válvula afecta, encontramos una mortalidad incrementada en las mujeres en EI aórtica (OR 6,71; IC 95% 1,36-33,17), pero sin alcanzar significación estadística en la EI mitral (OR 1,59; IC 95% 0,51-4,99). No se incrementó la mortalidad en EI mitro-aórtica (OR 0,73; IC 95% 0,21-2,48).

En cuanto a la supervivencia a largo plazo, tras un seguimiento medio de 53,2 meses tras el alta, no hubo diferencias entre sexos (HR 0,69; IC 95% 0,26-1,86).

Conclusión: Se encontraron diferencias en la presentación clínica de la endocarditis en función del sexo. Las mujeres presentan mayor afectación mitral y una edad media mayor. A pesar de un riesgo preoperatorio estimado similar, la mortalidad postoperatoria fue mayor en mujeres, tanto en afectación aórtica como mitral. El sexo femenino en un factor de riesgo para un peor pronóstico para la cirugía de EI activa.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.039>

P-19

Endocarditis sobre válvula protésica con ecocardiograma normal ¿resulta útil EL PET-TC?

R. Rojano Torres, P. Escribano Viñas, B. Alcaraz Vidal, N. Cobos Trigueros, A. Jimeno Almazan, M.J. Del Amor Espín, M. Viqueira González, R. Jiménez-Sánchez, A. Ortín Freire, Lozano Mármol

Introducción: La tomografía por emisión de positrones con 18Fluorodesoxiglucosa (18F-FDG PET-TC) constituye una herramienta que ha revolucionado el diagnóstico de la endocarditis infecciosa (EI) permitiendo un diagnóstico más preciso en aquellos casos en los que el ecocardiograma transesofágico (ETE) plantea ciertas dudas o es negativo pese a una alta sospecha clínica. Además, aporta la ventaja de ampliar el estudio a toda la extensión anatómica del paciente favoreciendo el diagnóstico de





BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es