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

Material y metodos: 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

Introduccion: 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 cardiaca, 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 riego 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 multivalvular fue similar (28,07% mujeres vs 25,44% varones). No hubo diferencias en cuanto al germen causal entre sexos, pero si 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

Introduccion: 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