

## Pacientes con Endocarditis Tributaria de Cirugía que no se Intervienen. Evaluación del Impacto del Traslado al Centro de Referencia

S. Calzado<sup>1</sup>, M. Hernández-Meneses<sup>2</sup>, J. Llopis<sup>3</sup>, I. Boix-Palop<sup>4</sup>, J. Díez de los Ríos<sup>5</sup>, M. Andrés<sup>6</sup>, J. Cuquet<sup>7</sup>, E. Quintana<sup>2</sup>, O. Gasch<sup>8</sup>, J.M. Miró<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Parc Taulí, Sabadell

<sup>2</sup> Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

<sup>3</sup> Departamento de Genética, Microbiología y Estadística, Facultad de Biología, Universidad de Barcelona

<sup>4</sup> Mutua de Terrassa

<sup>5</sup> Hospital de Vic, Barcelona

<sup>6</sup> Hospital Consorci Sanitari de Terrassa

<sup>7</sup> Hospital General de Granollers

<sup>8</sup> Hospital Parc Taulí, Sabadell

**Introducción:** La cirugía cardíaca ha demostrado tener un impacto pronóstico en la endocarditis infecciosa (EI). La información sobre los casos de EI con indicación quirúrgica (IQ) que no se intervienen es muy escasa.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y el pronóstico de los pacientes con EI con IQ que no son intervenidos en una cohorte de base poblacional y analizar si hubo diferencias en función de si fueron o no trasladados al centro de cirugía cardíaca de referencia.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los 502 episodios consecutivos de EI diagnosticados en nueve hospitales sin cirugía cardíaca de la misma área sanitaria entre 2009-2018, mediante la cumplimentación de un protocolo estandarizado. Dos cohortes (trasladados y no trasladados al centro de referencia) de pacientes no intervenidos a pesar de tener indicación, fueron comparadas. Se analizaron los factores independientes de mortalidad al año mediante regresión logística.

**Resultados:** Se analizaron 97 (19%) pacientes con EI e IQ que no fueron intervenidos. 20 (21%) fueron trasladados al centro de referencia de cirugía cardíaca y 81 no (79%). Los pacientes trasladados fueron más frecuentemente varones (85% vs. 56,8%,  $p=0,004$ ), presentaron regurgitación valvular grave (65% vs. 33,3%,  $p=0,009$ ), vegetaciones en el ecocardiograma (66,7% vs. 33,3%,  $p=0,006$ ) y bacteriemia persistente (6% vs. 0%,  $p=0,023$ ). No hubo diferencias significativas en la etiología, origen de la infección, ni las comorbilidades. 55 (57%) fallecieron al año. El pronóstico fue similar entre los trasladados y no trasladados al centro de referencia de cirugía cardíaca, con una mortalidad hospitalaria del 43% vs. 45% ( $p=0,88$ ) y al año del 56% vs. 58% ( $p=0,91$ ). Los pacientes que fallecieron al año tuvieron más comorbilidades (Charlson 6 vs. 4 puntos,  $p<0,001$ ), un origen nosohusial (20% vs. 4,8%,  $p=0,018$ ), una mayor proporción de complicaciones: insuficiencia cardíaca (47,3% vs. 21,4%,  $p=0,006$ ), shock cardiogénico (12,7% vs. 2,4%,  $p=0,044$ ) e insuficiencia renal aguda (52,7% vs. 28,6%,  $p=0,014$ ) y una menor proporción de episodios causados por estreptococos del grupo *viridans* (7,3% vs. 26,2%,  $p=0,015$ ) y de tratamiento con hospitalización a domicilio (3,6% vs. 16,7%,  $p=0,04$ ). El análisis multivariante identificó como factores pronósticos la insuficiencia cardíaca (OR: 3,08 [1,20, 7,91]) y el índice de Charlson (OR: 1,29 [1,08, 1,54]).

**Conclusiones:** En esta cohorte de base poblacional, fallecieron al año más de la mitad de los pacientes con indicación quirúrgica que no fueron intervenidos, independientemente de si se trasladaron o no al centro de referencia. El mal pronóstico vino determinado por la presencia de insuficiencia cardíaca y las comorbilidades.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.03.016>

## Metabolismo de la fdg en Médula ósea y Bazo Como Signo Indirecto de Infección en un Modelo Experimental de Endocarditis

A. Perissinotti<sup>1</sup>, M. Collantes<sup>2</sup>, J. Llopis<sup>3</sup>, M. Ecay<sup>2</sup>, M.J. García Velloso<sup>1</sup>, A. Moreno<sup>1</sup>, I. Peñuelas<sup>2</sup>, D. Fuster<sup>1</sup>, J.M. Miró<sup>1</sup>, C. García de la Mària<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

<sup>2</sup> Servicio de Medicina Nuclear-PET, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

<sup>3</sup> Departamento de Microbiología, Genética y Estadística, Universidad de Barcelona

**Introducción:** La respuesta del organismo frente a la infección comporta una activación polimorfonuclear, macrofágica y linfocitaria con el consecuente aumento de su metabolismo glucídico. Por consiguiente, la tomografía de emisión de positrones/tomografía computarizada (PET/TC) con <sup>18</sup>F-fludeoxiglucosa (FDG) es capaz de evidenciar un aumento de captación en médula ósea (MO) y bazo como signos indirectos de infección.

**Objetivos:** Determinar si el aumento de captación de FDG en MO y bazo permite discriminar entre casos de Endocarditis Infecciosa (EI) y controles en un modelo de endocarditis experimental (EE).

**Material y métodos:** Se indujo una EE según el modelo descrito por Garrison y Freedman. A las 24 h de la inducción de la EE aórtica trombótica no bacteriana, se inoculó por vía intravenosa  $1 \times 10^5$  ufc/mL de la cepa MSSA-236 o MSSA-673. Se realizó un PET/TC con FDG a las 24 h y 48 h de la infección en dos grupos de conejos: 9 infectados y 6 controles (no infectados). Tras el PET/TC de las 48 h, los animales se sacrificaron y se obtuvieron las vegetaciones, muestras de bazo, riñón y cerebro que se cultivaron cuantitativa y cualitativamente. Se realizó un análisis semicuantitativo mediante la delimitación de esferas de interés de 3 mm en el parénquima hepático, esplénico, cuerpos vertebrales de columna lumbar y diáfisis femoral. Se obtuvieron 3 biomarcadores: SUVmax, SUVmean y cociente con la actividad de referencia hepática. Se compararon los biomarcadores a las 24 h y 48 h mediante el método de la diferencia menos significativa de Fisher. Se aplicó un test no-paramétrico para comparar las poblaciones EI vs. controles y se calculó el área bajo la curva. Se comparó la captación del bazo con el número de unidades formadoras de colonias (ufc) de los cultivos posmortem mediante un análisis de regresión múltiple.

**Resultados:** El AUC obtenida para todos los biomarcadores osciló entre 0,74 (SUVmean- columna) y 1(SUVmean-bazo/SUVmean-hígado). El aumento de captación en MO y bazo permitió discriminar exitosamente entre casos EI y controles, observándose una mayor AUC en los biomarcadores esplénicos. La captación de MO en fémur fue superior a la de columna. La captación en bazo mostró correlación directa con el número de ufc ( $p=0,0022$ ). En los casos EI no se observaron diferencias significativas entre los biomarcadores en MO y bazo obtenidos a las 24 h y 48 h.

Área bajo la curva de valores semicuantitativos en médula ósea (MO) y bazo para casos EI vs. controles

	AUC	AUCPET	AUCPET
	Total	24h	48h
SUVmean BAZO/SUVmean hígado	1	1	1
SUVmaxBAZO	0,9853	0,975	1
SUVmeanBAZO	0,9608	1	0,9286
SUVmean MO fémur/SUVmean hígado	0,9215	0,85	1
SUVmax MOfémur	0,8578	0,8	0,7857
SUVmean MOfémur	0,8775	0,85	0,8214

[0,1-4]SUVmean MO columnaLumbar/SUVmean



**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**