

Pauta ampicilina/ceftriaxona frente a ampicilina/aminoglucósido en endocarditis protésica enterocócica



A. Plata^{a,h,*}, J.M. Reguera^{a,h}, E. Cabrera^{b,h}, F.J. Martínez-Marcos^{c,h}, G. Ojeda^{d,h}, C. Hidalgo-Tenorio^{e,h}, J. de la Torre-Lima^{f,h}, J.M. Lomas-Cabeza^{c,h}, D. Vinuesa^{g,h}, J. Galvez^{d,h}, A. de Alarcón^{c,h}

^a HRU de Málaga, Málaga

^b H. Virgen del Rocío, Sevilla

^c H. Juan Ramón Jiménez, Huelva

^d H. Virgen de la Victoria, Málaga

^e HU Virgen de las Nieves, Granada

^f H. Costa del Sol, Marbella

^g H. Clínico San Cecilio, Granada

^h H. Virgen Macarena, Sevilla

Correo electrónico: antonio-plata@hotmail.com (A. Plata).

Justificación: En la actualidad se conoce que para la endocarditis enterocócica la pauta ampicilina con ceftriaxona (A+C) es igual de efectiva y menos nefrotóxica que ampicilina con aminoglucósido (A+AG). Existen principalmente dos estudios (ambos españoles) que demuestran esta afirmación, pero ambos están realizados en endocarditis enterocócicas, incluyendo tanto nativas como protésicas: uno incluye 89 casos de endocarditis protésicas y otro 22; ambos comparan una pauta frente a la otra pero no discriminan entre ambos tipos de endocarditis, por lo que podría suceder que la pauta A+C se comportara particularmente de manera distinta en endocarditis protésica que cuando analizamos el global de las endocarditis enterocócicas (protésicas + nativas).

Objetivo: Demostrar que la pauta A+C es igual de efectiva que A+AG en endocarditis protésica enterocócica

Método: Estudio de cohortes que recoge casos de endocarditis de 8 hospitales andaluces desde enero de 1985 a diciembre de 2013. Se seleccionaron los casos de endocarditis protésica enterocócica con las pautas A+C o A+AG desechando el resto de pautas. Fueron definidas según los criterios modificados de Duke y con un seguimiento de al menos un año. La pauta de tratamiento fue elegida por el médico responsable del paciente en función de las características del mismo y además fue el encargado del seguimiento.

Resultados: De los 50 casos de endocarditis protésicas enterocócicas de la serie, 10 fueron tratados con A+G y 14 con A+C, siendo rechazados para el análisis 26 por presentar otras pautas antimicrobianas.

Las características basales de ambos grupos fueron bastante similares salvo en el EuroSCORE, que era más desfavorable en el grupo A+C ($49 \pm 25,1$ vs $21,4 \pm 14,7$; $p=0,012$), no existiendo diferencias significativas en la edad media, el índice de Charlson, la presencia de embolismos, de complicación paravalvular, de insuficiencia cardíaca, de sepsis grave o realización de intervención quirúrgica.

La mortalidad fue mayor en el grupo de A+C aunque no alcanzó significación estadística (20% vs 35,7%, $p=0,357$) y en lo referente al fracaso renal fue más frecuente en el grupo A+AG, con 6 casos frente a ninguno en la pauta A+C (60% vs 0%, $p=0,002$).

Conclusiones: Nuestros hallazgos revelan que también en la endocarditis protésica enterocócica la pauta A+C es igual de efectiva que A+AG a pesar de presentar estos pacientes un mayor índice de Charlson pero con menor toxicidad renal, siendo por tanto considerada como pauta de elección de esta entidad en nuestro medio.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.007>

Risk factors and outcomes of fistulous tract formation in infective aortic endocarditis: A prospective ice cohort study



E. Quintana^{a,*}, C. Falces^a, J. Ambrosioni^a, F. Delahaye^b, C. Selton-Suty^c, C. Tribouilloy^d, P. Tornos^e, E. Cecci^f, M. Hannan^g, A. Wang^h, V. Chu^h, J. Llopisⁱ, J. Miró^a, International Collaboration for Endocarditis Investigators

^a Hospital Clinic-IDIBAPS, University of Barcelona, Barcelona, Spain

^b Hopital Louis Pradel, Université Claude Bernard, Lyon, France

^c University Hospital of Nancy, Nancy, France

^d CHU d'Amiens-Picardie, Amiens, France

^e Hospital Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Spain

^f Ospedale Maria Vittoria, Torino, Italy

^g Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, Ireland

^h Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, USA

ⁱ Biostatistics Department, Faculty of Biology, University of Barcelona, Barcelona, Spain

Correo electrónico: EQUINTAN@clinic.cat (E. Quintana).

Justification: Contemporary risk and prognostic factors related to aortic valve endocarditis complicated with aorto-cavitary fistula (AoCF) remain partially understood.

Objectives: To identify the risk factors for developing AoCF in patients with definite left-sided infective endocarditis (IE) and establish the variables independently associated with in-hospital and one-year mortality.

Methods: The ICE Cohort is a prospective, multicenter and multinational study enrolling patients with definite native- or prosthetic-valve IE from 61 centers in 28 countries between 2000–06 and 2008–11. For the purpose of this study we have only included cases with definite aortic valve IE. Multivariate logistic regression modeling was used to determine variables associated with AoCF and mortality in patients with AoCF.

Results: Of 5,786 patients with definite left-sided IE, 3,730 (64.5%) were aortic IE. Of those aortic IE, 141 developed a AoCF (3.78%). The rates of AoCF in native valve IE (NVE) and prosthetic valve IE (PVE) were 3.2% and 5.2%, respectively (0.007). Patients with AoCF had more new moderate/severe valve regurgitation (72.8% vs. 58.2%, $P<.001$), had more frequent perivalvular abscess (100% vs. 22%, $P<.001$) and congenital heart disease (21.1% vs. 11.7%, $P<.009$). AoCF patients had more congestive heart failure (58.7% vs. 39.7%, $P<.001$) and more frequent *Enterobacteriae* spp IE (6.3% vs. 1.3%, $P=.021$). In-hospital surgery was more frequent in AoCF patients (73.8% vs. 57%, $P<.001$). Independent risk factors for developing AoCF were: Prosthetic valve endocarditis (OR 1.67, 1.15–2.42, $P=.007$), congenital heart disease (CHD) (OR 2.03, $P=.002$) and *Enterobacteriae* spp. IE (OR 5.01, $P<.001$). AoCF was associated with increased in-hospital (30% vs. 19%, $P=.005$) and one-year mortality (43.2% vs. 31.8%, $P=.012$) rates. In-hospital mortality was associated with age (>60 y) (OR = 2.97, $P=.004$), chronic pulmonary disease (OR = 4.52, $P=.04$), *Enterococcus* spp. IE (OR = 7.77, $P<.001$), congestive heart failure (OR = 3.07, $P=.006$), persistent positive blood cultures (OR = 6.11, $P=.01$) and new conduction abnormality (OR = 6.00, $P=.005$). Surgery was associated with mortality reduction (OR = 0.32, $P=.003$). One-year mortality was associated with age (>60 y) (OR = 2.77, $P=.006$), coagulase negative IE (OR = 3.89, $P=.02$), *Enterococcus* spp. IE (OR = 3.89, $P=.02$), congestive heart failure (OR = 2.18, $P=.04$) and new conduction abnormality (OR = 4.50,