



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

Rubio L., Guzón A., Villaescusa JM., Sánchez G., Porras C.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: El tratamiento antibiótico agresivo ha mejorado el pronóstico de la endocarditis infecciosa (EI), pero se mantiene una elevada morbimortalidad cuando la evolución no es favorable y se precisa cirugía. El objetivo del estudio es revisar los resultados de la cirugía de la EI realizadas en nuestro centro en los últimos 10 años.

Método: Realizamos análisis descriptivo, longitudinal y retrospectivo de los pacientes intervenidos con el diagnóstico de endocarditis infecciosa en nuestro centro desde enero de 2009 hasta diciembre de 2019, siendo un total de 148 pacientes. Se descartan 4 pacientes por presentar endocarditis protésica no valvular (electrodo marcapasos, tubo protésico aislado). De los 144 pacientes intervenidos por afectación valvular, 67 eran portadores de válvula protésica (VP). Realizamos un análisis descriptivo del grupo de pacientes, cirugía, complicaciones y la mortalidad hospitalaria.

Resultados: La edad media de los pacientes intervenidos fue de 61 años, siendo el 73% varones. El 14% presentaba disfunción renal, el 4% tuvo ACV previo a la cirugía y al menos el 50% se encontraban en clase funcional III-IV de la NYHA en el momento de la cirugía. El 46% tenía afectación sobre válvula protésica: el 70% en posición aórtica, el 27% en posición mitral y 4% tenían tubo valvulado. 1 paciente tenía cirugía de Ross previa y otro un Yacoub. El tiempo medio de CEC en la cirugía sobre VP fue de 125 min y 84 min de clampaje. En cuanto a técnica quirúrgica, el 10% precisó sustitución de dos o más válvulas, el 13% precisó parche de pericardio para reparar abscesos/fístulas, el 3% se realizó reparación mitral y en 3 pacientes se realizó bypass coronario. El 23% de los pacientes presentaron alguna complicación postquirúrgica, siendo las más frecuentes la infecciosa (15%), con 2 % de mediastinitis y heridas externas superficiales, y el fracaso renal (23%). 10 pacientes precisaron revisión quirúrgica por sangrado. Se registró una mortalidad hospitalaria global del 18%, siendo del 25% en el grupo de VP aislado. La mortalidad intraoperatoria global fue del 4%, ninguno del grupo de afectación de válvula nativa.

Conclusión: El manejo por un equipo multidisciplinar integrado por especialistas en enfermedades infecciosas, cardiólogos y cirujanos cardíacos, favorece la detección de los pacientes que tienen indicación quirúrgica, analizando cada caso de forma individual y optimizando así los resultados en un grupo de pacientes que presenta una alta morbimortalidad