



1003 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON HEMOCULTIVO NEGATIVO. IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS, TERAPÉUTICAS Y PRONÓSTICAS. REGISTRO ESPAÑOL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MEDICINA INTERNA (REEIMI) DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (GTEI)

C. Bea Serrano¹, A. Hernández Belmonte², M.Á. Tejero Delgado³, A. Rodríguez Guardado⁴, A.E. Laffond⁵, F. Boumhir Lendínez⁵, O. Pérez Hernández⁶, A. Artero⁷, Í. Lechuga⁸, A. Salinas Botrán⁹, C. Ramírez Baum¹⁰, M.V. Villalba García¹¹, J.M. Ramos Rincón¹² y M. Sánchez Ledesma⁵

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²Hospital Universitario de Vinalopó. Elche. Alicante.

³Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁴Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ⁵Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. ⁶Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. ⁷Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ⁸Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. Tarragona.

⁹Hospital de Denia. Denia. Alicante. ¹⁰Hospital Valle del Nalón. Langreo. ¹¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹²Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Resumen

Objetivos: Analizar la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución de pacientes con endocarditis infecciosa (EI) con hemocultivo (HC) negativo. Evaluar si existen diferencias con respecto a los pacientes con HC positivo.

Métodos: Se evaluaron de forma retrospectiva los datos del Registro Español de EI en Medicina Interna (REEIMI) recogidos en una plataforma online que cumple los criterios SEMI de estándares de legalidad y seguridad. Se analizaron los datos recogidos de octubre 2018 a junio 2021: 22 hospitales y 28 investigadores a nivel nacional, 365 pacientes y 46.959 datos analizados.

Resultados: De los 365 pacientes con EI, 60 (16,4%) tuvieron HC negativo. De ellos, 9 (15%) tuvieron serología positiva (4 *Coxiella*, 2 *M. pneumoniae*, 1 *C. pneumoniae*, 1 *Bartonella* y 1 *Borrelia*) y 5 (8,3%) PCR+ en válvula (1 *Bartonella*, 1 *Coxiella*, 1 *S. epidermidis*, 1 *S. agalactiae* y 1 *S. gallolyticus*). La presencia de HC negativo fue más frecuente en los pacientes con antecedente de VIH (43%), leucemia (50%) y Charlson \geq 3 (23%). Respecto a los pacientes con EI con HC positivo, los pacientes con HC negativo mostraron al ingreso valores significativamente menores de PCR (24,3 vs. 69,1 mg/L, $p < 0,000$), neutrófilos (7.663 vs. 9.380 cél./mm³, $p = 0,022$) y NTproBNP (4.342 vs. 7.861 pg/mL, $p = 0,026$) y mayores de hemoglobina (11,7 vs. 10,9 g/dL, $p = 0,017$), sin encontrarse diferencias en otros parámetros analíticos. Fue también más frecuente la realización de RM cardíaca (10,2% vs. 1,7%), sin encontrarse diferencias en cuanto a la realización de ETE, PET-TC o en el tiempo hasta el diagnóstico. El tratamiento empírico con cloxacilina, ampicilina y gentamicina fue más frecuente que en los pacientes con HC positivo (36,4% vs. 16,9%). La presentación de bloqueo AV durante la evolución fue más frecuente en los pacientes con HC negativo (13,8% vs. 5,2%), no encontrándose diferencias en el resto de complicaciones (*shock* séptico, insuficiencia renal aguda y embolismo séptico). No se encontraron diferencias significativas

en días de estancia hospitalaria, tratamiento quirúrgico, necesidad de UCI o mortalidad.

Discusión: La EI con HC negativo supone un mayor reto diagnóstico dado que la presencia de HC positivo con microorganismos típicos constituye uno de los criterios diagnósticos mayores de Duke. La principal causa de EI con HC negativo es la administración de antibiótico previa a la extracción de hemocultivos, lo que explicaría que pacientes con mayor riesgo de infección (VIH, leucemia y Charlson ≥ 3) presenten HC negativo con mayor frecuencia. La administración de la pauta de tratamiento antibiótico empírico con cloxacilina, ampicilina y gentamicina fue más frecuente en los pacientes con HC negativo al no poder realizar terapia dirigida.

Conclusiones: Los pacientes con EI con antecedentes de VIH, leucemia y Charlson elevado presentaron HC negativo con mayor frecuencia. La menor elevación de marcadores de inflamación y de insuficiencia cardíaca al ingreso de los pacientes con EI con HC negativo incrementaron adicionalmente la dificultad diagnóstica, siendo más frecuente la realización de RM cardíaca y la presentación de bloqueo AV durante su evolución. Sin embargo, no se registraron diferencias significativas en estancia hospitalaria, necesidad de tratamiento quirúrgico y/o UCI o mortalidad.