



<https://www.revclinesp.es>

1566 - 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)

Carlos Bea Serrano¹, Juan Cantón de Seoane², Adriana Hernández Belmonte³, David Puertas Miranda⁴, Josep Cucurull Canosa⁵, M^a de Los Ángeles Tejero Delgado⁶, Azucena Rodríguez Guardado⁷, Arturo Artero Mora⁸, Fatima Boumhir Lendinez⁹, Onán Pérez Hernández¹⁰, Pablo Ortiz de Urbina Fernández¹¹, María Victoria Muñoz Alba¹², Javier de la Fuente Aguado¹³ y María Sánchez Ledesma⁴

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España. ²Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España. ³Hospital Universitario Vinalopó, Elche, España. ⁴CH de Salamanca, Salamanca, España. ⁵Hospital de Figueres, Figueres, España. ⁶Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ⁷Hospital Universitario de Cabueñas, Gijón, España. ⁸Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España. ¹⁰Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España. ¹¹CAU de León, León, España. ¹²Hospital de Denia, Denia, España. ¹³Hospital Ribera Povisa, Vigo, España.

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 legalidad y seguridad. Se analizaron los datos recogidos de octubre 2018 a mayo de 2023: 42 hospitales y 54 investigadores a nivel nacional y 656 pacientes.

Resultados: De los 631 pacientes con EI de los que se dispone de datos sobre hemocultivos, 102 (16,2%) tuvieron HC negativo, sin diferencias en la distribución por sexos. De ellos, 10 (9,8%) tuvieron serología positiva (5 *Coxiella*, 2 *M. pneumoniae*, 1 *C. pneumoniae*, 1 *Bartonella* y 1 *Borrelia*) y 6 (5,9%) PCR+ en válvula (1 *Bartonella*, 1 *Coxiella*, 1 *F. tularensis*, 1 *S. epidermidis*, 1 *S. agalactiae* y 1 *S. gallolyticus*). No se encontraron diferencias en los antecedentes personales de los pacientes con EI con HC negativo con respecto a aquellos con HC positivo. Los pacientes con HC negativo presentaron menor temperatura al ingreso (36,9 vs. 37,21°, p = 0,017), mayores cifras de hemoglobina (11,8 vs. 11,0 g/dL, p = 0,000) y valores más bajos de procalcitonina (2,25 vs. 6,94 ng/mL, p = 0,004) y NTproBNP (5.921 vs. 8.969 pg/ml, p = 0,016), sin encontrarse diferencias en el resto de parámetros clínicos y analíticos al diagnóstico. Fue más frecuente la realización de RM cardiaca (5,9 vs. 1,5%, p = 0,006), sin encontrarse diferencias en cuanto a la realización de ETE, PET-TC o en el tiempo hasta el diagnóstico. El tratamiento empírico mostró diferencias con respecto a los pacientes con hemocultivo negativo. Fueron más frecuentemente utilizados cloxacilina (40,2 vs. 21,8%, p = 0,000), gentamicina (40,2 vs. 29,8%, p = 0,038) y rifampicina (17,6 vs. 9,9%, p = 0,022) mientras que ceftriaxona fue menos utilizada (26,5 vs. 40,6%, p = 0,007). La presencia de bloqueo AV fue más frecuente en los pacientes con hemocultivo negativo (13,0 vs. 5,6%, p = 0,007), sin encontrarse otras

diferencias con respecto al resto de complicaciones. Tampoco se observaron diferencias en cuanto a necesidad de tratamiento quirúrgico (48,5 vs. 42,0%, $p = 0,228$) o mortalidad (20,0 vs. 22,2%, $p = 0,662$).

Conclusiones: En nuestro registro, solo un 16,2% de los pacientes tuvo hemocultivo negativo, consiguiendo la serología el diagnóstico etiológico en un reducido número de casos. La presencia de fiebre al diagnóstico fue menos frecuente en estos pacientes. El NTproBNP y la procalcitonina fueron significativamente menores con respecto a los pacientes con HC positivo, sin encontrar diferencias en otros reactantes de fase aguda. Fue más frecuente la realización de RM cardiaca para el diagnóstico y la presentación de bloqueo AV durante su evolución. El tratamiento empírico fue diferente con respecto a los pacientes con HC positivo, dado que se utilizó con mayor frecuencia la cloxacilina y la gentamicina como componentes del tratamiento combinado empírico de la EI. Sin embargo, no se registraron diferencias significativas en estancia hospitalaria, necesidad de tratamiento quirúrgico y/o UCI o mortalidad.