



## 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 Serrano**<sup>1</sup>, Juan Cantón de Seoane<sup>2</sup>, Adriana Hernández Belmonte<sup>3</sup>, David Puertas Miranda<sup>4</sup>, Josep Cucurull Canosa<sup>5</sup>, M<sup>a</sup> de Los Ángeles Tejero Delgado<sup>6</sup>, Azucena Rodríguez Guardado<sup>7</sup>, Arturo Artero Mora<sup>8</sup>, Fatima Boumhir Lendinez<sup>9</sup>, Onán Pérez Hernández<sup>10</sup>, Pablo Ortiz de Urbina Fernández<sup>11</sup>, María Victoria Muñoz Alba<sup>12</sup>, Javier de la Fuente Aguado<sup>13</sup> y María Sánchez Ledesma<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España. <sup>2</sup>Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Vinalopó, Elche, España. <sup>4</sup>CH de Salamanca, Salamanca, España. <sup>5</sup>Hospital de Figueras, Figueras, España. <sup>6</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. <sup>7</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España. <sup>8</sup>Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España. <sup>9</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España. <sup>10</sup>Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España. <sup>11</sup>CAU de León, León, España. <sup>12</sup>Hospital de Denia, Denia, España. <sup>13</sup>Hospital 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 estándares 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.