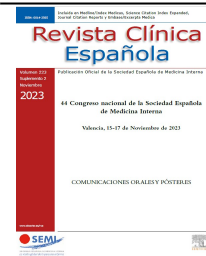




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1479 - FENÓMENOS EMBÓLICOS EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. 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 Angeles 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 Figueras, Girona, España. ⁶Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ⁷Hospital Universitario de Cabueñes, 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 Pavis, Vigo, España.

Resumen

Objetivos: Analizar la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución de pacientes con endocarditis infecciosa (EI) que presentan fenómenos embólicos al diagnóstico.

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 623 pacientes con EI para los que se recogió la información requerida, 145 (23,3%) presentaron fenómenos embólicos: 62 (10,0%) cerebral, 43 (6,9%) esplénico, 16 (2,6%) renal, 28 (4,5%) periférico, 14 (2,2%) pulmonar, 12 (1,9%) vertebral y 8 (1,3%) otros. Los antecedentes de infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardíaca fueron menos frecuentes en pacientes con fenómenos embólicos al diagnóstico (9,7 vs. 16,6% y 15,9 vs. 31,6%, respectivamente), sin encontrar otras diferencias significativas en el resto de antecedentes analizados. La frecuencia respiratoria al ingreso fue significativamente menor en los pacientes con fenómenos embólicos (18,6 vs. 17,19 rpm, $p = 0,047$) mientras que la frecuencia cardíaca fue mayor en estos pacientes (90,2 vs. 85 lpm, $p = 0,012$). Estos también presentaron con mayor frecuencia soplo cardíaco (64,1 vs. 53,8%, $p = 0,028$), fiebre persistente (66,2 vs. 55,3%, $p = 0,02$), lumbalgia (23,2 vs. 10,6%, $p = 0,000$), esplenomegalia (12,0 vs. 4,3%, $p = 0,001$) y valores más elevados de eosinofilia (109,13 vs. 67,09), sin encontrar otras diferencias en la presentación clínica, diagnóstico o tratamiento antibiótico empírico. El desarrollo de nuevos fenómenos embólicos como complicación fue mayor en pacientes con fenómenos embólicos al ingreso (67,5 vs. 8,7%). El tratamiento quirúrgico mediante cirugía cardíaca fue también más frecuente en los pacientes con fenómenos embólicos al ingreso (55,7 vs. 41,4%). No se encontraron diferencias significativas en tiempo hasta el diagnóstico, otras complicaciones evolutivas, estancia hospitalaria ni mortalidad.

Conclusiones: Los fenómenos embólicos son complicaciones frecuentes en la EI, siendo los cerebrales los más frecuentes. La presencia de soplo cardíaco, fiebre persistente, lumbalgia y esplenomegalia fue más frecuente en los pacientes con fenómenos embólicos al diagnóstico, los cuales tienen un mayor riesgo de desarrollar nuevos embolismos en su evolución. La mayoría de pacientes con EI con fenómenos embólicos requerirá cirugía cardíaca como parte de su tratamiento para evitar el desarrollo de nuevos fenómenos embólicos. No obstante, la presencia de fenómenos embólicos no se vio asociada a mayor mortalidad, estancia hospitalaria ni necesidad de ingreso en UCI en nuestra experiencia.