



319 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA AÓRTICA BIOLÓGICA QUIRÚRGICA Y PERCUTÁNEA (TAVI). ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LOS PACIENTES DEL REGISTRO ESPAÑOL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA (REEIMI)?

Adriana Hernández Belmonte¹, Juan Cantón de Seoane², Carlos Bea Serrano³, David Puertas Miranda⁴, Josep Cucurull Canosa⁵, Pablo Ortiz de Urbina Fernández⁶, María de los Ángeles Tejero Delgado⁷, Azucena Rodríguez Guardado⁸, Fátima Boumhir Lendínez⁹, Onán Pérez Hernández¹⁰, Javier de la Fuente Aguado¹¹ y María Sánchez Ledesma⁴

¹Hospital Universitario Vinalopó Salud, Elche, España. ²Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España. ³Hospital Clínico Universitario Valencia, Valencia, España. ⁴Hospital Clínico Universitario Salamanca, Salamanca, España. ⁵Hospital de Figueras, Figueras, España. ⁶Complejo Asistencial Universitario de León, León, España. ⁷Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España. ⁸Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España. ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España. ¹⁰Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España. ¹¹Hospital POVISA, Vigo, España.

Resumen

Objetivos: La endocarditis infecciosa (EI) sobre *transcatheter aortic valve implantation* (TAVI) es una complicación cada vez más frecuente. El implante (TAVI) ha supuesto una revolución en el manejo de los pacientes con estenosis aórtica grave inoperables o con elevado riesgo quirúrgico, pero actualmente la técnica se ha generalizado. Nuestro objetivo es analizar si los pacientes recogidos en el (REEIMI) con endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula aórtica protésica biológica quirúrgica, tienen características diferentes de los pacientes con EI-TAVI.

Métodos: Hemos realizado un análisis retrospectivo de los datos obtenidos del registro REEIMI desde octubre de 2018 hasta abril de 2024. El registro se realiza mediante una plataforma *online* que cumple los criterios de SEMI de estándares de legalidad y seguridad. El registro ha sido aprobado por los diferentes comités éticos de investigación de cada hospital.

Resultados: Los datos del REEIMI proceden de más de 40 hospitales españoles e incluyen a 699 pacientes, de los cuales 108 tienen una EI sobre válvula aórtica protésica biológica quirúrgica y 32 una EI-TAVI. El 87,5% de los pacientes con EI-TAVI son de género masculino (p 0,039), siendo mayores los pacientes con EI-TAVI con una edad media de 78,6 años con una desviación estándar (DE) de 8,2, frente a 73,5 años con una DE de 9,6 años. El índice de comorbilidad de Charlson es > 3 en el 50% de paciente con EI-TAVI sin diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes con EI-TAVI tiene más presencia de diabetes mellitus con lesión de órgano diana (p 0,034), más insuficiencia renal (p 0,018), padecen más enfermedad arterial periférica (p 0,005) y son más portadores de marcapasos (p 0,004). Entre ambos grupos no hay diferencias en cuanto a etiología, el microorganismo más frecuente en ambos grupos es *Enterococcus faecalis*, seguido de *Staphylococcus coagulasa* negativos (tabla). Los síntomas neurológicos son más frecuentes en los

pacientes con EI-TAVI (p 0,030). Los hallazgos de la ecocardiografía transesofágica (ETE) difieren entre ambos grupos siendo más frecuente el diagnóstico de verruga o absceso en los pacientes con EI no TAVI (p 0,035). Se operan menos pacientes con EI-TAVI (12,9%) que en el grupo de EI sobre válvula protésica (36,6%) con diferencias estadísticamente significativas (p 0,013). La mortalidad a los 30 días es del 23,5% en las EI de origen quirúrgico y del 19% en las EI-TAVI pero sin significación estadística.

Microbiología	Quirúrgica	TAVI	Total
Enterococo	26,50%	35,70%	28,80%
Estafilococo coagulasa negativo	20,50%	10,70%	18,00%
Estreptococo viridans	15,70%	7,10%	13,50%
Estafilococo aureus meticilin sensible (MS)	8,40%	21,40%	11,70%
Estafilococo aureus meticilin resistente (MR)	8,40%	0,00%	3,60%
Otros	16,90%	10,70%	15,30%

Conclusiones: Los pacientes con EI-TAVI son preferentemente masculinos, más mayores y con mayor comorbilidad (presencia de diabetes mellitus con lesión de órgano, fracaso renal y enfermedad arterial periférica). El diagnóstico ecocardiográfico es más difícil en la EI-TAVI y probablemente sea una entidad infradiagnosticada, siendo fundamental la sospecha clínica de la EI. Los pacientes con EI-TAVI se operan menos, probablemente porque ya fueron rechazados en su mayoría para cirugía de recambio valvular.

Bibliografía

1. Rodríguez-Vidigal FF, Nogales-Asensio JM, Calvo-Cano A, González-Fernández R, Martínez-Carapeto A, Gómez-Sánchez I, et al. Endocarditis infecciosa después de TAVI: aportaciones de la experiencia en un único centro sobre la incidencia y los factores asociados. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2019;37:428-34.