



I-097 - ENDOCARDITIS FÚNGICA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE OURENSE. REVISIÓN EN QUINCE AÑOS

A. González Noya, A. Barreiro Rivas, A. Latorre Díez, P. López Mato, A. Lorenzo Vizcaya

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

Resumen

Objetivos: Conocer la prevalencia y estudiar las características de los pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa fúngica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en donde se analizaron las características epidemiológicas, clínicas y medidas terapéuticas aplicadas en los casos diagnosticados de endocarditis fúngica en la población mayor de 15 años en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense desde el año 2000 hasta el 2015. La búsqueda de los datos se realizó a través del Servicio de Documentación Clínica.

Resultados: Se registraron 3 casos de endocarditis por hongos en los últimos quince años; de los cuales 2 fueron de sexo femenino. La edad media fue de 68,6 años. Destacaba en dos de los casos el antecedente de portador de vía central para la administración de nutrición parenteral. Uno de los casos era portador de válvula protésica y otro había recibido antibioterapia de amplio espectro en el contexto de una pancreatitis grave. La clínica por la que consultaron el 100% de los casos fue fiebre persistente y deterioro del estado general. Desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico pasaron una media de 24 días. Las válvulas afectadas, que presentaban en todos los casos imagen de verruga en el ecocardiograma transesofágico; fueron la válvula aórtica, la mitral y el septo interventricular izquierdo en un caso de endocarditis mural. El agente etiológico aislado en ambos casos fue el hongo *Cándida*; la especie *parapsilosis* en dos casos y *albicans* en otro paciente. Durante el curso de la enfermedad, todos los pacientes presentaron como complicación un episodio de fallo cardíaco y edema agudo de pulmón, precisando en dos casos tratamiento quirúrgico de recambio valvular. Los agentes antifúngicos utilizados, la dosificación, y el tiempo de tratamiento están reflejadas en la tabla. Uno de los pacientes falleció en el período postoperatorio; y en los otros dos no se observaron datos de recidiva tras 1 y 16 meses de seguimiento.

	Fármaco antifúngico	Dosis y vía de administración	Tiempo de tratamiento agudo	Tratamiento crónico
Paciente 1	Fluconazol	400 mg/24h iv	8 semanas y media	Fluconazol 300 mg/24h vo durante al menos 2 años, probablemente indefinido
	Caspofungina	70 mg seguidos de 50 mg/24h iv		
Paciente 2	Voriconazol	6 mg/kg/12h seguidos de 4 mg/kg/12h	8 semanas y media	Voriconazol 400 mg/24h vo durante 9 meses
	Caspofungina	70 mg seguidos de 50 mg/24h iv		
Paciente 3	Fluconazol	800 mg/24h seguidos de 400 mg/24h iv	Detenido por fallecimiento	

Discusión: Los hongos son una causa poco común de endocarditis, estimando su prevalencia entre el 1-4% de todas las endocarditis infecciosas. Debido a su baja frecuencia; su epidemiología, diagnóstico y tratamiento óptimo están poco definidos. La etiología más frecuente son las especies

Cándida. Habitualmente los pacientes presentan algún factor de riesgo, como procedimientos invasivos, antibioterapia previa o son usuarios de drogas endovenosas. A pesar de los tratamientos antifúngicos disponibles, su mortalidad continúa siendo elevada, en probable relación con la elevada tasa de complicaciones, la tardanza en el diagnóstico y el alto índice de recadas.

Conclusiones: La EI fúngica continúa siendo una causa muy poco frecuente dentro de las endocarditis infecciosas. Los pacientes suelen asociar factores de riesgo, tal como valvulopatía previa o algún grado de inmunosupresión. La presentación típica, al igual que las endocarditis bacterianas, es un síndrome febril persistente; que suele acompañarse de fallo cardíaco. El diagnóstico se centra en los criterios microbiológicos -hemocultivos seriados y cultivo valvular- y ecocardiográficos. El tratamiento se basa principalmente en la cirugía de recambio valvular y en el tratamiento farmacológico con antifúngicos, preferentemente de forma combinada y con pautas de larga duración; a pesar del cual la mortalidad continúa siendo muy significativa; factores que nos indican que se debe mantener una actitud especialmente activa en el diagnóstico, con especial índice de sospecha de los grupos de riesgo; para poder iniciar el tratamiento de forma inmediata.