

Endocarditis infecciosa no operable. ¿Un cambio en el paradigma? Eficacia del tratamiento antibiótico crónico supresor

Luis Blanco Tapia(1), Noelia Mora Buitrago(1), Victoria Vázquez Izquierdo(1), Marta Cobo Marcos(1), Fernando Domínguez Rodríguez(1), Antonio Ramos Martínez(1), Vanessa Moñivas Palomero(1), Susana Mingo Santos(1), Basilio Angulo Lara(1), Carlos Esteban Martín López(1), Pablo García Pavía(1), Javier Segovia Cubero(1), Jorge Calderón Parra(1) y Juan Carlos López-Azor García(1) de (1)Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid) - España

Introducción: La incidencia de endocarditis infecciosa (EI) con complicaciones locales sobre cirugía cardiaca previa inoperable predominantemente por criterio quirúrgico, está en aumento y tiene un pronóstico infausto. La antibioterapia supresora crónica (ASC) en este contexto es una opción con una eficacia no explorada.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y prospectivo en el que se incluyeron 10 pacientes entre 2024 y 2025 con EI izquierda complicada inoperable tras decisión por Heart Team en los que se inició ASC, definida como aquella con una duración ?3 meses.

Resultados: El 40% de pacientes fueron mujeres, con una mediana de edad de 68,5 años (56–79). En 9 pacientes la EI afectó a una válvula protésica (56% biológica y 44% mecánica) y en 1 a una nativa. La localización más frecuente fue la aórtica (70%) seguida de la mitral (20%). La mayoría de casos (7 de 9) se habían intervenido hacía >12 meses. Todos los pacientes presentaban complicaciones locales consideradas inoperables: pseudoaneurisma (50%), abscesos (40%) y fístulas (30%). Fueron frecuentes los fenómenos embólicos: el 40% presentó un evento isquémico neurológico y un 40% embolias a otros niveles, principalmente esplénicas.

El 70% fueron de etiología bacteriana, siendo el microorganismo más prevalente Staphilococus aureus meticilin sensible seguido de Streptococcus gallolitycus. El 20% fue causada por Candida parasilopsis. En 1 paciente no se identificó agente causal, aunque la sospecha de origen infeccioso fue elevada. Ningún paciente falleció durante el ingreso. Todos recibieron antibioterapia intravenosa (iv) durante el ingreso. Al alta se indicó una pauta de ASC combinada (oral + iv) en su mayoría (80%).

Todos los pacientes fueron seguidos en el Hospital de Día de Cardiología. El seguimiento mediano fue de 13,2 meses. Ningún paciente falleció. Un paciente recibió un trasplante cardiaco por progresión de las complicaciones cardiacas asociadas a la EI a los 6 meses. Un paciente reingresó por un fenómeno embólico no fatal y otro por bacteriemia recurrente (una asociada a administración de ASC iv y otra con origen en foco de espondilodiscitis). La ASC no se suspendió en ningún paciente.

Conclusiones: En pacientes con EI inoperable, la ASC con seguimiento estrecho representa una alternativa eficaz y segura para incrementar la supervivencia e incluso, en pacientes seleccionados, conseguir la estabilidad hasta el trasplante cardiaco.

Características clínicas, microbiológicas y evolución de nuestra cohorte de pacientes con endocarditis infecciosa no operable.

Paciente	Edad (años)	Sexo	AP de endocarditis previa	Seguimiento (días)	Tipo válvula	Microorganismo	Complicaciones asociadas	Eventos embólicos	Tratamiento crónico supresor	Reingreso de causa infecciosa o cardiológica
1	72	M	No	769	Prótesis biológica	*Candida parasilopsis*	Fungemia persistente	Sí	Fluconazol vo	No
2	72	M	No	639	Prótesis biológica	*Staphilococus aureus meticilin sensible*	Absceso unión mitroaórtica. Fístula intracardiaca. CIA en anillo valvular mitral. BAV completo.	No	Dalbavancina iv mensual	No
3	65	H	No	510	Prótesis mecánica	*Candida parasilopsis*	Aneurisma micótico. Fungemia persistente.	Sí	Fluconazol vo + Anfotericina B liposomal inhalada	No
4	82	H	Sí	559	Prótesis biológica	*Streptococcus gallolyticus*	Absceso entre aorta y tronco pulmonar.	No	Amoxicilina vo	No
5	84	M	No	399	Válvula nativa	Sin aislamientos	Absceso en anillo mitral posterior.	Sí	Doxiciclina vo	No
6	63	H	Sí	395	Prótesis biológica	*Staphilococus epidermidis*	Insuficiencia aórtica severa. Pseudoaneurisma con leak paravalvular.	Sí	Dalvabancina iv mensual + Levofloxacino vo	Sí
7	53	H	No	314	Prótesis biológica	*Staphilococus aureus meticilin sensible*	Colección periprotésica.	Sí	Dalvabancina iv mensual	Sí
8	56	H	Sí	163	Prótesis mecánica	*Streptococcus gallolyticus*	Leak paravalvular. Absceso unión mitroaórtica.	No	Amoxicilina vo	Sí
9	79	M	No	195	Prótesis mecánica	*Staphilococus epidermidis*	Absceso unión mitroaórtica. Dos pseudoaneurismas. Fístula intracardiaco. BAV completo.	Sí	Minociclina vo	No
10	49	H	Sí	152	Prótesis mecánica	*Staphilococus aureus meticilin sensible*	Pseudoaneurisma	No	Cefazolina iv + Rifampicina vo	No

H: hombre. M: mujer. AP: antecedentes personales. VO: vía oral. IV: vía intravenosa. CIA: comunicación interauricular. BAV: bloqueo auriculoventricular.