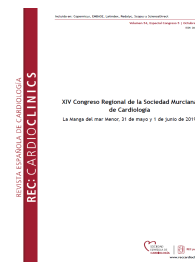


REC: CardioClinics

<https://www.reccardioclinics.org>

35 - ¿PRÓTESIS VALVULAR U HOMOIÑJERTO EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA? VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE CADA TÉCNICA

R. Taboada Martín, J.A. Massó del Canto, R. Aranda Domene, J.A. Moreno Moreno, J. García Puente del Corral y S.J. Cánovas López.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción y objetivos: La endocarditis infecciosa es una entidad poco frecuente en nuestro medio, pero con elevadas tasas de mortalidad. Ésta puede acontecer sobre válvula nativa o sobre prótesis cardiacas (alto riesgo de complicaciones estructurales y mecánicas). El tratamiento consiste en el desbridamiento y reemplazo valvular nativo o protésico, que puede realizarse usando nuevas prótesis, con riesgo de reinfección no despreciable (1-2%) u homoiñjertos, más resistente a la reinfección, pero técnicamente más laborioso. Realizamos un estudio comparativo entre ambas técnicas.

Métodos: Selección, recopilación de datos y análisis de múltiples variables en pacientes tratados quirúrgicamente de endocarditis infecciosa en nuestro hospital desde el año 2014 hasta 2018.

Resultados: Un total de 7 casos de endocarditis infecciosa tratada con homoiñjerto de raíz aórtica se han comparado con otros 7 casos tratados con prótesis (estos últimos seleccionados al azar sobre el total de endocarditis tratadas en nuestro centro en el periodo indicado. En el grupo de homoiñjerto la endocarditis fue sobre prótesis previa en 5 casos y 2 nativos (estos últimos por SARM). En el grupo de prótesis la indicación fue prótesis nativa en 4 casos y 3 sobre prótesis previa. El estudio concluyó diferencias estadísticamente significativas en favor de la prótesis valvular respecto al tiempo menor quirúrgico, clamp, necesidad de aminas vasoactivas, lactato al ingreso, estancia en UCI y hospitalaria, menor porcentaje de fallecimientos en el seguimiento, tasa de marcapasos y posibilidad de cirugía de mínimo acceso. Respecto al uso del homoiñjerto destacan menor tiempo de ventilación mecánica, menos debito por drenajes, menos necesidad de transfusión de hemoderivados, menor porcentaje de reoperación, menos fugas residuales y menos FA en el postoperatorio.

Conclusiones: El uso de estas 2 técnicas está estandarizado en el tratamiento quirúrgico de la endocarditis infecciosa. Su elección debe individualizarse. El criterio más estandarizado es: el grado de afectación valvular y afectación de estructuras adyacentes. Necesita ser demostrado mediante más estudios que además tengan en cuenta características perioperatorias del paciente.