

TP21

279. EL DERRAME PERICÁRDICO POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA CARDÍACA: INCIDENCIA E IMPACTO EN LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS

Sandoval E, Mestres CA, Quintana E, Pereda D, Campelos P, Encalada JF, Josa M, Cartañá R, Castellá M, Sitges M, Azqueta M, Paré JC, Mulet J

Hospital Clínico. Universidad, Barcelona

Objetivos: el derrame pericárdico (DP) es una complicación (40-65%) que puede determinar taponamiento diferido letal. Determinamos la incidencia de DP grave en el postoperatorio de cirugía cardíaca.

Material y métodos: estudio prospectivo de cohorte de pacientes consecutivos no seleccionados con intervenciones mayores de cirugía cardíaca. Se practicó estudio ecocardiográfico prealta. Se diagnosticó DP por criterios de Horowitz en modo M. Para la ecocardiografía-2D se consideraron diagnósticos de taponamiento cardíaco: colapso diastólico precoz del ventrículo derecho, compresión de cavidades cardíacas, plétora de vena cava inferior y variaciones superiores al 30% del flujo mitral. Con independencia de los estudios intraoperatorios o en cuidados intensivos, se programó estudio prealta a partir del séptimo día postoperatorio. Las ecocardiografías se practicaron en el laboratorio de ecocardiografía. Si la condición del paciente no lo permitió, el estudio se realizó en las

unidades de hospitalización en los casos urgentes. Se usaron los ecógrafos Vivid i/Vivid 7 (General Electric, Fairfield, CT). Todos los estudios fueron supervisados por los ecocardiografistas expertos del servicio de cardiología.

Resultados: de noviembre de 2009 - noviembre de 2011 se intervinieron 1.186 pacientes; 125 fueron trasladados precozmente a su hospital; 88 fallecieron sin estudio. De 973 pacientes, 53 (5,4%) presentaron DP grave o taponamiento por criterios clínicos/ecocardiográficos; 31/53 (58%) estaban asintomáticos. En 22/53 (42%) hubo sospecha clínica. Fueron reintervenidos 21 (40%). En 16 (30%) se administraron antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y corticoides. La mortalidad fue 3,8% (2/53).

Conclusión: la ecocardiografía es una exploración inocua que permite el diagnóstico rápido de DP potencialmente letal, que tiene un componente medicolegal. Debe realizarse a todo postoperado de cirugía cardíaca.

TP22

265. AFECTACIÓN DEL BAZO EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA: UN ENEMIGO SILENCIOSO

Quintana E, Castañeda X, Del Río A, Moreno A, Pericás JM, Falces C, Ramírez J, Almela M, Cervera C, Marco F, Josa M, Miró JM, Mestres CA, y el Grupo de Estudio de la Endocarditis Infecciosa del Hospital Clínic

Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad, Barcelona

Introducción y objetivos: la endocarditis infecciosa predispone al absceso esplénico, de incidencia mal definida y que aumenta la morbimortalidad. No está estandarizado el momento para esplenectomía cuando se requiere intervención por endocarditis. Se describe la experiencia con endocarditis y patología esplénica asociada e indicación quirúrgica valvular y esplénica.

Material y métodos: revisión retrospectiva de la base de datos prospectiva de endocarditis, definida por criterios modificados de Duke. Análisis de pacientes diagnosticados de infarto/absceso esplénico mediante imagen/estudio *post mortem*. En los casos de esplenectomía, se practicó en la misma intervención después del procedimiento valvular.

Resultados: entre enero de 1995 - julio de 2011 se recogieron 737 episodios de endocarditis; 62 (8,41%) pacientes presentaron infarto/absceso esplénico con fiebre persistente y

dolor abdominal; 6 (8,9%) requirieron esplenectomía; 5 (83%) eran varones. La edad media fue 52 (27-72). EuroSCORE logístico medio fue 37,42% (18,83-60,93%). La endocarditis fue mitral (3), aórtica (2) y multivalvular (mitral y tricúspide). Se aislaron *Enterococcus* spp (2), *Staphylococcus aureus* (1), estreptococos del grupo *viridans* (1), *Kingella kingae* (1) y hemocultivos negativos (1). El absceso esplénico se diagnosticó por tomografía (4); en 2 la intervención fue urgente, sin imagen. Se practicó sustitución valvular. Tres (50%) fallecieron. En los 6 se confirmó absceso esplénico por histopatología. El seguimiento de los supervivientes a la intervención con esplenectomía fue de 16, 22 y 36 meses, sin recidiva.

Conclusiones: debe sospecharse absceso esplénico en los pacientes con endocarditis, fiebre y dolor abdominal. La esplenectomía y la intervención valvular pueden realizarse en el mismo acto dependiendo de la condición del paciente.