

## P30

**326. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA IZQUIERDA ACTIVA**

Álvarez Navarro P, Bustamante J, Loeches B, Leal O, Sarria C, Badia S, Aguilar E, Sarraj A, Reyes G, Nuche J  
*Hospital de la Princesa, Madrid*

Objetivos: determinar mortalidad quirúrgica precoz y tardía de los pacientes intervenidos por endocarditis infecciosa activa, sus causas y los factores de riesgo relacionados. Determinar morbilidad tardía y sus causas.

Material y métodos: se analizaron episodios de endocarditis izquierda nativa o protésica intervenidos quirúrgicamente, desde mayo de 1993 - agosto de 2005. Los episodios fueron recogidos de forma prospectiva en un cuestionario. El seguimiento fue: 1, 3, 6, 12 meses y anualmente, hasta 5 años. El análisis estadístico fue realizado mediante SPSS 9.01 y test de hipótesis  $\chi^2$  de Pearson.

Hubo 83 episodios, 71 fueron válidos para el análisis.

Resultados: treinta y tres episodios (46,4%) sobre válvula protésica y 38 (53,5%) sobre válvula nativa. La mortalidad global fue del 35,22% (25): mortalidad quirúrgica precoz 6, mortalidad quirúrgica al ingreso 11, y mortalidad tardía 8. La

causa de muerte en los dos primeros grupos fue cardíaca en 9 pacientes, por *shock* séptico en 3, por *shock* hemorrágico en 2, por neumonía nosocomial en 2, y por fallo multiorgánico en 1. Relacionados con mayor mortalidad quirúrgica precoz y al ingreso: endocarditis protésica, cirugías cardíacas previas, *shock* séptico, dehiscencia protésica, cirugía por insuficiencia cardíaca y por disfunción valvular. Hubo 6 reinfecciones y ninguna recaída; 7 desarrollaron dehiscencia de prótesis y 3 pseudoaneurisma.

Conclusiones:

- La mortalidad quirúrgica precoz fue elevada.
- Los factores de riesgo relacionados con una mayor mortalidad fueron dependientes de la presencia de válvula protésica o de la gravedad del paciente.
- Las causas de mortalidad antes del alta fueron cardíacas o infecciosas.

## P31

**350. SEGUIMIENTO INICIAL ANGIOGRÁFICO MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR DE 64 CORTES DE INJERTOS DE ARTERIA RADIAL**

Arroyo J, Di Stefano S, Maroto L, Valenzuela H, Laguna G, Pareja M, Fernández M, Flórez S, Echevarría JR, Arce N, Carrascal Y, Fulquet E  
*Hospital Clínico Universitario, Valladolid*

Objetivo: estudiar un grupo de pacientes intervenidos de cirugía de derivación coronaria con injerto de arteria radial (AR) mediante la angiografía coronaria con tomografía computarizada multidetector (TCMD) de 64 cortes.

Material y métodos: estudio retrospectivo de 24 pacientes intervenidos consecutivamente en nuestro centro (marzo de 2005 – septiembre de 2010) que se citaron para seguimiento clínico y posterior estudio de imagen previa entrega y firma de consentimiento informado. La edad media fue de  $57,7 \pm 5,9$  años. Los injertos de AR realizados fueron: 1 al territorio de la descendente anterior (DA), 19 a las obtusa marginal (OM) y 4 al territorio de la coronaria derecha (CD). El tiempo medio de seguimiento fue  $44,3 \pm 20,5$  meses (mediana 47 meses, rango 79 meses).

Resultados: la calidad del estudio radiológico fue buena, excepto en dos casos, uno por artefactos de movimiento y otro

por déficit de contrastación y frecuencia irregular. Cinco injertos de AR se observaron ocluidos; cuatro en el tercio proximal, con relleno distal del vaso desde el árbol nativo, y uno en su totalidad. Todos los injertos ocluidos de AR fueron del territorio de la circunfleja. Dos injertos de AR presentaron estenosis significativa y uno estenosis moderada. Durante el seguimiento, 10 pacientes refirieron parestesias de la mano y antebrazo de la extremidad no dominante de extracción del injerto los primeros meses poscirugía, sin presentar trastorno motor y sin secuelas posteriores. Cuatro pacientes se encontraron sintomáticos por angina de esfuerzo, tres de ellos precisando revascularización percutánea mediante angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)-*stent*.

Conclusiones: la angiografía coronaria mediante TCMD es un método no invasivo que podría ser de utilidad para observar la evolución de los injertos de AR.