REC Interv Cardiol. 2025;7(2):69-70
https://doi.org/10.24875/RECIC.M25000500

Editorial

Endocarditis infecciosa en el recambio valvular aórtico quirúrgico frente a percutáneo. ¿Misma incidencia y mismo pronóstico?

Infective endocarditis in surgical versus transcatheter aortic valve implantation. Same incidence and same prognosis?

Ignacio J. Amat-Santos[a,b,*] y J. Alberto San Román[a,b]

[a] *Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Valladolid, España*
[b] *Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España*

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
https://doi.org/10.24875/RECIC.M24000492

Desde hace algunos años tratamos a pacientes con estenosis aórtica grave y bajo riesgo quirúrgico mediante el implante percutáneo de prótesis valvular aórtica (TAVI), y cada vez es mayor la proporción de este perfil de pacientes que se tratan con esa opción[1]. Sin embargo, la rápida expansión de la técnica se está produciendo con incógnitas relevantes que seguimos investigando[2]. Una de ellas es el riesgo de endocarditis infecciosa (EI), una complicación poco frecuente, pero grave. En un estudio publicado recientemente en *REC: Interventional Cardiology,* Barreiro et al.[3] investigaron la incidencia real y el pronóstico de la EI en este contexto en comparación con los pacientes sometidos a cirugía convencional con una prótesis biológica (recambio valvular aórtico [RVAo]).

En el trabajo, la comparación directa entre la incidencia de EI en los pacientes tratados con TAVI y aquellos tratados con RVAo muestra que la tasa es muy similar en ambos grupos (1,29% en TAVI frente a 1,64% en RVAo)[3]. Esta incidencia, aunque baja, es superior a la comunicada en estudios realizados en pacientes de bajo riesgo, como el NOTION (0,5% en TAVI frente a 0,8% en RVAo a 5,6 años) y el PARTNER 3 (0,4% en TAVI frente a 0,6% en RVAo a 3 años)[4,5]. Por otro lado, los autores comunican una tasa de intervención quirúrgica similar en ambos grupos e igualmente una mortalidad global comparable. Estos hallazgos están en contraposición a publicaciones previas que sugerían una menor indicación de cirugía en pacientes sometidos a TAVI y con complicación de EI[6], pero también una menor mortalidad en el grupo transcatéter (a 1 año, 27,3% en TAVI [intervalo de confianza del 95%, 1-53,6%] frente a 51,8% en RVAo [intervalo de confianza del 95%, 28,2-75,3%])[7].

Para interpretar estas discordancias con estudios previos, es fundamental considerar las diferencias en el perfil basal de los pacientes. Uno de los aspectos más relevantes es la significativa disparidad entre los grupos en cuanto a edad, comorbilidad y perfil de riesgo quirúrgico. Los pacientes tratados con TAVI tenían una edad media considerablemente mayor que el grupo de RVAo (76 frente a 63 años; $p < 0,001$), lo que por sí solo incrementa el riesgo de complicaciones, incluida la EI. Además, los pacientes con TAVI presentaban una mayor prevalencia de diabetes (70% frente a 29%; $p = 0,034$), que es un factor de riesgo conocido para contraer EI y tener una peor evolución[8-10]. Aunque Barreiro et al.[3] aclaran que el TAVI se realizó en pacientes con un EuroSCORE II significativamente mayor, no se realiza un ajuste completo por estas diferencias en el análisis de la incidencia de EI. Por tanto, los pacientes con RVAo eran, en general, más jóvenes y con menor carga comórbida, lo que podría haber influido en una mayor tasa de reintervención y haber reducido la mortalidad de la EI de forma no necesariamente atribuible al tipo de intervención *per se*, lo que sugiere que las similares tasas de EI y de su intervención, y los pronósticos similares, en realidad no lo serían si las poblaciones fuesen realmente semejantes. Las diferencias con otros estudios también pueden deberse, como reconocen los autores[3], al escaso número de pacientes analizados.

El estudio también aborda las características de la EI en los pacientes tratados con TAVI y RVAo, y destaca que en ambos grupos se presentó una proporción significativa de EI precoces (en torno al 50%). En este sentido, hay una serie de matices diferenciales que deben considerarse:

- La posibilidad de infección en las primeras etapas tras el procedimiento de TAVI podría estar relacionada con la manipulación de la válvula durante la implantación, no siempre en las mismas condiciones de esterilidad que en el quirófano.

- El propio acceso transfemoral podría exponer a determinado tipo de patógenos colonizadores, como enterococos, que actualmente son los más habituales en la EI en portadores de TAVI, pero no tras la RVAo, en la mayoría de las series.

- Las manipulaciones tras el TAVI son diferentes y podrían actuar como puerta de entrada. Aunque en general se trata de procedimientos poco invasivos, ciertas intervenciones, como el implante de marcapasos, son más frecuentes, y también cada vez con más frecuencia se realizan TAVI en pacientes con procesos oncológicos digestivos activos, que son un factor predisponente a microorganismos causantes de EI muy característicos.

- Finalmente, el ya comentado peor perfil de los pacientes tratados con TAVI, con una mayor edad y presencia de

*** Autor para correspondencia.**
Correo electrónico: ijamat@gmail.com (I.J. Amat Santos).
@ignamatsant

Online el 19 de febrero de 2025.
Full English text available from: https://www.recintervcardiol.org/en.
2604-7306 / © 2025 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Permanyer Publications. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND 4.0

comorbilidad —en particular de diabetes mellitus—, que son factores favorecedores de EI al aumentar la susceptibilidad a las infecciones.

El hecho de que estos pacientes sean más propensos a complicaciones infecciosas hace que la comparación directa con los pacientes más jóvenes y con menos comorbilidad tratados con RVAo deba ser analizada con prudencia sin un ajuste adecuado por estos factores.

En conclusión, el estudio de Barreiro et al.[3] proporciona datos valiosos sobre la incidencia de EI en pacientes tratados con TAVI en comparación con RVAo. La falta de un análisis ajustado por las diferencias en las características basales entre los dos grupos representa una limitación que no debe obviarse. Las diferencias en la edad, la prevalencia de comorbilidad y el riesgo quirúrgico basal pueden haber influido de manera significativa en los resultados obtenidos. La incidencia de EI es, en parte, un reflejo del riesgo subyacente de los pacientes, y no solo del tipo de intervención realizada. Así, los resultados de este estudio deben interpretarse con cautela.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno en relación con el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castrodeza J, Amat-Santos IJ, Blanco M, et al. Propensity score matched comparison of transcatheter aortic valve implantation versus conventional surgery in intermediate and low risk aortic stenosis patients: A hint of real-world. *Cardiol J*. 2016;23:541-551.
2. Amat-Santos IJ, Díez-Villanueva P, Diaz JL. Post-TAVI outcomes: devil lies in the details. *Aging (Albany NY)*. 2019;11:9221-9222.
3. Barreiro L, Roldán A, Aguayo N, et al. Infectious endocarditis on percutaneous aortic valve prosthesis: comparison with surgical bioprostheses. *REC Interv Cardiol*. 2024. https://doi.org/10.24875/RECICE.M24000489.
4. Thyregod HGH, Jørgensen TH, Ihlemann N, et al. Transcatheter or surgical aortic valve implantation: 10-year outcomes of the NOTION trial. *Eur Heart J*. 2024;45:1116-1124.
5. Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, et al. Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Low-Risk Patients at Five Years. *N Engl J Med*. 2023; 389:1949-1960.
6. Amat-Santos IJ, Messika-Zeitoun D, Eltchaninoff H, et al. Infective endocarditis after transcatheter aortic valve implantation: results from a large multicenter registry. *Circulation*. 2015;131:1566-74.
7. Lanz J, Reardon MJ, Pilgrim T, et al. Incidence and Outcomes of Infective Endocarditis After Transcatheter or Surgical Aortic Valve Replacement. *J Am Heart Assoc*. 2021;10:e020368.
8. Abramowitz Y, Jilaihawi H, Chakravarty T, et al. Impact of Diabetes Mellitus on Outcomes After Transcatheter Aortic Valve Implantation. *Am J Cardiol*. 2016;117:1636-1642.
9. van Nieuwkerk AC, Santos RB, Mata RB, et al. Diabetes mellitus in transfemoral transcatheter aortic valve implantation: a propensity matched analysis. *Cardiovasc Diabetol*. 2022;21:246.
10. García-Granja PE, Amat-Santos IJ, Vilacosta I, Olmos C, Gómez I, San Román Calvar JA. Predictors of Sterile Aortic Valve Following Aortic Infective Endocarditis. Preliminary Analysis of Potential Candidates for TAVI. *Rev Esp Cardiol*. 2019;72:428-430.