



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 1925 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ANALÍTICAS Y EVOLUTIVAS DE LOS PACIENTES CON ENDOCARDITIS MARÁNTICA

**Cristina Puente Fernández**, Álvaro Antonio Cintas Martínez, Eduardo Miguel Aparicio Minguijón, Ane Larrauri Isusi, Anatolio Alonso Crespo, Celia Carmen Santos Cabezón, Carlos Heredia Mena y Francisco López Medrano

Hospital universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características clínicas, analíticas y evolutivas de los pacientes con endocarditis marántica (EM).

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo, seleccionando todos los pacientes con diagnóstico codificado de endocarditis trombótica no bacteriana ingresados entre 2015 y 2023. Se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS.

**Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes, el 60% fueron mujeres, la mediana de edad fue de 62,9 años. En la tabla 1 se muestran la frecuencia de las variables cuantitativas, clínicas y demográficas. En el 50% de los pacientes se relacionó con neoplasia de órgano sólido, en el 20% con enfermedad autoinmune sistémica (EAS) y en un 30% con otras patologías protrombóticas (tabla 2). Un 30% presentaban valvulopatía de base, ninguno prótesis valvular. La endocarditis fue polivalvular en el 50%, la válvula más afectada fue la mitral (80%). El 70% presentó insuficiencia valvular. La complicación cardíaca más frecuente fue la insuficiencia cardíaca (30%). El 90% presentó complicaciones extracardiacas: 60% embolismos fuera del SNC y 70% complicaciones neurológicas (ictus cardioembólicos). Las embolias más frecuentes fueron las renales y las esplénicas (30% cada una) y el 20% presentó embolismos múltiples. El 90% recibió tratamiento antibiótico, mediana de tiempo 9 días (RI 3,75-12); ninguno fue intervenido quirúrgicamente. El 90% recibió tratamiento anticoagulante. El 60% falleció en el periodo de seguimiento de un año, con una supervivencia mediana de 17,5 días. Ningún superviviente presentó recidiva. Comparando los pacientes con etiología neoplásica vs. no neoplásica, los primeros tenían mayor edad (68,3 años vs. 54,5 años, p 1,00), mayor índice de comorbilidad de Charlson (9 vs. 2, p 0,206) y mayor recuento de D-dímeros (7.555 ng/ml vs. 1120 ng/ml, p 0,143). En la tabla 2 se reflejan las complicaciones y los tratamientos. Los pacientes con EAS eran más jóvenes y presentaban menor morbilidad. El 100% de los pacientes con neoplasia recibió heparina, el 100% de los pacientes con EAS antivitamina K (AVK) y de los pacientes con otras patologías protrombóticas 67% anticoagulante oral directo y 33% AVK (p 0,01). Fallecieron el 100% de los pacientes con neoplasia, el 33% de los pacientes con enfermedad protrombótica y ninguno de los pacientes con EAS (p 0,024). Los pacientes que fallecieron presentaban más valvulopatías (50 vs. 0%, p 0,167), complicaciones cardíacas (50 vs. 25%, p 1,0), embolias múltiples (33 vs. 25%, p 0,657), tratamiento conservador (83 vs. 0%, p 0,024), anticoagulación con heparina (67 vs. 0%, p 0,019) y tratamiento antibiótico (100 vs. 75%, p 0,4).

## Frecuencia de variables cuantitativas (mediana (RI))

PCR (mg/dl)	6,5 (1,4-10,6)
D-dímero (ng/ml)	5.836 (1.120-8.227)
Leucocitos (/&mu;L)	9.575 (6.350-15.100)
C3 (mg/dl)	92,80 (66,8-101,9)
C4 (mg/dl)	21,2 (11,5-29,3)

## Características clínicas y demográficas

Edad (mediana (RI))	62,92 (48,75-76,08)
Sexo femenino (n (%))	6 (60%)
Índice de Charlson (mediana (RI))	7 (1,75-9,75)
Comorbilidades (n (%))	
Cardiopatía isquémica	0
Insuficiencia cardiaca	3 (30%)
Enfermedad vascular periférica	0
Enfermedad cerebrovascular	3 (30%)
Hemiplejia	0
Demencia	0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2 (20%)

Conectivopatía	2 (20%)
Hepatopatía	2 (20%)
Úlcera péptica	0
Diabetes mellitus	1 (10%)
Enfermedad renal crónica	2 (20%)
Neoplasia sólida	5 (50%)
Localizado	2 (20%)
A distancia	3 (30%)
Linfoma o Leucemia	0
VIH	1 (10%)
Cardiopatía predisponente	
Valvulopatía previa	3 (30%)
Insuficiencia	2 (20%)
Doble lesión	1 (10%)
Localización	
Aórtica	1 (10%)
Polivalvular	2 (20%)

## Etiologías endocarditis marántica

	Pulmonar (1 (10%))	
	Gastrointestinal (unión esófago gástrica) (1 (10%))	
Neoplasias (5(50%))	Hepatobiliar (páncreas) (1 (10%))	
	Urológico (vejiga) (1 (10%))	
	Primario no filiado (adenocarcinoma) (1 (10%))	
	Síndrome antifosfolípido (SAF) (1 (10%))	
Autoinmunidad (2(20%))	Lupus eritematoso sistémico + SAF (1 (10%))	
	Trombocitemia esencial (1 (10%))	
	Glomerulonefritis membranoproliferativa virus hepatitis C (trombosis vasos	
Protrombótica (3 (30%))	renales) + SARS-CoV-2 (1 (10%))	
	Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa) (1 (10%))	

## Complicaciones endocarditis marántica

### Complicaciones cardiacas

Neoplasia n = 5	2 (40%)	
EAS n = 2	0 (0%)	p 0,536
Pat. protrombótica n = 3	2 (67%)	

### Complicaciones extracardiacas

## Embolismos

Neoplasia 2 (40%)

EAS 1 (50%) p 1,000

Pat. protrombótica 2 (67%)

## Isquemia SNC

Neoplasia 3 (60%)

EAS 2 (100%) p 0,750

Pat. protrombótica 2 (67%)

## Tratamiento

### Tratamiento antibiótico

Neoplasia 5 (100%)

EAS 2 (100%) p 0,500

Pat. protrombótica 2 (67%)

### Tratamiento anticoagulante

Neoplasia 4 (80%)

EAS 2 (100%) p 1,000

Pat. protrombótica 3 (100%)

### Tratamiento con corticoides

Neoplasia	2 (40%)	
EAS	1 (50%)	p 1,000
Pat. protrombótica	1 (33%)	
Tratamiento inmunosupresor		
Neoplasia	1 (20%)	
EAS	1 (50%)	p 1,000
Pat. protrombótica	1 (33%)	

*Conclusiones:* La EM es una enfermedad infrecuente, con un pronóstico que depende en gran medida de la etiología subyacente. Los pacientes con neoplasias tuvieron una edad más avanzada y mayor comorbilidad, presentando a su vez mayor mortalidad. Los pacientes con enfermedad autoinmune o protrombótica presentaron mejor pronóstico. La presentación clínica fue similar entre grupos, destacando la alta frecuencia de embolización. Las diferencias en el tratamiento son atribuibles a la enfermedad de base.