

Tabla 1
Características al trasplante cardíaco (TC) en pacientes VIH+

Caso	Año	Edad al TC	Sexo	Transmisión	VIH/VHC	SIDA previo al TC	CD4 previo al TC (cél/mm ³)	Cambio TAR al TC	Indicación TC
1 ^a	2000	14	M	Heterosexual	No	No	-	-	Miocardopatía dilatada idiopática
2	2007	39	V	Homosexual	No	No	> 200 (744)	ABA+ 3 TC + RAL	Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardíaca
3	2014	46	V	Homosexual	No	No	>200 (215)	TNF +FTC +RAL	Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardíaca
4	2016	59	V	Homosexual	No	S. Kaposi	> 200 (437)	ABA+ 3TC + RAL	Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardíaca
5	2017	64	V	Homosexual	Sí	No	> 200 (400)	FTC + TNF + NEV	Endocarditis protésica tardía. Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardíaca

^a Infección por VIH adquirida posterior al trasplante.

Tabla 2
Complicaciones post-TC

Caso	Rechazo	Infecciones bacterianas	Virales	Fúngicas	Complicaciones no infecciosas	Mortalidad
1 ^a	Sí (IA)	Neumonía neumocócica	CMV	No	Vasculopatía del injerto	Sí, a los 14 años
2	Sí (III)	No	CMV	No	Cardiopatía isquémica	No
3	No	No	CMV	No	No	No
4	No	<i>K. pneumoniae BLEEC. difficile</i>	CMV	<i>Aspergillus</i>	Diálisis por nefropatía tubular aguda Taponamiento cardíaco	Sí, a los 6 meses
5	No	No	CMV	Candidemia <i>C. parapsilosis</i>	No	No

^a Infección por VIH adquirida posterior al trasplante

insuficiencia cardíaca terminal hace que el trasplante cardíaco sea la única alternativa terapéutica y eficaz.

Objetivo: Describir las características clínicas, complicaciones, tanto infecciosas como no infecciosas, y supervivencia en los pacientes infectados por el VIH y trasplante cardíaco (TC).

Método: Identificación de los pacientes diagnosticados de VIH y TC en el Hospital Clínic de Barcelona. Los criterios dependientes de VIH para el TC fueron: CD4 > 200 cel./mm³, carga viral del VIH indetectable con TAR, no infecciones oportunistas previas excepto tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis jiroveci* y candidiasis esofágica.

Resultados: Desde enero del 2000 hasta marzo del 2017 se realizaron 285 TC en el Hospital Clínic de Barcelona. En 4 pacientes (1,5%) la infección por VIH fue previa al trasplante y en un paciente la infección por el VIH se adquirió en el post-TC tardío. Cuatro pacientes eran varones. La edad media al momento del trasplante fue de 44,4 años. Uno de ellos presentaba coinfección con VHC con curación tras tratamiento antiviral. Todos presentaban carga viral indetectable y CD4 mayor de 200 cel./mm³ al menos 6 meses antes del TC. La causa de TC fue insuficiencia cardíaca en fase avanzada, por cardiopatía isquémica en 4 pacientes; de estos, uno además presentó una endocarditis protésica tardía por *Staphylococcus aureus* como desencadenante y una paciente presentaba una miocardopatía dilatada idiopática. Se realizó cambio del tratamiento TAR en 3 pacientes previo al trasplante para evitar interacciones con los inmunosupresores (se introdujo raltegravir). Como complicaciones infecciosas, 4 presentaron infección por CMV, 2 bacterianas (neumonía por *Streptococcus pneumoniae* e infección de piel y partes blandas por *Klebsiella pneumoniae* junto con diarrea por *C. difficile*) y 2 fúngicas (neumonía por *Aspergillus* y candidemia por catéter por *Candida parapsilosis*). Otras complicaciones no infecciosas que se observaron en el post-TC fueron: rechazo en 2 de ellos, diabetes en uno, taponamiento cardíaco en uno y colocación de stent en 2 casos. Dos pacientes fallecieron, uno a los 14 años del TC por lesiones vasculares del injerto y el otro paciente a los 6 meses por shock séptico secundario a neumonía aspirativa nosocomial.

Conclusiones: El TC fue eficaz en pacientes con infección por VIH e insuficiencia cardíaca terminal. Si bien la experiencia clínica es escasa, parece que estos pacientes tienen las mismas complicaciones infecciosas, no infecciosas y pronóstico que los pacientes sin infección por VIH.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.012>

Endocarditis infecciosa (EI) por *Candida* en un hospital terciario



Regino Rodríguez-Álvarez^{a,*}, J. Goikoetxea^a, R. Voces^b, L. López-Soria^c, M. Montejo^a, por el Grupo GAME del Hospital de Cruces

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

^b Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

Correo electrónico: rodriguezregino@hotmail.com (R. Rodríguez-Álvarez).

Justificación: Aunque en los últimos años estamos observando un aumento en los casos de endocarditis fúngicas, constituyen un bajo porcentaje del total de endocarditis y representan entre el 1 y el 6%, alcanzando el 10% del total de pacientes con EI sobre prótesis. Las causadas por *Candida* ocupan el 50-70% del total de endocarditis por hongos, y aunque es una entidad infrecuente, se asocia con una mortalidad entre el 30 y el 80%.

Método: Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EI definida por los criterios modificados de Duke en un hospital universitario entre 2007 y 2017.

Resultados: Durante ese periodo se han diagnosticado 4 casos de EI por *Candida* que correspondían a 3 varones y una mujer de edad media 73,5 años. Los 4 pacientes eran portadores de válvu-

las protésicas, 2 con prótesis mecánicas y los otros 2 biológicas; un paciente era portador de marcapasos. La adquisición fue nosocomial en dos casos. La media de tiempo de presentación tras la cirugía fue de 186 días, con un rango de 34 a 150 días. Dos casos eran portadores de un catéter central: uno por insuficiencia renal en hemodiálisis y otro colocado al ingreso, con aislamiento de *Candida* en el caso que se realizó cultivo. Los 4 presentaron fiebre, 2 referían astenia y uno, disnea. Un paciente sufrió endoftalmitis. La válvula mitral estaba afectada en 3 pacientes (2 con prótesis mecánica) y la aórtica en el cuarto caso. El ecocardiograma transtorácico fue diagnóstico en 3 pacientes, y en el paciente con marcapasos el diagnóstico se realizó por ecocardiograma-transesofágico. El tamaño de las vegetaciones osciló entre 7 y 27 mm. *C. albicans* fue el agente responsable en 3 casos y *C. metapsilosis* en el cuarto. Los pacientes con EI causada por *C. albicans* recibieron tratamiento con caspofungina en monoterapia en un caso y los otros 2 con asociación de caspofungina y anfotericina B liposomal uno y en el que presentaba endoftalmitis se administró caspofungina y fluconazol. Tres pacientes recibieron tratamiento quirúrgico: uno por presentar insuficiencia mitral severa, otro por fiebre persistente y aumento del tamaño de las vegetaciones y el tercero por desarrollar embolismos periféricos. En un paciente se desestimó la cirugía por la situación clínica que presentaba, falleciendo 24 horas después y confirmándose EI en la necropsia. De los 3 pacientes intervenidos, falleció el paciente con EI por *C. metapsilosis*. En los otros 2 la evolución ha sido satisfactoria.

Conclusiones: La endocarditis por *Candida* es una causa poco común de endocarditis infecciosa, pero se asocia a una mortalidad considerable. En nuestra serie, aunque son pocos casos, fue del 50%. La clínica suele ser inespecífica, por lo cual se requiere un alto índice de sospecha en pacientes portadores de válvulas protésicas o dispositivos y factores de riesgo o fiebre sin un claro foco.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.013>

Episodios de endocarditis infecciosa (EI) en pacientes con infección por VIH



X. Kortajarena*, M.A. Goenaga, M. Ibarguren, H. Azkune, M.J. Bustinduy, X. Camino, F. Rodriguez, M.A. Von Wichmann, J.A. Iribarren

Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián
Correo electrónico:
xabier.kortajarenaurkola@osakidetza.eus
(X. Kortajarena).

Justificación: Los pacientes con infección por VIH históricamente han presentado mayor prevalencia de endocarditis infecciosa (EI), sobre todo en relación con el consumo de drogas por vía endovenosa. Con la aparición de la triple terapia antirretroviral y la disminución del consumo de drogas por vía endovenosa, la supervivencia de los pacientes VIH ha aumentado y los casos de endocarditis parecen tener mayor similitud actualmente con la población general.

Objetivo: Conocer las características demográficas, de causa, evolución y supervivencia de los episodios de EI en pacientes con infección por VIH.

Método: Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de EI en la cohorte de pacientes infectados por VIH en un hospital terciario entre los años 1988 y junio de 2017. Se analizan los informes de alta recogiendo datos demográficos, relativos a la infección por VIH y relativos al episodio de endocarditis.

Resultados: Se reclutaron 25 episodios de EI de 20 pacientes diferentes. Un mismo paciente presentó 4 episodios de EI en años diferentes. Tomando en cuenta el año 1996 por el inicio de la triple

terapia, 16 episodios (64%) fueron previos a 1996 y 9 posteriores (36%). La mediana de edad fue de 39 años. El 80% fueron varones. El 68% eran usuarios de drogas por vía parenteral en activo. El 32% presentaban alguna valvulopatía previa conocida y solo dos pacientes tenían una válvula protésica. Según los criterios de Duke modificados, el 16% fueron posibles y el 84% definidas. Sobre la válvula afectada: tricuspídea 52%, aórtica 12%, mitral 8%, multivalvular 12% y desconocida 16%; por tanto, afectación izquierda 24%, derecha 52%, ambas 8% y desconocida 16%. El germen causante: *S. aureus* 48%, estreptococos 12%, enterococos 8%, gramnegativos 4%, otros 4%, mixto 4% y cultivos negativos 21,7%. Dos pacientes (8%) requirieron tratamiento quirúrgico. La mortalidad del episodio fue del 0%, y al año había fallecido un paciente por sida, salvo el último episodio, que ha tenido únicamente 3 meses de seguimiento. No hubo ninguna recidiva. Respecto a la infección por VIH: el modo de adquisición fueron drogas por vía intravenosa 92%, contacto sexual 4% y desconocido 4%. El 48% presentaba un estadio de las CDC de sida y el 40% se encontraban en tratamiento antirretroviral en el momento del episodio de EI.

Conclusiones: La EI en pacientes con infección por VIH se presenta mayoritariamente en varones (80%), usuarios de drogas por vía parenteral (68%) con una mediana de edad de 39 años. La válvula más frecuentemente afectada es la tricuspídea (52%) y el germen más frecuente es *S. aureus* (48%), a pesar de lo cual no hubo ningún fallecimiento ni recidiva en nuestra serie de pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.014>

¿Es hora de revisar los criterios IDSA de selección de pacientes candidatos a tratamiento antibiótico a domicilio (TADE) en endocarditis?



Miguel Ángel Goenaga^{a,*}, Xabier Kortajarena^a, Rebeca García^a, Carmen Garde^a, Ana Fuertes^{a,b}, Karlos Reviejo^b, Maialen Ibarguren^a, Harkaitz Azkune^a, Maria Jesús Bustinduy^{a,b}, grupo gamegi

^a OSI Donostialdea (Hospital Donostia)

^b Policlínica Gipuzkoa

Correo electrónico: goenagasanchez@gmail.com
(M.Á. Goenaga).

Justificación: Aun siguen vigentes los criterios IDSA (Andrews, CID 2001) para seleccionar a los pacientes candidatos a TADE en la endocarditis infecciosa (EI). Dichos criterios son muy conservadores y no totalmente seguidos en nuestro entorno (Pericás JM, Congreso Nacional SEIMC 2016).

Objetivo: Describir la utilización de dichos criterios en un hospital terciario con amplia experiencia en TADE y sus resultados.

Método: Revisión de las historias clínicas de todos los pacientes con EI tratados con TADE, a cargo de una UHAD, en el período comprendido entre 1996-2006. Se entiende como fracaso de los criterios la necesidad de reingreso o el no cumplimiento del plan inicial previsto.

Resultados: En el período 1996-2016 han sido tratados 222 episodios de EI con TADE.

La media de edad de los pacientes fue de 66 años (R 22-92 años). El 71% fueron varones. Según criterios Duke, el 71% fueron EI definitivas. El 68% de los casos no cumplían los criterios IDSA. La EI se asentó sobre válvula protésica en un 29% de los casos, y un 11% sobre electrocatéter. Un 52% de las válvulas naturales afectadas fueron aórticas. Etiología: 11% fueron por *S. aureus*. Los pacientes fueron tratados de media 16 días en hospital (15 días en los que sí cumplen vs 17 días en los que no) y 22 días en domicilio (22 vs 22 días). Diferencias no significativas.