

20-ID: 220040

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA ANTES Y DESPUÉS DE IMPLANTAR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR



M. Morante¹, A. Cabello¹, A. Pello²,
R. Hernández³, R. Fernández-Roblas⁴,
G. Aldamiz-Echevarría³, M.Á. Navas²,
V. Hortigüela⁵, M. Tomás⁶, L. Varela³

¹ División de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna

² Servicio de Cardiología

³ Servicio de Cirugía Cardiovascular

⁴ Servicio de Microbiología

⁵ Servicio de Cuidados Intensivos

⁶ Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital

Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad compleja cuya variabilidad en la presentación hace que ningún médico pueda tratar a un paciente con EI de forma aislada y que el trabajo colaborativo entre profesionales especializados sea fundamental para optimizar su manejo.

Objetivo: Describir los cambios en el diagnóstico, manejo y evolución de los pacientes tras la instauración de un equipo multidisciplinar (*Endocarditis Team*, ET).

Método: Estudio retrospectivo a partir de los registros diagnósticos y revisión de las historias clínicas de los pacientes con EI en nuestro centro desde 1/1/2016 al 31/12/2021. Se dividió la muestra en dos grupos: antes y después del establecimiento del ET (marzo 2019). Se analizaron características basales, morbilidad y resultados. Se evaluaron los eventos durante la hospitalización y seguimiento en el primer año.

Resultados: Ingresaron 107 pacientes con diagnóstico de EI en el periodo de estudio: 44 (41,1%) antes de la conformación del ET y 63 con ET (58,9%). La edad media fue de 70,1 años, 60,8% eran varones, con un Charlson ajustado a edad medio de 4,9. El 34,6% habían tenido antecedentes de cirugía cardíaca y el 45,8% de valvulopatía. No hubo diferencias significativas entre los periodos. Veinticuatro EI fueron nosocomiales: 9 (20,5%) previo al ET y 15 (23,8%) durante ET. Veintisiete sobre válvulas protésicas: 10 (22,7%) sin ET y 17 (26,9%) con ET. Cinco sobre TAVI: 2 sin ET (4,6%) y 3 con ET (4,8%). Se objetivaron reducciones significativas en el tiempo ingreso-adquisición de hemocultivos (3,6 días antes del ET vs. 0,16 días tras ET, $p: 0,01$), y en el tiempo ingreso-realización del ecocardiograma transesofágico (8,7 días sin ET vs. 4,4 días con ET, $p: 0,11$). Aumentaron los pacientes clasificados por los criterios de Duke: 31 (70,5%) vs. 51 (82,3%) con ET. Se observó un aumento en la detección de EI por *Staphylococcus aureus* (SA), 13 (25%) vs. 25 (39%). Aumentaron las intervenciones quirúrgicas (17 pacientes [38,6%] antes de ET vs 30 [47,6%] con ET), y el manejo quirúrgico en pacientes con indicación (65,3 vs. 75%) sin alcanzar la significación estadística. No se evidenciaron diferencias en complicaciones entre ambos grupos, pero sí una tendencia a la disminución de ictus (25 vs. 9,2%), embolismos a distancia (43,3 vs. 23,2%), las complicaciones intracardiacas (47,7 vs. 38,1%) y abscesos (15,9 vs. 6,4%). La tasa de mortalidad hospitalaria fue del 20,5% sin diferencias significativas. Sí disminuyeron las pérdidas de seguimiento (22,9 vs. 2,1% con ET) y aumentó la tasa de supervivencia y curación completa al año, que fue mayor tras la instauración del ET (48,6 vs. 79,2%, $p: 0,02$). También disminuyeron las recidivas (14,3 vs. 6,3%, $p: 0,02$).

Conclusiones: La instauración del ET mejoró los tiempos diagnósticos, la clasificación y el manejo médico-quirúrgico de los pacientes, así como la tasa de supervivencia en el primer año de seguimiento.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.024>

21-ID: 220041

ENDOCARDITIS MULTIVALVULAR CON AFECTACIÓN PULMONAR POR *BARTONELLA QUINTANA* EN ADULTO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA



R. Aranda-Domene¹, E. Sandoval-Martínez²,
G. Cuervo³, L. Sanchís⁴, I. Morales-Rey⁵,
P. Matute-Ruiz⁶, M. Hernández-Pitol⁷,
C. García de la Mària⁷, J.M. Miró⁷, E. Quintana²

¹ Fellowship Cirugía Cardíaca

² Servicio de Cirugía Cardíaca

³ Servicio de Enfermedades Infecciosas

⁴ Imagen cardíaca, Servicio de Cardiología

⁵ Servicio de Cirugía Cardíaca

⁶ Servicio de Anestesiología

⁷ Hospital Clínic Barcelona, Hospital Clínic de Barcelona

Justificación: La prevalencia de endocarditis pulmonar se estima inferior al 3% en nuestro medio. *Bartonella* spp. es causa conocida de endocarditis con hemocultivo negativo, describiéndose una prevalencia del 0,3% en nuestro medio. La presencia de destrucción y vegetaciones a nivel valvular pulmonar por *Bartonella quintana* es excepcional.

Objetivo: Describir la afectación pulmonar a través de materiales audiovisuales de alta calidad (vídeo intraoperatorio) y el análisis de determinaciones microbiológicas/serológicas en un paciente con cardiopatía congénita y enfermedad reumática mitral asociada a endocarditis derecha por *Bartonella quintana*.

Método: Varón de 40 años de origen africano que se presenta en Urgencias por dolor torácico y síndrome febril de dos semanas de evolución. En la exploración física destaca un soplo panfocal y crepitanes pulmonares aislados. Se realiza ecocardiografía transesofágica con hallazgo de CIA tipo *ostium secundum*, insuficiencia pulmonar grave con vegetaciones de gran tamaño (la mayor de 15 × 11 mm), válvula mitral de velos engrosados y con insuficiencia grave por prolapso a nivel de A3. TAC torácico con moderado derrame pericárdico y pleural bilateral, severa cardiomegalia y consolidación en lóbulo inferior izquierdo.

Resultados: Se inicia antibioterapia empírica con ampicilina, cloxacilina y gentamicina. Tras descartar embolismos pulmonares y sistémicos asociados, se decide intervención quirúrgica urgente (> 24 h desde diagnóstico) para prevención de embolia y control de la descompensación hemodinámica. Presenta en cirugía cardiomegalia global e hipocontractilidad de ventrículo derecho. La válvula pulmonar muestra destrucción y vegetaciones en los tres velos. A nivel mitral hay pequeñas vegetaciones (< 5 mm). Se realiza reparación mitrotricuspidéa, cierre de CIA, sustitución valvular pulmonar con prótesis biológica e infundibuloplastia del tracto de salida de ventrículo derecho. Correcta evolución postoperatoria con hemocultivos preoperatorios negativos y detección de *B. quintana* en PCR 16S ARNr bacteriano en implantes mitrales y pulmonares. Los hallazgos sugieren la posibilidad de patología reumática mitral incipiente asociada. La serología mostró positividad a títulos de 1/1.260 para *B. quintana* y *B. henselae* (probable reacción cruzada entre especies). Se realizó tratamiento dirigido con ceftriaxona IV 2 g/d y gentamicina IV 3 mg/kg/d (máximo 240 mg/d) durante