

diabéticos, el 75,7% obesos (IMC > 30) y el 27,9% EPOC. El 14,8% eran fumadores activos y 37,7% exfumadores. El tiempo medio de circulación extracorpórea fue de 143,7 (\pm 61,7) minutos. Los estafilococos coagulasa negativos (SCN) fueron la etiología predominante (29,5%), seguido de lejos por anaerobios (9,8%), estafilococo aureus (9%) y enterobacterias (9%). En un 20,5% de pacientes no se obtuvo aislamiento microbiológico. La presentación clínica más frecuente fue supuración de la herida con inestabilidad esternal (27,9%), seguida de supuración de la herida con esternón estable (17,2%). Un 15,6% tenían osteomielitis diferida con estabilidad esternal y el 14,8% infección superficial de la herida quirúrgica. El 44,3% se trató de forma conservadora (antibioterapia exclusivamente), y el resto fueron reintervenidos, con cierre inmediato (67,7%) o diferido (32,3%). La mortalidad atribuible a 1 año fue del 15,6%. La etiología más agresiva fue *Candida* spp (42,8% de mortalidad), seguido de SCN con un 21,1% ($p=0,039$). Se observó una tendencia a mayor mortalidad en diabéticos ($p=0,061$), y en EPOC ($p=0,082$). No se encontraron diferencias significativas entre manejo conservador, cierre inmediato y diferido ($p=0,278$).

Conclusiones: Los datos obtenidos son superponibles a la literatura. La diabetes, el EPOC y la obesidad se comportaron como factores de riesgo de IHQ. Predominaron etiológicamente los microorganismos de crecimiento lento SCN, y la etiología más mortal fue *Candida* spp. No conseguimos demostrar diferencias con respecto al manejo de estos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.027>

24-ID: 220045

RECONSTRUCCIÓN DE LA CONTINUIDAD MITRO-AÓRTICA POR ENDOCARDITIS. ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE



M.A. Soler Oliva, B. Ramos Barragán, I. Sanchís Haba, E. Sánchez Domínguez, A. Adsuar Gómez, A. González Calle, A.M. Hernández Fernández, E. Gutiérrez Cantero, M. García de la Borbolla, J.M. Borrego Domínguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Justificación: La afectación de la continuidad mitro-aórtica en las endocarditis supone un reto quirúrgico con alta morbimortalidad.

Objetivo: Analizar los resultados en nuestro centro de la cirugía de reconstrucción del cuerpo fibroso intervalvular con sustitución mitral y aórtica (Commando), reparación mitral y sustitución aórtica (Hemi-Commando), o sustitución mitral y aórtica con cirugía de la raíz (Root-Commando) en pacientes con endocarditis.

Método: Análisis descriptivo de las variables clínicas y resultados de los pacientes intervenidos con cirugía de reconstrucción de la continuidad mitro-aórtica por endocarditis desde noviembre 2018 hasta septiembre 2022.

Resultados: Se han intervenido 12 pacientes. En cuanto a las variables clínicas, la edad media fue $68,02 \pm 7,25$ años, 11 pacientes (91,7%) eran varones, 10 casos (83,3%) eran reintervenciones. El Euroscore II medio fue de $41 \pm 19,84\%$ y el Aporte medio fue de $35,50 \pm 12,50\%$. En cuanto a los microorganismos causantes, 6 casos fueron por *Staphylococcus epidermidis* MR (50%), 1 caso por *Enterococcus faecalis* (8,3%), 1 caso por *Klebsiella pneumoniae* (8,3%), 1 caso por *Streptococcus oralis* (8,3%), 1 caso por *Streptococcus anginosus* (8,3%), 1 caso por *Streptococcus gallolyticus* (8,3%) y 1 caso por *Staphylococcus warneri* (8,3%). Con respecto al procedimiento realizado, en 3 pacientes se usó la técnica Commando (25%), en 4 pacientes la técnica Hemi-Commando (33,3%) y en 5 pacientes la técnica Root-Commando (41,7%). Se realizó cirugía tricuspídea

en 1 caso (8,3%), reconstrucción de la aurícula derecha en 1 caso (8,3%) y cierre de comunicación interventricular endocárdica en 2 casos (16,7%). Los tiempos de CEC y clampaje aórtico medios fueron $306,42 \pm 71,83$ y $241,17 \pm 41,59$ minutos respectivamente. En lo referente a las complicaciones, 2 pacientes (16,7%) precisaron soporte ECMO VA, 3 pacientes (25%) necesitaron diálisis y 6 pacientes (50%) requirieron implante de marcapasos definitivo. El tiempo de ventilación mecánica medio fue 212 ± 332 horas. La estancia en UCI y postoperatoria media fueron $17,33 \pm 23,37$ y $31,25 \pm 27,21$ días respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue de 5 casos (41,7%). Con un seguimiento medio de $20,92 \pm 14,19$ meses, la mortalidad es de 7 (58,3%) casos.

Conclusiones: La cirugía de reconstrucción de la continuidad mitroaórtica en las endocarditis es una técnica muy compleja y con alta morbimortalidad perioperatoria. Sin embargo, es la única opción quirúrgica viable y de supervivencia en este grupo de pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.028>

25-ID: 220046

ENDOCARDITIS POR ENTEROCOCO CON RESISTENCIA INTRÍNSECA A VANCOMICINA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS



B. Alcaraz Vidal¹, R. Mármol Lozano², V. Silva Croizzard³, R. Jiménez Sánchez⁴, N. Cobos Trigueros¹, F. Buendía², M.J. del Amor Espín³, T. Dumitru Dumitru¹, V. Campos Rodríguez¹, S. Valero Cifuentes¹

¹ Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas

² Cardiología

³ Microbiología y Parasitología Clínica

⁴ Medicina Intensiva, Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena

Justificación: Las especies de *Enterococcus* resistentes a vancomicina son responsables de una pequeña proporción de las endocarditis enterocócicas, y excepcionales aquellas con resistencia intrínseca a vancomicina, *Enterococcus gallinarum* y *Enterococcus casseliflavus/flavescens*, que conforman el grupo *E. gallinarum*, y representan menos del 10% del total de bacteriemias enterocócicas. Por tal excepcionalidad proponemos describir los casos de endocarditis por *E. gallinarum* atendidas en nuestro centro y revisar la literatura.

Objetivo: Describir y analizar dos casos de endocarditis por *E. gallinarum* diagnosticadas en nuestro hospital con revisión de la literatura.

Método: Descripción de dos casos clínicos atendiendo a patología de base, localización, forma de presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución. Posterior revisión de la literatura y análisis.

Resultados: Caso 1. Varón de 83 años sin cardiopatía, con antecedentes de sigmoidectomía por adenocarcinoma y colecistectomía por colecistitis 3 meses antes. Ingresó por fiebre y disartria. Presenta bacteriemia por *E. casseliflavus* y gran hemorragia cerebral. Desarrolla insuficiencia cardíaca, con vegetación sobre válvula nativa mitral con ruptura de cuerda e insuficiencia mitral grave. Recibe ampicilina y gentamicina. Dada la patología neurológica no se interviene siendo *exitus*. Caso 2. Varón de 68 años portador de prótesis biológica mitral por endocarditis previa por *Streptococcus mitis*. Presenta enfermedad renal crónica y divertículos de colon. Ingresó por fiebre prolongada con *E. gallinarum* en hemocultivos, vegetación en válvula protésica e infarto esplénico. Recibe ampicilina y ceftriaxona quedando asintomático. Se traslada a Cirugía

Cardiovascular con ETE de control siendo devuelto. Posteriormente el PET TAC presenta captación, consolidando con linezolid con evolución favorable. En la literatura existen escasos casos de endocarditis y bacteriemia por *E. gallinarum*. En las series de bacteriemia se describen como factores de riesgo la presencia de neoplasia, patología biliar y hospitalización en los 6 meses previos, factores presentes en el caso 1. En más del 60% presentan criterios de sepsis, como nuestra serie. Según publicado la bacteriemia es mayoritariamente polimicrobiana y de origen biliar, siendo de foco desconocido apenas un 15%; destacando que en nuestra serie no identificamos el foco de bacteriemia. En la literatura el pronóstico suele ser bueno, siendo desigual en nuestros casos, con un fallecimiento.

Conclusiones: 1. La endocarditis por *Enterococcus gallinarum* es excepcional y la resistencia intrínseca a Vancomicina no comporta peor pronóstico. 2. Convendría despistaje de patología biliar y neoplásica en estos casos. 3. La destrucción valvular y el pronóstico son muy desiguales en nuestra serie.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.029>

26-ID: 220047

INFECCIÓN DE DISPOSITIVO INTRACARDIACO POR CANDIDA LUSITANIAE

D. García Rosado, M.M. Alonso Soca,
C. Borja-Goyeneche, M. di Silvestre Alonso,
P.C. Prada Arrondo, A. Madueño Alonso,
M.J. García González, M.M. Martín Cabeza,
I.D. Poveda Pinedo, J. La Calzada Almeida

Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

Justificación: Las infecciones asociadas a dispositivos intracardiacos (DIC) aumentan con la ampliación de su uso. La infección *Candida spp* es excepcional (*Candida albicans* o *C. parapsilopsis* más frecuentes) con alta mortalidad si no se retira el DIC. Se describen pocos casos de endocarditis sobre válvula protésica por *Candida lusitaniae*, pero no lo hemos encontrado en la infección de DIC.

Objetivo: Caso con etiología poco frecuente.

Método: Infección de marcapasos por *Candida lusitaniae*.

Resultados: Varón de 69 años con implantación de marcapasos (MCP) VDD definitivo en 2014 por bloqueo AV Mobitz II. En 2020 recambio bicameral contralateral por disfunción, abandonando el electrodo VDD. Vertebroplastia percutánea de L2 en 2021 postraumática, hiperplasia prostática benigna. Presenta pérdida de peso, sudoración nocturna y disnea progresiva, de meses de evolución. Se realiza ETT: estructura de 2,8 × 2,5 cm en AD en contacto con cable ventricular. FEVI 60, PAPs 30 mmHg e ingresa para estudio. Hemocultivos 2/4 se aísla *S. epidermidis* y en 3/4 *Candida lusitaniae* (sensible a azoles y anfotericina B). En angioTAC inicial no se observa infiltrados ni TEP, no inmunosuprimido, no antibióticos en los dos últimos años, ni sondaje vesical. Se comienza con cloxacilina, daptomicina, voriconazol y caspofungina y traslado a nuestro centro. Tras hemocultivos de control negativos (5 días tras inicio del tratamiento) se hace la retirada percutánea del cable abandonado y DIC completo; cultivos DIC positivos para *C. lusitaniae*. Tras esto presenta fiebre, desorientación e insuficiencia respiratoria. En ETT se ven mamelones espiculados en AD de 1,1 cm, HTP moderada y trombo que ocluye por completo la arteria pulmonar principal derecha, por lo que realiza trombectomía, consiguiéndose permeabilización del tronco común y sus ramas principales, cultivos del trombo positivos para *C. lusitaniae*. Se modifica el tratamiento antifúngico a anfotericina B liposomal y fluconazol altas dosis, con control de la candidemia. Se coloca marcapasos epicárdico, se suspende la anfotericina B por TV secundaria a alteraciones elec-

trolíticas, se modifica por fluconazol y anidulafungina. Precisa una segunda trombectomía, la histología del trombo con esporas e hifas pero el cultivo es ya negativo. Posteriormente evoluciona favorablemente y en la ETE, a 4 semanas del explante, continúa imagen en pared de AD de 1 cm, IT leve. Recibió 6 semanas de tratamiento antifúngico endovenoso y continuó con fluconazol vía oral durante 6 meses con control ecocardiográfico y angioTAC.

Conclusiones: Paciente sin factores de riesgo e infección grave del DIC por *C. lusitaniae* y embolismo séptico recurrente de la arteria pulmonar principal derecha, con buena evolución tras explante del DIC, trombectomías de la A. pulmonar a y tratamiento antifúngico prolongado.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.030>

27-ID: 220048

ENDOCARDITIS INFECCIOSA NATIVA SOBRE VÁLVULAS MITRAL Y TRICÚSPIDE EN PACIENTE CON CIV PERIMEMBRANOSA CONGÉNITA

M.A. Soler Oliva, F. Rodríguez Mora,
A. González Calle, B. Ramos Barragán,
I. Sanchis Haba, A. Adusar Gómez,
E. Gutiérrez Cantero, E. Sánchez Domínguez,
M. García de la Borbolla Fernández,
J. Borrego Domínguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Justificación: La comunicación interventricular (CIV) es la cardiopatía congénita que se asocia con mayor frecuencia a la endocarditis infecciosa (EI), afectando esta a localizaciones poco frecuentes.

Objetivo: Presentación de un caso de EI en paciente con CIV congénita como ejemplo de las peculiaridades de la localización cuando aparece esta asociación.

Método: Exposición de un caso clínico de EI nativa sobre válvulas mitral y tricúspide en paciente con CIV perimembranosa restrictiva.

Resultados: Varón de 18 años en seguimiento desde la infancia por CIV perimembranosa subaórtica restrictiva que ingresa en UCI en situación de shock séptico sin foco. En ecocardiograma transtorácico (ETT), grandes vegetaciones mitral y tricúspide así como insuficiencia moderada de ambas válvulas. CIV perimembranosa con shunt izquierda derecha y con una gran vegetación en esa zona. En hemocultivo (HC) se aísla *Staphylococcus aureus* metilicilín sensible (SAMS), por lo que se inicia antibioterapia dirigida con cloxacilina y daptomicina. En TAC se observan embolismos sépticos cerebrales, pulmonares y esplénicos. Primeras 72 horas de ingreso en situación de fracaso multiorgánico (FMO). En ETT de control, crecimiento de la verruga tricuspídea y progresión de las insuficiencias valvulares de moderadas a severas. Ante situación de infección descontrolada e insuficiencia grave, se plantea intervención quirúrgica urgente, pero se decide retrasarla dos semanas para disminuir el riesgo de transformación hemorrágica de los ictus. En los siguientes días, mejoría de la situación de FMO. Negativización de HC al octavo día de tratamiento efectivo. Intervención quirúrgica en la que se observa CIV amplia de 1 cm de diámetro con tejido fibroso que la hace restrictiva, válvula tricúspide con gran destrucción de toda la región que circunda a la CIV y grandes vegetaciones hacia el TSVD con implantes en la pared libre del VD. Destrucción del festón P3 y comisura posterior de la mitral con vegetaciones moderadas. Anillo de ambas válvulas respetados. Se realiza resección de vegetaciones y tejido infectado, cierre de CIV con parche de pericardio bovino y sustitución valvular mitral mecánica y tricúspide biológica. Posoperatorio inmediato favorable con extubación y retirada