

**1. Recambio en un solo tiempo de infecciones en dispositivos de electroestimulación cardíaca**

A. de Alarcón*, E. Gutiérrez-Carretero, E. Arana, A. Pedrote, J. Acosta-Martínez, F. Laviana, J. Eslava

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Correo electrónico: aa2406ge@yahoo.es

(A. de Alarcón).

Introducción: El momento de recambio tras la extracción de dispositivos de electroestimulación cardíaca infectados es un aspecto muy controvertido. Habitualmente se realiza en un segundo tiempo por el miedo a una reinfección en el nuevo dispositivo, tras un intervalo «puente» que puede variar entre 72 h y 2 semanas, dependiendo del tipo de infección y que obliga a colocar un dispositivo provisional en pacientes estrictamente dependientes de electroestimulación.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia para ver si existen diferencias dependiendo del momento del recambio.

Pacientes y método: Durante el periodo 1984-2015, 315 infecciones por marcapasos (MP) y desfibriladores automáticos implantables (DAI) fueron atendidas en nuestro centro (193 locales y 121 sistémicas), con un total de 280 extracciones percutáneas. Seleccionamos aquellas en las que se extrajo de manera completa el sistema y se realizó una reimplantación contralateral, en un tiempo (grupo 1) o en 2 (grupo 2). La selección hacia uno u otro grupo no fue aleatoria, sino motivada por razones técnicas.

Resultados: De 128 infecciones locales, en 96 se realizó el recambio en un tiempo (82 MP y 14 DAI) y en 32 (7 MP y 25 DAI) en 2 tiempos, con un tiempo medio de intervalo de 6 días en el grupo 2 y un tiempo medio de tratamiento (21 días) y estancia (8 días) similares. Se registraron 3 reinfecciones (3%) en el grupo 1 y una (3%) en el grupo 2. En 98 infecciones sistémicas se realizó un recambio en un tiempo en 56 (52 MP y 4 DAI) y en 2 tiempos en 25 (9 MP y 16 DAI), con un tiempo medio de intervalo de 10,5 días. Se observaron 2 reinfecciones (3,5%) en el grupo 1 y 4 (16%) en el grupo 2, con un tiempo de tratamiento similar (35 días), pero una estancia hospitalaria más prolongada (22 vs. 32 días; $p < 0,05$) en el grupo 2.

Conclusiones: El recambio en un solo tiempo permite acortar la estancia hospitalaria y supone una mayor comodidad para el paciente. Aunque los grupos no son completamente comparables (muchos más DAI en el grupo 2) no parece que este proceder se asocie a una mayor tasa de reinfecciones en el implante contralateral.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.026>

2. Análisis de las características de la endocarditis protésica: características, epidemiología e influencia en el pronóstico

L. Varela*, J. López, A. Redondo, M. Martín, T. Centella, J. Miguelena, R. Muñoz, J. Rodríguez-Roda

Ramón y Cajal, Madrid

Correo electrónico: lauravarela21089@gmail.com

(L. Varela).

Justificación: La incidencia de endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula protésica ha aumentado en los últimos años, hasta constituir el 10-20% del total de EI. La afectación protésica se ha relacionado con una alta mortalidad, aparición frecuente de complicaciones y aumento de la complejidad quirúrgica. Analizamos el pronóstico y las características de la EI protésica.

Objetivos: El objetivo primario del presente trabajo fue el análisis comparativo de la mortalidad a corto y largo plazo de la EI protésica, frente a la EI nativa. Como objetivos secundarios se analizaron las características específicas de la EI protésica, así como la morbilidad asociada.

Método: Análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos por endocarditis aguda entre 2002 y 2015, con seguimiento clínico tras alta hospitalaria.

Resultados: Fueron intervenidos 169 pacientes de EI, de los cuales 63 presentaron endocarditis sobre prótesis valvular (37,3%). Las características basales fueron similares entre los 2 grupos analizados.

Los casos con EI protésica se clasificaron en EI precoz (21,73%) y EI tardía (78,27%).

La mortalidad quirúrgica de la EI protésica fue superior a la nativa (31,7% frente 22,6%, $p = 0,19$), acorde con un Euroscore medio significativamente superior (35,7% protésica, 20,9% nativa; $p < 0,001$). La supervivencia a largo plazo, con un seguimiento medio de 51 meses tras el alta hospitalaria, en la EI nativa fue también superior (81,7%) a la de la EI protésica (67,4%).

Analizando las características específicas de la afectación valvular en EI protésica, la afectación valvular aórtica fue la más frecuente (40%). La EI protésica se asoció a una mayor presencia de abscesos paravalvulares en el momento de la intervención (un 44,4% en protésica frente a un 26,2% en nativa; $p = 0,015$) e incremento de la presencia de bloqueo auriculoventricular (27,3 vs. 11,5%; $p = 0,013$). En el momento de la cirugía existía disfunción de la prótesis valvular en el 75,8% de los casos, y el 49,2% de las intervenciones se realizaron de forma urgente.

El *Staphylococcus epidermidis* fue el microorganismo más predominante tanto en la EI protésica precoz (responsable del 60%) como en la tardía (38,6%). El *Staphylococcus aureus* causó el 17% de los casos y el género *Streptococcus* fue el responsable del 13,6%. No hubo diferencias en la tasa de reinfección de la prótesis implantada entre EI nativa y protésica (11,1% en ambos grupos).

Conclusiones: La EI protésica representa un factor de mal pronóstico en el tratamiento quirúrgico de la endocarditis aguda, con mayor mortalidad en el postoperatorio tanto inmediato como a largo plazo. El germen más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus epidermidis*, y suele presentar una alta agresividad local, con alta frecuencia de absceso paravalvular, disfunción protésica y bloqueo auriculoventricular.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.027>

4. Tratamiento quirúrgico en las endocarditis infecciosas por *Enterococcus* spp.



L. Varela*, J. López, A. Redondo, M. Martín,
T. Centella, J. Miguelena, R. Muñoz,
J. Rodríguez-Roda

Ramón y Cajal, Madrid

Correo electrónico: lauravarela21089@gmail.com
(L. Varela).

Justificación: La prevalencia de endocarditis infecciosa por gérmenes del género *Enterococcus* (EIEn) ha aumentado en los últimos años, hasta convertirse en el tercer agente causal en la población occidental. Clasificado de manera clásica como microorganismo poco agresivo, la indicación de cirugía cardíaca presenta características específicas que podrían influir en el abordaje correcto.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es analizar las características específicas de la EIEn en comparación con otros gérmenes causales, y estimar la mortalidad y la morbilidad en el postoperatorio inmediato y a largo plazo.

Método: Análisis retrospectivo, unicéntrico, de todos los pacientes intervenidos de endocarditis aguda entre los años 2002 y 2015, haciendo una subclasificación de las endocarditis infecciosas cuyo agente etiológico fue *Enterococcus* spp.

Resultados: Entre el año 2002 y el 2015 fueron intervenidos 169 casos de endocarditis infecciosa aguda, 18 de los cuales fueron causados por gérmenes del género *Enterococcus* (10,7% del global), afectando un 61% a válvula nativa y un 39% a protésica. Se documentó origen nosocomial de la infección en el 50% de los casos de EIEn.

La mortalidad en el postoperatorio inmediato fue similar a la global (27,8% en EIEn vs. 26% endocarditis infecciosa por otros gérmenes); tampoco hubo diferencias en la supervivencia a largo plazo. No hubo ningún caso de reinfección tras el tratamiento quirúrgico de la EIEn.

Resultaron características específicas de la EIEn una menor agresividad, con una menor capacidad embolígena y de destrucción local (menos abscesos paravalvulares).

Dado que su sintomatología y evolución fue más larvada, se produjo un mayor retraso en la indicación del tratamiento quirúrgico que con otros gérmenes causales, con un tiempo mediano desde el diagnóstico a la cirugía de 21 días en EIEn y de 8 días para el resto de los agentes causales. Esto ocasionó que en el momento de la intervención existiera insuficiencia valvular severa en el 100% de los casos de EIEn sobre válvula nativa, y disfunción protésica en el 75% de las EIEn protésicas. El 88,9% de los pacientes se encontraban en clase funcional III-IV/IV de la NYHA en el momento de la intervención.

Conclusiones: El género *Enterococcus* se asocia a un curso clínico más larvado de endocarditis infecciosa, con menor agresividad local, lo que lleva a diferir el tratamiento quirúrgico. Esto ocasiona mayor destrucción valvular y empeoramiento de la clase funcional en el momento de la intervención por lo que, a pesar de la supuesta menor agresividad de la EIEn, esta tiene una mortalidad similar respecto a otros gérmenes causales.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.028>

5. Endocarditis infecciosa en pacientes añosos: ¿es asumible el riesgo quirúrgico?



Laura Varela Barca*, Jose López Menéndez,
Ana Redondo Palacios, Miren Martín García,
Javier Miguelena Hycka,
Tomas Centella Hernández, Rafael Muñoz Pérez,
Jorge Rodríguez-Roda Stuart

Servicio de Cirugía Cardíaca Adultos, Ramón y Cajal,
Madrid

Correo electrónico: lauravarela21089@gmail.com
(L. Varela Barca).

Justificación: La endocarditis infecciosa continúa siendo una enfermedad grave, con una tasa de mortalidad intrahospitalaria que oscila entre el 9,6 y el 26%, pero difiere de manera considerable en función de las características del paciente. Existen múltiples escalas de predicción del riesgo quirúrgico, específicas de endocarditis, y la edad avanzada está considerada un factor de riesgo quirúrgico en la mayoría de ellas.

Objetivo: Analizar el riesgo quirúrgico asociado a endocarditis infecciosa en pacientes con edad avanzada (PEA), considerando como tales a los pacientes con una edad superior a los 70 años.

Método: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó a todos los pacientes con intervenciones de endocarditis bacteriana entre los años 2002 y 2015, realizando seguimiento clínico tras el alta hospitalaria. Se estratificó la muestra en 2 grupos, en función de la edad en el momento de la intervención, y se analizó la morbilidad a corto y largo plazo.

Resultados: Se intervinieron 169 pacientes de endocarditis aguda, 64 de los cuales eran PEA (37,8%). La mayoría de las características basales fueron similares entre los 2 grupos analizados. El Euroscore logístico preoperatorio fue superior en PEA, con una mortalidad estimada del 36,1% (DE=26,15), frente al 20,46% (DE=19,52) en menores, como corresponde a la inclusión de la edad en el cálculo del riesgo quirúrgico.

Se observaron diferencias en el porcentaje de varones (un 57,8% en PEA frente a un 73% en menores), en la frecuencia de hipertensión arterial (un 67,2% en mayores de 70 años frente a un 41,9% en menores; $p=0,001$) y en la clase funcional prequirúrgica (NYHA > III en el 85,9% de los PEA frente al 67,6%). La cirugía se realizó de manera urgente en el 60,9% de los PEA y en el 46,7% de los menores de 70 años ($p=0,07$).

No hubo diferencias en la distribución de gérmenes causales, siendo el *Staphylococcus epidermidis* el microorganismo más predominante en ambos grupos.

La mortalidad postoperatoria fue estadísticamente superior en PEA, ajustada a la estimada por Euroscore, con una mortalidad del 35,9%, frente al 20% en menores de 70 años ($p=0,022$). No observamos diferencias en la tasa de complicaciones postoperatorias, con una tasa de bloqueo auriculoventricular e infección persistente similar en ambos grupos.

Conclusiones: La edad avanzada representa un factor de mal pronóstico en endocarditis aguda con una mortalidad



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es