

significativamente superior en el postoperatorio inmediato. Las escalas de predicción de riesgo quirúrgico específicas de la endocarditis infecciosa deben por tanto incluir la edad como factor de riesgo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.029>

## 6. Endocarditis infecciosa protésica precoz por *Mycoplasma hominis* que requirió trasplante cardíaco

J. Ambrosioni\*, M. Bodro, M.Á. Castel, M. Almela, A. Téllez, E. Quintana, M. Farrero, C. Falces, A. Moreno, J.M. Miro, el Grupo de Trabajo de Endocarditis del Hospital Clínic de Barcelona

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

Correo electrónico: [\(J. Ambrosioni\).](mailto:jambrosioni@intramed.net)



CrossMark

**Justificación:** La endocarditis infecciosa (EI) por *Mycoplasma hominis* (*M. hominis*) es una causa rara y poco conocida de EI, pero que puede ser grave, particularmente en el contexto de infecciones de las prótesis valvulares cardíacas. Hasta el año 2015 solo se habían publicado 9 casos de EI por *M. hominis*, 7 en pacientes con prótesis valvulares.

**Objetivos:** Describir un caso de EI protésica precoz por *M. hominis* que requirió reintervención quirúrgica y trasplante cardíaco. Analizar los principales hallazgos clínicos, quirúrgicos, anatómopatológicos y microbiológicos del presente caso.

**Material y métodos:** Revisión de la historia clínica e informes quirúrgicos, anatómopatológicos y microbiológicos.

**Resultados:** Varón de 65 años en quien se realizó recambio valvular aórtico electivo con bioprótesis por doble lesión aórtica moderada/severa en noviembre de 2015. Presentó como complicación una infección de la herida quirúrgica (sin mediastinitis) que requirió reintervención y tratamiento antibiótico convencional (piperacilina-tazobactam y daptomicina), con buena evolución. Los cultivos fueron negativos hasta el final del tratamiento antibiótico, aislándose en forma tardía *M. hominis*. Dada la resolución del cuadro clínico en el momento del resultado, no se instauró tratamiento específico adicional. En febrero de 2016 se detectaron en el ecocardiograma de control fugas periprotésicas severas, sin presentar fiebre ni otro síntoma sugestivo de infección. Ante la sospecha de EI protésica precoz, se instaura tratamiento antibiótico (meropenem, daptomicina y doxiciclina) y se decide reintervención con extracción de la bioprótesis y sustitución de la raíz. Los hallazgos peroperatorios describen una cicatrización cutánea y esternal completa y adherencias mediastínicas importantes. No se encontraron vegetaciones pero sí 2 grandes defectos valvulares. La anatomía patológica de la válvula reveló material fibrinoso/reparativo sin infiltrado inflamatorio. La secuenciación de la subunidad ribosomal bacteriana 16S del material paravalvular obtenido fue positiva para *M. hominis*. La evolución fue desfavorable con deterioro hemodinámico, requiriendo dispositivo de asistencia ventricular izquierda y trasplante cardíaco 5 días más tarde. El paciente recibió varios tratamientos antimicrobianos, incluyendo siempre doxiciclina que se administró hasta el egreso hospitalario. El paciente fue dado de alta en junio de 2016, estando asintomático a las 8 semanas del alta.

**Conclusión:** La EI protésica por *M. hominis* es una causa rara pero potencialmente muy grave, que en nuestro caso requirió trasplante cardíaco. El aislamiento de *M. hominis* en cualquier muestra microbiológica posquirúrgica cardiovascular debe ser analizado cuidadosamente y considerar el inicio de tratamiento con doxiciclina. La infección puede ser altamente destructiva y, en el contexto de trasplante cardíaco, el esquema antimicrobiano de elección o la

duración de tratamiento antibiótico específico no están bien establecidos.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.030>



## 7. Cloxacilina más vancomicina vs. cloxacilina más daptomicina en el tratamiento de la endocarditis experimental por *Staphylococcus aureus* (SARM)

C. García-de-la-Mària\*, J. García-González, J.M. Pericás, M. Almela, E. Quintana, C. Falces, B. Vidal, J. Llopis, A. Moreno, J.M. Miró, el Grupo de Estudio de la Endocarditis del Hospital Clínic

Hospital Clínic - IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona

Correo electrónico: [\(C. García-de-la-Mària\).](mailto:cgarciad@clinic.cat)

**Justificación:** *Staphylococcus aureus* es el agente etiológico más frecuente de la endocarditis infecciosa. Hasta un 30% de estos microorganismos pueden presentar resistencia a la meticilina (cepas SARM). En estos casos, las guías americana y europea de endocarditis recomiendan como tratamiento antibiótico de elección las pautas basadas en la vancomicina (VAN), que tiene una eficacia subóptima incluso cuando se ajusta al parámetro farmacodinámico ABC/CMI > 400.

**Objetivo:** Buscar combinaciones antibióticas que sean más eficaces que la VAN en monoterapia para hacer frente a la endocarditis causada por SARM.

**Material y métodos:** Las CMI/CMB de CLO, VAN y DAP se determinaron por microdilución en caldo. A las 24 h de la inducción de una endocarditis experimental aórtica trombótica no bacteriana, se inoculó por vía intravenosa,  $7 \times 10^5$  ufc/mL de la cepa SARM-277. A las 24 h de la infección, los animales se trajeron durante 48 h simulando las siguientes pautas de antibióticos: VAN ajustada a ABC/CMI > 400 (cuando la cepa de SARM presenta una CMI a VAN = 2 mg/L, equivale a la administración de 1 g/6 h), DAP (6 mg/kg/d) monoterapia o las combinaciones de CLO (2 g/4 h) con VAN o CLO con DAP. Los antibióticos se administraron con bombas de infusión controladas por ordenador para simular los niveles séricos de los antibióticos en el ser humano. Finalizado el tratamiento, los animales se sacrificaron después de transcurrir 6 semividas del antibiótico y se obtuvieron las vegetaciones aórticas que se cultivaron cuantitativa y cualitativamente.

**Resultados** Las CMI/CMB para CLO, VAN y DAP fueron de 512/512, 2/2 y 1/2 mg/L respectivamente. Las concentraciones máxima/mínima fueron de 150/1 mg/L para CLO, 54/15 mg/L para VAN y 86/12 mg/L para DAP. La adición de CLO a VAN fue sinérgica y tuvo una actividad similar a CLO más DAP y una mayor actividad que VAN en monoterapia en el porcentaje de vegetaciones estériles, aunque sin alcanzar la significación estadística ( $p = 0,054$ ).

Grupos de tratamiento	N.º veg. estériles/ n.º total (%)	Mediana (RIQ) ( $\log_{10}$ ufc/g de veg)
Control (no tratado)	0/15 (0)	10 (9.8-10)
VAN (1 g/6 h)	8/16 (50) <sup>a,b,c</sup>	1 (0-2.2) <sup>f,g</sup>
DAP (6 mg/kg/24 h)	13/18 (72) <sup>a,d</sup>	0 (0-1.5) <sup>f,h</sup>
CLO (2 g/4 h) + VAN	13/15 (87) <sup>b,e</sup>	0 (0-0) <sup>e,i</sup>
CLO (2 g/4 h) + DAP	14/16 (88) <sup>c,d,e</sup>	0 (0-0) <sup>b,i</sup>

<sup>a</sup> p = 0,291.

<sup>b</sup> p = 0,054.

<sup>c</sup> p = 0,054.

<sup>d</sup> p = 0,405.

<sup>e</sup> p = 1.

<sup>f</sup> p = 0,266;

<sup>g</sup> p = 0,163.

<sup>h</sup> p = 0,463.

<sup>i</sup> p = 0,922.



# BIO MED



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

