

## Endocarditis infecciosa sobre dispositivos intracardiacos



A. Calvo Cano<sup>a,\*</sup>, J.T. Silva<sup>a,b</sup>, J. Pérez-Cervera<sup>c</sup>,  
F.F. Rodríguez-Vidigal<sup>a,d</sup>, A. Vera Tomé<sup>a,d</sup>,  
N. Nogales-Muñoz<sup>a</sup>, A. Muñoz-Sanz<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Patología Infecciosa, Hospital  
Universitario de Badajoz (HUB)

<sup>b</sup> Becario de Investigación, FUNDESALUD-Servicio de  
Patología Infecciosa, HUB

<sup>c</sup> MIR rotante, Servicio de Cardiología, HUB

<sup>d</sup> Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad  
de Extremadura

Correo electrónico: [acalvocano@gmail.com](mailto:acalvocano@gmail.com)  
(A. Calvo Cano).

**Justificación:** El perfil epidemiológico de la endocarditis infecciosa (EI) ha cambiado a lo largo de los años. Un subgrupo en alza es el relacionado con el uso de dispositivos intracardiacos (DI), con pocas series publicadas con periodo de seguimiento prolongado.

**Objetivos:** Evaluar la epidemiología y las características clínicas en una serie de EI sobre dispositivos intracardiacos, durante un periodo de 25 años.

**Material y métodos:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de EI en el Hospital Universitario de Badajoz desde enero de 1990 hasta diciembre de 2015, según los criterios diagnósticos vigentes en cada periodo (von Reyn 1990-1994, Durack 1994-2000, modificados de Duke 2000-2015). Se incluyeron las EI sobre marcapasos o desfibrilador autoimplantable (DAI) y en dos periodos distintos: 1990-2005 y 2006-2015.

**Resultados:** Se analizaron 302 episodios de EI durante el periodo de estudio. El 8,2% fueron sobre dispositivos intracardiacos. Del total de estas, 16 fueron sobre marcapasos (64%) y solo 9 (36%) sobre DAI. La mediana de edad fue 69 años (RIQ 60-69) con el 76% de varones. La proporción se incrementó de manera significativa desde el 3,3% de todas las EI durante el primer periodo de estudio (1990-2005) hasta el 10,4% en el segundo (2006-2015) ( $p < 0,01$ ). La etiología microbiológica fue principalmente *Staphylococcus* spp. (68%: *S. epidermidis* 44%, *S. aureus* 24%). Presentó infección valvular concomitante el 68%: tricúspide (36%), mitral (24%) y aórtica (8%). La complicación más frecuente fue la insuficiencia cardiaca (28%), seguida de sepsis persistente (8%) e ictus (4%). Se retiró el sistema infectado al 72% de los pacientes y sustitución valvular en uno. La mortalidad intrahospitalaria fue del 28%. Los factores de riesgo fueron: no retirar el dispositivo (71,4% vs 11,1%;  $p = 0,003$ ) y el desarrollo de insuficiencia cardiaca (57,1% vs 16,7%;  $p = 0,04$ ). La mortalidad en el primer año de seguimiento fue del 20%.

**Conclusiones:** Nuestra experiencia local coincide con las grandes series multicéntricas en cuanto a la proporción creciente de este subgrupo de EI y el protagonismo de los estafilococos coagulasa negativos. La mortalidad intrahospitalaria es menor cuando se retira el dispositivo. Pese al tratamiento antibacteriano y la retirada del dispositivo, la mortalidad al año es aún alta.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.005>

## Endocarditis infecciosa por anaerobios



A. Calvo Cano<sup>a,\*</sup>, J.T. Silva<sup>a,b</sup>, J. Pérez-Cervera<sup>c</sup>,  
F.F. Rodríguez-Vidigal<sup>a,d</sup>, A. Vera Tomé<sup>a,d</sup>,  
N. Nogales-Muñoz<sup>a</sup>, A. Muñoz-Sanz<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Patología Infecciosa, Hospital  
Universitario de Badajoz (HUB)

<sup>b</sup> Becario de Investigación, FUNDESALUD-Servicio de  
Patología Infecciosa, HUB

<sup>c</sup> MIR rotante, Servicio de Cardiología, HUB

<sup>d</sup> Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad  
de Extremadura

Correo electrónico: [acalvocano@gmail.com](mailto:acalvocano@gmail.com)  
(A. Calvo Cano).

**Justificación:** Las bacterias anaerobias constituyen una causa rara de endocarditis infecciosa (EI). El diagnóstico supone un reto, tanto por las características naturales de crecimiento bacteriano exigente como por la presentación clínica de la enfermedad. Hay poca información publicada sobre este tipo de infección, la mayoría extraída a partir de casos aislados o de series cortas de casos.

**Objetivo:** Conocer el papel de la EI por anaerobios en un hospital universitario de tercer nivel en los últimos 25 años.

**Material y métodos:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de EI ingresados en el Hospital Universitario de Badajoz desde 1990 hasta 2015. Para el diagnóstico, se aplicaron los criterios vigentes en cada periodo (von Reyn 1990-1994, Durack 1994-2000, modificados de Duke 2000-2015). Se atribuyó la etiología a anaerobios cuando se identificó alguna bacteria anaerobia en al menos dos muestras de cultivo.

**Resultados:** Se analizaron 302 endocarditis durante los 25 años estudiados, de las cuales solo en 6 (2%) pacientes se aislaron anaerobios. La mediana de edad fue 71 años (RIQ 53-77) y la mayoría (5/83,3%) fueron hombres. Dos casos (33%) afectaron a una válvula nativa. De los restantes, uno (16,7%) ocurrió sobre un dispositivo intracardiac (DAI) y los otros sobre prótesis valvulares (3, 50%), siendo la presentación siempre tardía. No hubo ninguna endocarditis protésica precoz. Todos los episodios ocurrieron en el lado izquierdo, salvo la endocarditis derecha sobre el electrodo del DAI que cursó sin afectación valvular asociada. La válvula más afectada fue la mitral (5, 83,4%), asociada a la aórtica en un caso (16,7%). El patógeno más común fue *Propionibacterium acnes* (3, 50%), y en el resto de infecciones se identificaron *Bacteroides* spp, *Aerococcus viridans* y *Lactococcus garviae*. El 50% de los pacientes necesitó cirugía cardiaca: dos con infección protésica tardía y el enfermo con infección nativa y afectación mito-aórtica, complicado con insuficiencia cardiaca, que fue el único fallecido en el primer año de seguimiento. El resto sobrevivió (mortalidad intrahospitalaria y al año).

**Conclusiones:** La serie estudiada, aun siendo muy modesta, confirma los datos publicados en cuanto a la baja prevalencia, la presentación clínica habitualmente tardía y sobre material protésico, así como la mayor detección de *P. acnes*.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.006>



**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**