

observado recidiva. *Estudio in vitro*: Todos los aislados fueron resistentes a CLO con CMI > 256 µg/ml y sensibles a DAP, CFT y FOM (excepto en la cepa del paciente descrito, que era resistente a FOM [CMI > 128 µg/ml] y por E-test presentó una CMI a CFT = 1,5 µg/ml). La combinación de DAP + CLO fue sinérgica para 5/6 (83%) cepas estudiadas. En ningún caso se presentó actividad bactericida a las 4 h, mientras que a las 24 h se presentó actividad bactericida en 4/6 (67%) de las cepas. En el caso de DAP + FOM se detectó sinergia en las seis cepas estudiadas (100%) y actividad bactericida a las 4 h en 2/6 (33%) y a las 24 h en 5/6 (83%) de las cepas, incluyendo la cepa del paciente descrito. La combinación de DAP + CFT fue sinérgica en las 6 cepas estudiadas (100%) y bactericida a las 4 h en 1/6 (17%) y a las 24 h en las 6 (100%) cepas.

Conclusiones: La combinación de daptomicina y ceftarolina fue eficaz y segura para tratar un caso de endocarditis por SARM que requirió cirugía cardíaca. Los estudios *in vitro* demostraron la eficacia de las combinaciones de DAP con antibióticos que actúan sobre la pared bacteriana (β-lactámicos o fosfomicina). Las combinaciones

Métodos: Identificación de casos con EI (definida/probable) y realización de TM en las bases de datos de código ictus y de EI del Hospital Clínic de Barcelona. La TM se realizó utilizando dispositivos y criterios similares a los empleados en el ensayo clínico REVASCAT (NEJM. 2015; 372:2296-306).

Resultados: Entre enero de 2011 y mayo de 2017 se realizaron 483 TM en el HCB. De ellas, en 5 casos (1,03%) se identificó una EI de cavidades izquierdas (definida o probable) como causa del mismo (ver tabla). Tres pacientes eran mujeres y dos varones, con edades entre 56 y 79 años. En 4 de 5 casos el diagnóstico de EI era precedente al del ictus. Tres casos eran EI nativas y dos protésicas. Cuatro de los 5 casos presentaron mejoría neurológica significativa tras la TM (NIHSS). Dos pacientes fallecieron (mRS = 6 a 3 meses), ambos de causas no neurológicas (el paciente uno después de una parada cardiorrespiratoria en la fase aguda del ictus y el 4 por insuficiencia cardíaca rebelde tras haberse recuperado *ad integrum* del ictus). Ninguno de los 5 pacientes presentó transformación hemorrágica. En los dos casos en que se realizó biología molecular del trombo extraído se obtuvo el diagnóstico microbiológico (casos 2 y 4).

| Caso | Año | Sexo | Edad | Diagnóstico EI* | Tipo EI | Germen | NIHSS basal | Complicaciones hemorrágicas | NIHSS 24h | mRS 3 meses |
|------|------|------|------|-----------------|-----------|------------------------|-------------|-----------------------------|-----------|-------------|
| 1 | 2011 | V | 79 | Antes | Protésica | <i>S. aureus</i> | 9 | No | 35 | 6 |
| 2 | 2012 | M | 59 | Antes | Nativa | <i>S. oralis</i> | 10 | No | 1 | 0 |
| 3 | 2012 | M | 56 | Antes | Nativa | HC (–) | 19 | No | 2 | 0 |
| 4 | 2014 | V | 72 | Después | Nativa | <i>S. dysgalactiae</i> | 24 | No | 3 | 6 |
| 5 | 2017 | M | 79 | Antes | Protésica | HC (–) | 5 | No | 2 | 2 |

* Respecto a la realización de la TM.

mRS: Modified Ranking Scale; NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale.

nes de DAP + FOM y DAP + CFT fueron las que mostraron una mayor sinergia y actividad bactericida para las cepas testadas.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.010>

Trombectomía mecánica en pacientes con endocarditis infecciosa y complicación embólica cerebral: reporte inicial de 5 casos



Juan Ambrosioni^{a,*}, Xavier Urrea^b,
Marta Hernández-Meneses^a, Manel Almela^a,
Eduardo Quintana^a, David Fuster^a,
Jose Maria Tolosana^a, Asunción Moreno^a,
Angel Chamorro^b, José María Miró^a, el Grupo de
Estudio de la Endocarditis del Hospital Clínic

^a Grupo de Trabajo de Endocarditis, Universidad de Barcelona, Barcelona

^b Servicio de Neurología. Hospital Clínic – IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona
Correo electrónico: jambrosioni@intramed.net (J. Ambrosioni).

Justificación: Un 30% de casos de endocarditis infecciosa (EI) presentan complicaciones neurológicas, de los cuales en su mayoría son eventos embólicos del SNC, siendo la arteria cerebral media el vaso más afectado. La terapia fibrinolítica intravenosa, la anticoagulación y la antiagregación han sido asociados con alta tasa de transformación hemorrágica y se encuentran contraindicados en los eventos embólicos en el contexto de la EI. La trombectomía mecánica (TM) es una técnica recientemente utilizada en los ictus embólicos con excelentes resultados cuando se realiza en las primeras 8 horas del evento vascular. Su utilidad y seguridad en la embolia secundaria a EI son desconocidas.

Objetivo: Describir la evolución clínica y neurológica de los 5 casos consecutivos iniciales con embolia del SNC en el contexto de EI que fueron tratados con TM.

Conclusiones: A pesar de que la EI constituyó un criterio de exclusión en alguno de los ensayos clínicos que demostraron la eficacia de la TM, nuestra experiencia sugiere que la TM es eficaz y segura en pacientes con ictus secundarios a EI. La TM no se asoció a complicaciones hemorrágicas y ninguno de los pacientes falleció por causa neurológica. Si bien sería recomendable disponer de estudios más amplios, la TM podría ser considerada como el tratamiento de elección de las embolias cerebrales con oclusión proximal en la EI.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.011>

Características clínicas, pronóstico y evolución de los pacientes con VIH y trasplante cardíaco



Laura Linares^a, Marta Hernández-Meneses^b,
Romina Cardone^a, María Fernanda Solano^a,
Marta Bodro^a, María Ángeles Castel^c,
Evelyn Santiago^c, J.M. Christian Manzardo^b,
Asunción Moreno^{a,*}

^a Grupo de Trabajo de Trasplante de Órgano Sólido, Hospital Clínic – IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona

^b Grupo de Trabajo de Endocarditis e Infecciones Cardiovasculares, Hospital Clínic – IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona

^c Servicio de Cardiología, Hospital Clínic – IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona
Correo electrónico: amoren@clinic.cat (A. Moreno).

Justificación: En los últimos años la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes infectados por el VIH han mejorado drásticamente a partir de la introducción del TAR. Sin embargo, ha aumentado la incidencia de otras enfermedades, entre ellas las cardiovasculares, que son una de las principales causas de morbilidad de estos pacientes. La cardiopatía isquémica e

Tabla 1
Características al trasplante cardíaco (TC) en pacientes VIH+

| Caso | Año | Edad al TC | Sexo | Transmisión | VIH/VHC | SIDA previo al TC | CD4 previo al TC (cél/mm ³) | Cambio TAR al TC | Indicación TC |
|----------------|------|------------|------|--------------|---------|-------------------|---|------------------|--|
| 1 ^a | 2000 | 14 | M | Heterosexual | No | No | – | – | Miocardopatía dilatada idiopática |
| 2 | 2007 | 39 | V | Homosexual | No | No | > 200 (744) | ABA+ 3 TC + RAL | Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardíaca |
| 3 | 2014 | 46 | V | Homosexual | No | No | >200 (215) | TNF +FTC +RAL | Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardíaca |
| 4 | 2016 | 59 | V | Homosexual | No | S. Kaposi | > 200 (437) | ABA+ 3TC + RAL | Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardíaca |
| 5 | 2017 | 64 | V | Homosexual | Sí | No | > 200 (400) | FTC + TNF + NEV | Endocarditis protésica tardía. Cardiopatía isquémica. Insuficiencia cardíaca |

^a Infección por VIH adquirida posterior al trasplante.

Tabla 2
Complicaciones post-TC

| Caso | Rechazo | Infecciones bacterianas | Virales | Fúngicas | Complicaciones no infecciosas | Mortalidad |
|----------------|----------|---------------------------------------|---------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------|
| 1 ^a | Sí (IA) | Neumonía neumocócica | CMV | No | Vasculopatía del injerto | Sí, a los 14 años |
| 2 | Sí (III) | No | No | No | Cardiopatía isquémica | No |
| 3 | No | No | CMV | No | No | No |
| 4 | No | <i>K. pneumoniae BLEEC. difficile</i> | CMV | <i>Aspergillus</i> | Diálisis por nefropatía tubular aguda | Sí, a los 6 meses |
| 5 | No | No | CMV | Candidemia <i>C. parapsilosis</i> | Taponamiento cardíaco | No |

^a Infección por VIH adquirida posterior al trasplante

insuficiencia cardíaca terminal hace que el trasplante cardíaco sea la única alternativa terapéutica y eficaz.

Objetivo: Describir las características clínicas, complicaciones, tanto infecciosas como no infecciosas, y supervivencia en los pacientes infectados por el VIH y trasplante cardíaco (TC).

Método: Identificación de los pacientes diagnosticados de VIH y TC en el Hospital Clínic de Barcelona. Los criterios dependientes de VIH para el TC fueron: CD4 > 200 cel./mm³, carga viral del VIH indetectable con TAR, no infecciones oportunistas previas excepto tuberculosis, neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y candidiasis esofágica.

Resultados: Desde enero del 2000 hasta marzo del 2017 se realizaron 285 TC en el Hospital Clínic de Barcelona. En 4 pacientes (1,5%) la infección por VIH fue previa al trasplante y en un paciente la infección por el VIH se adquirió en el post-TC tardío. Cuatro pacientes eran varones. La edad media al momento del trasplante fue de 44,4 años. Uno de ellos presentaba coinfección con VHC con curación tras tratamiento antiviral. Todos presentaban carga viral indetectable y CD4 mayor de 200 cel./mm³ al menos 6 meses antes del TC. La causa de TC fue insuficiencia cardíaca en fase avanzada, por cardiopatía isquémica en 4 pacientes; de estos, uno además presentó una endocarditis protésica tardía por *Staphylococcus aureus* como desencadenante y una paciente presentaba una miocardopatía dilatada idiopática. Se realizó cambio del tratamiento TAR en 3 pacientes previo al trasplante para evitar interacciones con los inmunosupresores (se introdujo raltegravir). Como complicaciones infecciosas, 4 presentaron infección por CMV, 2 bacterianas (neumonía por *Streptococcus pneumoniae* e infección de piel y partes blandas por *Klebsiella pneumoniae* junto con diarrea por *C. difficile*) y 2 fúngicas (neumonía por *Aspergillus* y candidemia por catéter por *Candida parapsilosis*). Otras complicaciones no infecciosas que se observaron en el post-TC fueron: rechazo en 2 de ellos, diabetes en uno, taponamiento cardíaco en uno y colocación de stent en 2 casos. Dos pacientes fallecieron, uno a los 14 años del TC por lesiones vasculares del injerto y el otro paciente a los 6 meses por shock séptico secundario a neumonía aspirativa nosocomial.

Conclusiones: El TC fue eficaz en pacientes con infección por VIH e insuficiencia cardíaca terminal. Si bien la experiencia clínica es escasa, parece que estos pacientes tienen las mismas complicaciones infecciosas, no infecciosas y pronóstico que los pacientes sin infección por VIH.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.012>

Endocarditis infecciosa (EI) por *Candida* en un hospital terciario



Regino Rodríguez-Álvarez^{a,*}, J. Goikoetxea^a, R. Voces^b, L. López-Soria^c, M. Montejo^a, por el Grupo GAME del Hospital de Cruces

^a Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

^b Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

Correo electrónico: rodriguezregino@hotmail.com (R. Rodríguez-Álvarez).

Justificación: Aunque en los últimos años estamos observando un aumento en los casos de endocarditis fúngicas, constituyen un bajo porcentaje del total de endocarditis y representan entre el 1 y el 6%, alcanzando el 10% del total de pacientes con EI sobre prótesis. Las causadas por *Candida* ocupan el 50-70% del total de endocarditis por hongos, y aunque es una entidad infrecuente, se asocia con una mortalidad entre el 30 y el 80%.

Método: Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EI definida por los criterios modificados de Duke en un hospital universitario entre 2007 y 2017.

Resultados: Durante ese periodo se han diagnosticado 4 casos de EI por *Candida* que correspondían a 3 varones y una mujer de edad media 73,5 años. Los 4 pacientes eran portadores de válvu-



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es