

**Objetivo:** Analizar los factores relacionados con la reinfección y recurrencia de la EI tras cirugía cardíaca y su relación con la mortalidad a corto y largo plazo

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo unicéntrico de todos los pacientes intervenidos por EI activa entre 2002 y 2016 en nuestro centro. Se clasificó en: a) reinfección: episodio ocasionado por diferente agente causal (género/especie y/o antibiograma); b) recurrencia: si idéntico género, especie y antibiograma; c) indeterminados: casos con dudas respecto al agente causal. A su vez se diferenciaron dos tipos de EI: precoz (en el primer año desde el alta hospitalaria) o tardía (después del primer año de la intervención). Se analizó la supervivencia mediante riesgos competitivos, para valorar los factores relacionados con un nuevo episodio de EI, tomando como evento competitivo la mortalidad por otra causa, y se expresó como shared hazard ratio (SHR), con su intervalo de confianza (IC) del 95%.

**Resultados:** Se registraron un total de 161 primeros episodios de EI. Entre los pacientes operados ocurrieron 19 nuevos episodios en 16 pacientes (11,80%); 13 tardías (68,42%) y 6 precoces (31,52%). Observamos 7 reinfecciones (1 precoz), 6 probables recurrencias (4 precoces) y 6 indeterminados (1 precoz). El origen del nuevo episodio de EI fue atribuible a procedimientos invasivos diagnósticos en el 10,52%, al proceso infeccioso intercurrente en el 42,11%, a otra cirugía en el 26,3% y de causa desconocida en el 21,05%. Se realizó tratamiento quirúrgico en todos los casos.

En el total de las 180 intervenciones realizadas, 47 pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato (26,11%). Por lo tanto, el seguimiento a largo plazo incluyó los 133 pacientes supervivientes al periodo perioperatorio. El porcentaje de pacientes libres de reinfección al año y 5 años de la cirugía fue 95,2% y 87,4%, respectivamente.

Resultaron factores asociados con la reinfección en el análisis de riesgos competitivos: la edad (SHR 0,97 IC 95% 0,93-0,98), la trombopenia preoperatoria (SHR 3,61 IC 95% 1,10-11,78), la presencia de vegetaciones (SHR 0,51 IC 95% 0,28-0,95) y el tiempo de ingreso postoperatorio (SHR 1,00 IC 95% 1,00- 1,01). En cambio, no hubo relación con el agente causal, puerta de entrada, duración del tratamiento antibiótico ni el estado preoperatorio.

La mortalidad global en los pacientes que fueron sometidos a una segunda intervención por un nuevo episodio de EI fue del 63,16%: 33,33% en reinfección precoz y 73,92% en tardía.

**Conclusion:** La reinfección tras cirugía de la EI es una forma grave de la enfermedad, con una alta mortalidad.

La presencia de vegetaciones, la estancia postoperatoria prolongada, la edad y la trombopenia preoperatoria resultaron relacionadas con la ocurrencia de reinfección de la prótesis implantada.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.038>

## P-18

### Diferencias en la presentación y en el pronóstico de la endocarditis infecciosa tratada quirúrgicamente en función del género: ¿es el sexo femenino un factor de mal pronóstico?

Laura Varela Barca, Jose López-Menéndez, Enrique Navas Elorza, José Luis Moya Mur, Tomasa Centella Hernández, Edmundo Fajardo Rodríguez, Javier Miguelena Hycka, Jorge Rodríguez-Roda Stuart

**Introducción:** Los factores asociados a mal pronóstico tras la cirugía de la endocarditis infecciosa (EI) continúan sin estar claramente establecidos. A pesar de que el sexo femenino es un factor de

riesgo incluido en la mayor parte de las escalas de cirugía cardíaca, solamente está presente en la mitad las escalas específicas de EI.

**Objetivos:** Determinar la influencia del sexo en las características de presentación clínica y en el pronóstico de la endocarditis infecciosa tratada quirúrgicamente.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo unicéntrico de todos los pacientes intervenidos por EI activa entre 2002 y 2016. Se realizó un análisis de supervivencia a corto y a largo plazo estratificado en función del sexo, y se calculó el riesgo quirúrgico en función de las diferentes escalas.

**Resultados:** Se realizaron 180 intervenciones, 59 en mujeres (32,78%). Las características basales fueron similares en ambos grupos, salvo la edad media que fue mayor en mujeres (66,19 frente a 61,96 años;  $p=0,05$ ) y la arteriopatía periférica que fue superior en hombres (1,82% vs 11,61%,  $p=0,03$ ). El riesgo preoperatorio calculado mediante diferentes escalas (tanto específicas como generales) no reflejó diferencias en el riesgo estimado en función del sexo, salvo en el caso de PALSUSE Y STS-EI, en las que el riesgo estimado fue significativamente superior en mujeres (Tabla 1).

En cuanto a la presentación, hubo marcadas diferencias en función del sexo: más de la mitad de las mujeres presentaron EI mitral (52,63% frente al 28,95%,  $p=0,001$ ), en cambio, la EI aórtica fue la más frecuente en varones (45,61% frente a 19,30%) y la EI multi-valvular fue similar (28,07% mujeres vs 25,44% varones). No hubo diferencias en cuanto al germen causal entre sexos, pero sí un aumento próximo a la significación de la infección por *S. aureus* en hombres (11,86% frente 23,14%,  $p=0,07$ ).

El análisis de supervivencia reflejó un incremento de la mortalidad en el postoperatorio inmediato próximo a la significación en mujeres (OR 1,9; IC 95% 0,96-3,77,  $p=0,07$ ). Estratificando en función de la válvula afecta, encontramos una mortalidad incrementada en las mujeres en EI aórtica (OR 6,71; IC 95% 1,36-33,17), pero sin alcanzar significación estadística en la EI mitral (OR 1,59; IC 95% 0,51-4,99). No se incrementó la mortalidad en EI mitro-aórtica (OR 0,73; IC 95% 0,21-2,48).

En cuanto a la supervivencia a largo plazo, tras un seguimiento medio de 53,2 meses tras el alta, no hubo diferencias entre sexos (HR 0,69; IC 95% 0,26-1,86).

**Conclusión:** Se encontraron diferencias en la presentación clínica de la endocarditis en función del sexo. Las mujeres presentan mayor afectación mitral y una edad media mayor. A pesar de un riesgo preoperatorio estimado similar, la mortalidad postoperatoria fue mayor en mujeres, tanto en afectación aórtica como mitral. El sexo femenino en un factor de riesgo para un peor pronóstico para la cirugía de EI activa.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.039>

## P-19

### Endocarditis sobre válvula protésica con ecocardiograma normal ¿resulta útil EL PET-TC?

R. Rojano Torres, P. Escibano Viñas, B. Alcaraz Vidal, N. Cobos Trigueros, A. Jimeno Almazan, M.J. Del Amor Espín, M. Viqueira González, R. Jiménez-Sánchez, A. Ortín Freire, Lozano Mármol

**Introducción:** La tomografía por emisión de positrones con 18Fluorodesoxiglucosa (18F-FDG PET-TC) constituye una herramienta que ha revolucionado el diagnóstico de la endocarditis infecciosa (EI) permitiendo un diagnóstico más preciso en aquellos casos en los que el ecocardiograma transesofágico (ETE) plantea ciertas dudas o es negativo pese a una alta sospecha clínica. Además, aporta la ventaja de ampliar el estudio a toda la extensión anatómica del paciente favoreciendo el diagnóstico de



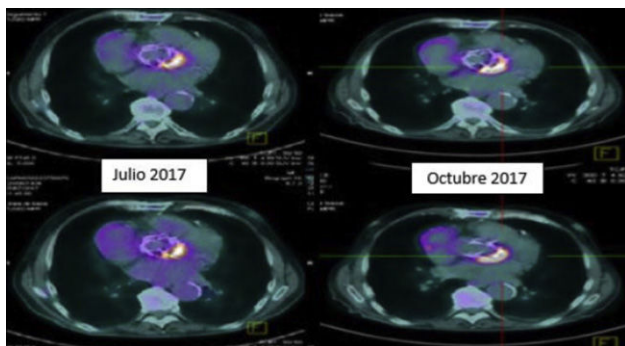
posibles embolismos o incluso lesiones neoplásicas subyacentes. Sin embargo, dado su alto coste y escasa disponibilidad, su empleo aún es limitado.

**Objetivos:** Reportar el caso de un paciente con más de un episodio de EI así como lesiones subyacentes diagnosticadas en nuestro centro gracias al uso del PET-TC.

**Material y métodos:** Descripción de caso clínico, incluyendo datos clínicos, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Presentamos el caso de un varón de 82 años con ant. de hipertensión arterial, dislipemia y fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol. Había presentado un episodio previo de EI sobre válvula aórtica nativa en 2016 realizándose recambio valvular con prótesis biológica aórtica. Había sido ingresado en 2017 por fiebre tras manipulación dental con diagnóstico de EI posible sobre válvula protésica aórtica por *Streptococcus gallolyticus*. Tras ecocardiograma transtorácico (ETT) y ETE negativos, se realiza PET-TC son observarse signos que sugieran un proceso inflamatorio vascular activo pero sí un incremento del índice glicídico a nivel de colon. Se realizó colonoscopia extirpándose dos adenomas túbulo-vellosos. A nivel infeccioso, ante el diagnóstico de EI posible (1 criterio mayor y dos menores) se completó ciclo de 6 semanas con ceftriaxona. Acude a consulta de Medicina Interna 3 meses después refiriendo fiebre de una semana de evolución así como aparición de placa eritematosa de 3 cm en antebrazo izquierdo. Se extraen hemocultivos sin fiebre en la consulta y 48 h después se obtiene crecimiento de *Enterococcus faecalis* por lo que ante la alta sospecha de EI, es ingresado. Se inicia tratamiento con ampicilina + ceftriaxona se realizan ETT y ETE que resultan negativos. Se solicita eco-doppler de miembro superior izquierdo ante la sospecha de embolismo séptico confirmándose aneurisma micótico en la arteria cubital. Pese a la negatividad del ETE, se realiza PET-TC que, en esta ocasión, sí objetiva un aumento del tamaño y metabolismo en la prótesis valvular aórtica, sugestivo de etiología infecciosa así como en la arteria cubital izquierda. El paciente fue valorado por Cardiología indicando tratamiento conservador por elevado riesgo quirúrgico (EuroSCORE II 12.04%). Respecto al aneurisma micótico fue valorado por Cirugía Vascular recomendando tratamiento médico y cirugía sólo en caso de mala evolución. Finalmente, el paciente evolucionó de forma adecuada únicamente con antibioterapia. Fue dado de alta a Hospitalización Domiciliaria con Linezolid 600 mg/12 h hasta completar 6 semanas. Sigue revisión en consulta sin nuevas incidencias hasta la fecha actual.

**Conclusión:** en pacientes con válvula protésica y alta sospecha de EI pese a ETE negativo, el PET-TC resulta clave para el diagnóstico final y posterior actitud terapéutica. En nuestro caso además, se ejemplifica el beneficio adicional de su uso en cuanto a lesiones subyacentes o complicaciones posteriores como la detección de embolismos sépticos.



<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.040>

## P-20

### Implante de marcapasos sin cables tras infección y extracción de dispositivo intracavitario previo

F. Galván-Román, L. Domínguez-Pérez, A. Sabín-Collado, J.T. Solera, S. De Cossío, M. Sánchez-Fernández, F. López-Medrano, M.A. Orellana, M.J. López-Gude, M. López-Gil

**Introducción:** El uso de los marcapasos sin cables (MPSC) está aumentando. Su ventaja fundamental respecto a los marcapasos convencionales con electrodos intracavitarios reside en la eliminación de complicaciones graves asociadas al bolsillo del generador y a los propios electrodos, fundamentalmente la infección. Sin embargo, el implante de un MPSC tras la extracción de marcapasos convencional por infección grave no está bien estudiado.

**Objetivos:** Realizar una búsqueda exhaustiva de los casos de implante de MPSC cuya indicación haya sido infección grave de dispositivo electrónico implantable cardíaco (DEIC), a raíz de un caso de nuestro centro.

**Material y métodos:** Búsqueda bibliográfica en PubMed y Embase sobre el uso de MPSC tras infección grave de DEIC (bolsillo del generador, electrodo intracavitario o de ambos). Se incluyeron los casos de infección de marcapasos monocamerales, bicamerales, desfibriladores automáticos implantables (DAI) y marcapasos resincronizadores, con o sin función DAI. Se incluyeron también los casos hallados en las referencias de los artículos resultado de la búsqueda principal y el caso de nuestro hospital.

**Resultados:** Hasta el 15/09/18 se encontraron un total de 122 casos. El 38% de los pacientes era dependiente de estimulación y en todos estos casos, excepto uno, se implantó marcapasos transitorio como puente al implante de MPSC. En los pocos casos en los que se hizo referencia a la localización de la infección, esta fue en el 45% del bolsillo del DEIC, 16% de los electrocáteteres y 39% de ambos. No se demostró ningún caso de infección sistémica relacionada con MPSC en el seguimiento, si bien este fue muy heterogéneo y pobremente descrito, al igual que el manejo antibiótico empleado.

**Conclusión:** La experiencia en implante de MPSC es limitada. El implante de MPSC tras infección grave de un DEIC que requiere extracción parece seguro, sin haberse descrito casos de infección sistémica asociados al MPSC en el seguimiento. Es necesario que se demuestre de manera específica esta indicación a través de estudios experimentales.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.041>

## P-21

### Rendimiento de los hemocultivos en el diagnóstico microbiológico de la endocarditis infecciosa en el área sanitaria de cartagena

M. Viqueira, B. Alcaraz, N. Cobos, A. Jimeno, M.J. del Amor, R. Jiménez, A. Ortín, J.A. Giner, P. Escribano, R. Rojano

**Introducción:** Describir las características del diagnóstico microbiológico de las endocarditis infecciosas (EI) recogidas desde que en el año 2016 se instauró un Equipo Multidisciplinar de Endocarditis (EME) en el Hospital General Universitario Santa Lucía (HGUSL) de Cartagena.

**Objetivos:** Describir los microorganismos aislados así como el rendimiento de los hemocultivos (HC) realizados para su diagnóstico.

**Material y métodos:** Se analizaron los datos resultantes del diagnóstico microbiológico realizado en los 44 pacientes con EI





**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**