

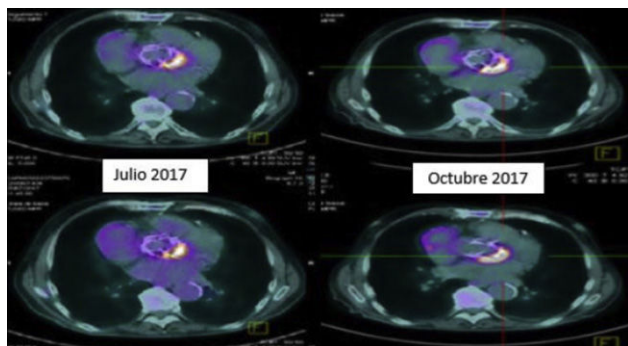
posibles embolismos o incluso lesiones neoplásicas subyacentes. Sin embargo, dado su alto coste y escasa disponibilidad, su empleo aún es limitado.

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 electrocatéteres 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

confirmada en nuestro hospital en el período entre el 1 de Agosto de 2016 a 31 de Mayo de 2018. En todos los casos se habían enviado series de extracciones de HC, cada una de ellas con inoculación de frasco aerobio (AE) y anaerobio (ANA). De los HC positivos de cada serie se anotó el tiempo de positividad (TP) en horas (h) del frasco -AE y/o ANA- en el que se aisló en menor tiempo el microorganismo causante.

Resultados: El microorganismo aislado con mayor frecuencia en nuestra serie de EI es el género *Staphylococcus spp* ($n = 15$, 34%), de los cuales 9 (20.4%) se identificaron como *S. aureus* y 6 (13.6%) como *Staphylococcus coagulasa negativa* (SCN). En todos los casos fue el frasco aerobio el primero en detectar crecimiento. El TP medio de los *S. aureus* fue de 13 horas (rango 7–18 h), siendo de 19.8 h (rango 15–26 h) en el caso de los SCN. El segundo lugar en frecuencia lo ocupan microorganismos del grupo de los *Streptococcus spp* ($n = 13$, 29.5%), con las siguientes especies identificadas: 8 *Str. grupo viridans* (18.2%), 2 *Str. pneumoniae* (4.5%), 2 *Str. bovis*, (4.5%), 1 *Aerococcus urinae* (2.3%). Los TP oscilaron entre las 7 y las 46 h, con una media de detección de 16 h. Se registraron 5 casos (11.4%) de *Enterococcus spp* (4 *E. faecalis* y 1 *E. casseliflavus*), con TP entre las 13 y las 29 h (TP medio 17.5 h); En este grupo los frascos de HC AE y ANA tuvieron un rendimiento prácticamente igual. 11 casos de EI (25%) presentaban hemocultivo negativo, en los que 2 se demostró serológicamente etiología por *Coxiella burnetii*.

Conclusion: En nuestra serie, los microorganismos aislados con más frecuencia son los *Staphylococcus spp.* seguidos de *Streptococcus spp* y *Enterococcus spp.*, siendo por especies *S. aureus*, *Streptococcus viridans* y los SCN. El TP de los HC es una herramienta útil que ayuda al manejo clínico, correspondiendo los TP más precoces a *S. aureus* seguido de los *Streptococcus spp.* y *Enterococcus spp.* Los que tardaron más en detectarse fueron los SCN. La solitud de HC de larga incubación ante sospecha de EI no parece justificado en la práctica clínica diaria ya que en todos los casos el TP fue inferior a 48 h. La prevalencia EI con HC negativo de nuestra serie está en la parte superior de lo descrito en la literatura (2.5%–31%).

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.042>

P-22

***Enterococcus casseliflavus*: UNA CAUSA POCO frecuente de endocarditis infecciosa**



P. Escribano Viñas, M. Viqueira González,
B. Alcaraz Vidal, R. Rojano Torres,
R. Mármol Lozano, A. Ortín Freire,
N. Cobos Trigueros, M^{aj}. Del Amor Espín,
R. Jiménez Sánchez, A. Jimeno Almazán

Introducción: Los enterococos son una de las principales causas de infecciones asociadas a cuidados sanitarios.

El *Enterococcus casseliflavus* es una bacteria de reciente tipaje responsable del 1% de las infecciones por enterococos. Su resistencia intrínseca a vancomicina hace que dichas infecciones supongan un gran reto terapéutico.

Objetivos: Nuestro objetivo es notificar un caso de endocarditis infecciosa sobre válvula nativa por *Enterococcus casseliflavus*.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico que incluye datos clínicos, forma de presentación, patología predisponente, tratamiento y evolución/complicaciones.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 83 años con antecedente personal de adenocarcinoma de sigma de bajo grado en 2014 intervenido con sigmoidectomía y anastomosis colo-cólica con última revisión por Oncología dos meses previos al ingreso encontrándose libre de enfermedad y colecistectomía 3 meses

antes por colecistitis aguda litiasica. No cardiopatía previa conocida con realización de ecocardiograma un año antes normal. Presenta fiebre de una semana de evolución y clínica neurológica aguda consistente en disartria, por lo que se realiza TAC craneal que informa de hemorragia intraparenquimatosa con componente subdural y subaracnoideo y en hemocultivo tanto del día del ingreso como 24 horas después crece *Enterococcus casseliflavus* sensible a ampicilina y a vancomicina. Tras el resultado de hemocultivo se realiza ecografía y TAC abdominal y ecocardiograma transtorácico y transesofágico que informa de vegetación a nivel de válvula mitral con rotura de cuerdas, prolapso valvular e insuficiencia mitral secundaria moderada con hipertensión pulmonar moderada-severa. Ante el diagnóstico de EI definitiva con dos criterios mayores y uno menor se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina siendo la evolución tórpida en situación de insuficiencia cardíaca refractaria y sin posibilidad de cirugía cardíaca por la lesión hemorrágica extensa cerebral falleciendo el paciente durante ese mismo ingreso.

Conclusión: El enterococo *casseliflavus* es un patógeno infrecuente aislado en muestras clínicas pudiendo ocasionar infecciones graves posiblemente por su resistencia intrínseca a vancomicina. Sólo hemos encontrado un caso reportado por endocarditis por *Enterococcus casseliflavus* siendo en este caso sobre válvula protésica.

El uso de ampicilina en combinación con un aminoglucósido se considera la piedra angular del tratamiento de las infecciones por enterococo por su sinergismo. Una correcta identificación desde el inicio se considera fundamental en el pronóstico de estos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.043>

P-23

Endocarditis por microorganismos gram positivos no staphylococcus. análisis descriptivo



B. Alcaraz Vidal, R. Jiménez Sánchez,
M. Viqueira González, A. Ortín Freire,
N. Cobos Trigueros, J.A. Giner Caro,
M^{aj}. Del Amor Espín, R. Mármol, Jimeno Almazán,
R. Rojano Torres, R. Gutiérrez Cívicos

Introducción: Las especies de *Streptococcus* constituyen según algunas series la primera causa de endocarditis sobre válvula nativa y de endocarditis subaguda. De forma global, constituyen la segunda causa de endocarditis tras el *Staphylococcus aureus*. Aunque menos agresivas que las producidas por este último, el curso más larvado de las infecciones por especies de *Streptococcus* pueden conllevar retraso en el diagnóstico que asocie complicaciones y empeore el pronóstico.

Objetivos: Describir los aspectos más relevantes de las endocarditis producidas por gram positivos no *Staphylococcus* en nuestro medio.

Material y métodos: Analizamos de forma retrospectiva los episodios de endocarditis por bacterias gram positivas no estafilocólicas en nuestro centro durante los dos años previos. Se engloban tanto las endocarditis producidas por *Streptococcus* como por *Enterococcus*.

Se estudian variables clínicas relacionadas con el tipo y válvula afectada, factores de riesgo, complicaciones y datos evolutivos. Por otro lado se estudian aspectos microbiológicos relacionados con el diagnóstico y la sensibilidad antibiótica.

Resultados: Durante el periodo de estudio hubo 16 casos de endocarditis por género *Streptococcus*. La etiología específica por especies fue la siguiente: 4 por *Enterococcus faecalis*, 3 por *S. gallolyticus*, 2 por *S. viridans*, 2 por *S. milleri*, 1 por *S. pneumoniae*, 1 por *S. mitis*, 1 por *S. mutans*, 1 por *Aerococcus urinae* y 1 por *Enterococcus casseliflavus*.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es