

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 cardiaca refractaria y sin posibilidad de cirugía cardiaca 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*.

La edad media de los pacientes fue de 73,2 años (IC 95% 64,7-81,6). Un 56,3% de los pacientes tenían una valvulopatía de base y el 50% tenían un antecedente de neoplasia.

La endocarditis se produjo sobre válvula nativa en el 75% de los casos. Por localización, en un 43,8% de los casos fue sobre válvula aórtica, 35,5% mitral, 12,5% tricúspide y 6,3% sobre cable de marcapasos. El origen de la endocarditis fue comunitario en un 93% de los pacientes.

Desde el punto de vista microbiológico la mediana de número de hemocultivos positivos fue de 4 (IQR 4-4), con una mediana de tiempo de positividad de 14 horas (IQR 9,5-19,5). En 15 de los 16 pacientes (93,8%) el germen causante era sensible a penicilina.

La ecocardiografía transtorácica fue diagnóstica en un 62,5% de los casos. Como complicaciones, el 62,5% de los casos presentaron embolismos y también un 62,5% complicaciones perivalvulares. Un 25% de pacientes desarrollaron insuficiencia renal y un 6,3% shock séptico en el contexto del cuadro de endocarditis.

Se optó por tratamiento quirúrgico en un 43,8% de los pacientes. La mortalidad hospitalaria fue del 18,8%.

Conclusión: En nuestro medio, las endocarditis por gérmenes gram positivos no *Staphylococcus* se produjeron mayoritariamente sobre válvula nativa izquierda, en la mitad de los casos con una valvulopatía de base conocida, y presentaron elevada incidencia de complicaciones asociadas. No objetivamos problemas de resistencia a penicilina.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.044>

P-24

Cuando no es posible seguir la guías

J.T. Solera, A. Sabin, L. Domínguez, S. de Cossio, A. Reyes, F. Galván, M.A. Orellana, M.J. López-Gude, P. Pilkintong, F. López-Medrano



Introducción: De entre todas las indicaciones de cirugía en la endocarditis infecciosa, la invasión paravalvular es una de las más aceptadas, ya que estos pacientes presentan gran mortalidad y en escasas ocasiones se logra la curación con tratamiento antibiótico aislado, mientras que los procesos reconstructivos complejos han demostrado una supervivencia del 80%.

Sin embargo, hasta un 15-20% de pacientes con endocarditis sobre válvula protésica, pese a tener indicación de tratamiento quirúrgico, no se operan por rechazo o por inoperabilidad de este.

Objetivos: Reportar un caso interesante de curación con tratamiento antibiótico con dalbavancina en un paciente con endocarditis sobre válvula protésica por *Enterococcus faecalis* con absceso paravalvular de gran tamaño.

Material y métodos: Información clínica y pruebas diagnósticas obtenidas de base de datos propia del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Resultados y conclusión: Varón de 70 años con antecedentes de prótesis mecánica aórtica por doble lesión desde 1993 con necesidad de cierre de fístula aorto-cutánea, así como de recambio por dehiscencia de la prótesis en 1995.

Ingresa por traumatismo craneoencefálico tras episodio sincope, objetivándose bloqueo AV completo en ECG. Durante su ingreso presenta fiebre, creciendo en los hemocultivos (HC) *Enterococcus faecalis*, por lo que se inicia tratamiento con ampicilina y ceftriaxona. Se realiza ecocardiograma que muestra engrosamiento a nivel posterior de anillo aórtico, fibrosa mitroaórtica y de la base del velo anterior mitral sugerente de flemón. Visualizando verruga en la prótesis aórtica.

Ante la presencia afectación local avanzada se presenta el caso en sesión médico-quirúrgica. Desestimándose la cirugía dado el historial quirúrgico previo y la alta complejidad técnica.

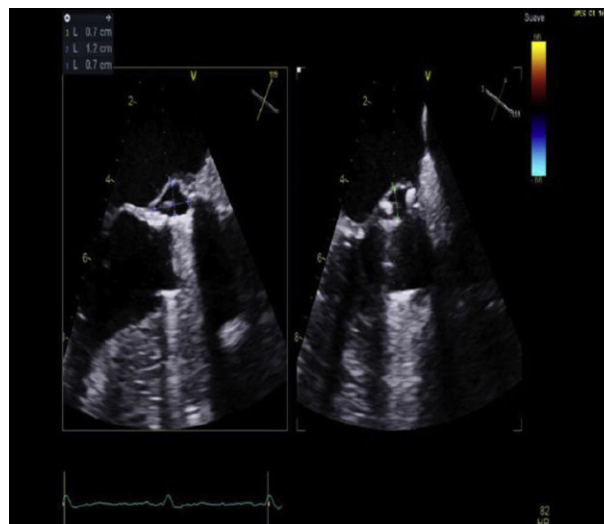
Se realiza un control ecográfico tras 2 semanas de antibioterapia que objetiva progresión con aparición de leak perivalvular aórtico, condicionando insuficiencia aórtica ligera, desaparición de la verruga aórtica y aparición de una verruga mitral. En este contexto se decide añadir tigeciclina (por mejor penetración en tejidos blandos).

Durante la sexta semana de antibioterapia, se realiza nuevo eco transefágico (ETE), que observa abscesificación a nivel de anillo aórtico/fibrosa mitroaórtica, que previamente se encontraba flemosa, con desaparición de la verruga mitral y aumento del leak.

No obstante, el paciente se encontraba estable, afebril, sin datos de insuficiencia cardíaca, síncope ni nuevas alteraciones en la telemetría, con 3 sets de HC de control estériles (tras 1, 2 y 6 semanas de tratamiento antibiótico), completando ciclo antibiótico intravenoso durante 6 semanas de ampicilina y ceftriaxona, y 4 semanas de tigeciclina.

Ante la buena evolución clínica pese al empeoramiento ecocardiográfico, se decide antibioterapia ambulatoria con dalbavancina 1500 mg iv cada 15 días. Tras la quinta dosis, se repite ETE que muestra cavidad fistulizada perianular sin imágenes de vegetación ni datos de progresión respecto previo (imagen 1). Por ello, tras 12 semanas de tratamiento con este antibiótico (6 dosis), habiendo cumplido 18 semanas en total, se decide retirar.

Cinco meses después de esto, el paciente permanece asintomático, con buen estado general, sin datos de insuficiencia cardíaca, con HC de control estériles.



<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.045>

P-25

Infecciones vasculares por *Coxiella burnetii*: Revisión del diagnóstico, tratamiento y seguimiento a través de tres casos clínicos recientes

J.T. Solera, S. de Cossio, A. Reyes, L. Domínguez, F. Galván, M.A. Orellana, A. Pérez-Rivilla, P. Pilkintong, F. López-Medrano



Introducción: La Fiebre Q es una zoonosis causada por *Coxiella burnetii*, que puede presentar manifestaciones clínicas tanto agudas como crónicas. Las infecciones vasculares son la segunda causa más común de infección persistente (9%), muy por detrás de la endocarditis (78% de los casos). El conocimiento extraído de los brotes ocurridos en los últimos años y la aparición de nuevas pruebas diagnósticas han puesto en duda estas cifras, así como el



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es