

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.

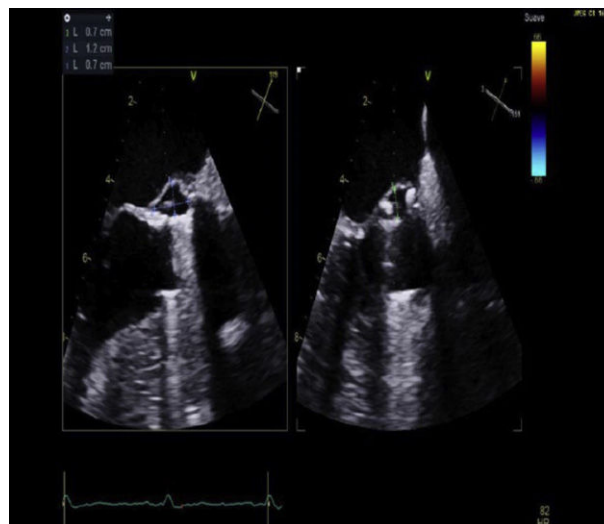
Se realiza un control ecográfico tras 2 semanas de antibioterapia que objetiva progresión con aparición de leak perivalvular aórtico, condicionando insuficiencia aórtica ligera, desaparición de la verruga aórtica y aparición de una verruga mitral. En este contexto se decide añadir tigeciclina (por mejor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

abordaje diagnóstico y terapéutico, y el seguimiento clásico de esta enfermedad, proponiendo nuevos esquemas.

Objetivos: Hacer una revisión de las últimas actualizaciones del manejo de las infecciones endovasculares por *Coxiella burnetii*, aprovechando como ejemplificación tres casos recientes de práctica clínica.

Material y métodos: Revisión bibliográfica utilizando como fuente Pubmed, con los siguientes términos de búsqueda: “chronic Q fever” AND “diagnosis”, “coxiella burnetii” AND “vascular infection” AND “diagnosis”, seleccionando los artículos más recientes y de mayor interés práctico, así como las guías de la CDC al respecto. Información clínica y pruebas diagnósticas obtenidas de base de datos propia del Hospital Universitario 12 de Octubre. La información de los casos se resume en la tabla 1.

Resultados y conclusión: Los factores predisponentes destacan en el caso 3 y, especialmente, en el 2, al presentar tanto prótesis vascular como inmunosupresión, factores que se han demostrado como predictores de evolución a formas persistentes.

Es esencial determinar qué pacientes se benefician de una prueba diagnóstica dirigida, ya que la clínica y las alteraciones analíticas son totalmente inespecíficas. Destaca en el caso 1 la presencia de anticuerpos anticardiolipina, que ha demostrado ser factor de riesgo de evolución de fiebre Q aguda a endocarditis.

Los resultados serológicos, aunque positivos, dan pie a considerar que el dogma clásico de la relación entre el título de anticuerpos de fase I y fase II a la hora de marcar si una infección es aguda o crónica debe tomarse con cuidado. En el caso 1, la serología es de infección aguda y, sin embargo, presentaba una fase evolucionada.

La PCR se mostró, como indica la bibliografía actual, una prueba muy útil en la confirmación diagnóstica del caso 2 y 3. No fue así en el caso 1, ya que se realizó tras inicio del tratamiento.

En las pruebas de imagen se encontraron afectaciones vasculares típicas, destacando la utilidad del PET/TC, que se está postulando como una herramienta imprescindible tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de esta enfermedad.

Respecto al tratamiento, los tres casos se han tratado con pautas antibióticas adecuadas, quedando el caso 3 pendiente de cirugía, siendo los otros dos casos considerados como inoperables. Sin embargo, debido a la intolerancia del paciente, el caso 1 ha tenido que abandonar precozmente la hidroxycicloroquina, algo que, unido a la persistencia de la endoprótesis, disminuye sus posibilidades de curación. Esto queda bien reflejado en la persistencia de niveles elevados de anticuerpos, a pesar de haber superado 18 meses de tratamiento.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.046>

P-26

¿Cuántos años de vida aporta la cirugía en pacientes ancianos con endocarditis infecciosa?



Eliú David Pérez Nogales,
Michele Hernández Cabrera,
Héctor Marrero Santiago, Elena Pisos Álamo,
Isabel de Miguel Martínez, Laura Suárez Hormiga,
Nelva Sosa González, Ksenia Zhvakina,
Susana Cabrera Huerta, Francisco Jiménez Cabrera

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad rara con altísima mortalidad. Los antibióticos y la cirugía son los pilares de su tratamiento, demostrando ésta reducir la mortalidad. Sin embargo, no es fácil tomar la decisión de operar, especialmente con edades avanzadas, comorbilidades y alto riesgo quirúrgico.

Objetivos: Este estudio pretende aportar algo de evidencia a la hora de decidir si operar o no a pacientes con este perfil.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional, retrospectivo analizando dos cohortes (según fueran tratados con cirugía o no) tomadas de los datos recogidos en nuestro centro (2012–2016). Se incluyó a todos los pacientes mayores de 70 años con diagnóstico seguro de EI según los criterios de DUKE e indicación quirúrgica. Se recogieron todos los datos demográficos y del episodio de EI (microorganismo responsable, tratamiento antibiótico y el tipo de EI entre otras). Se compararon ambos grupos con los test correspondientes.

La supervivencia se analizó con las curvas de Kaplan Meier. Además, se compararon los días de vida desde el momento diagnóstico de ambos grupos empleando el Test de MannWhitney a dos colas, considerando una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: Se diagnosticaron 59 casos, 20 con > 70 años; 17 con indicación quirúrgica. Sólo 5 operados. En cuanto a edad y resto de comorbilidades no hubo diferencias significativas en los dos grupos, a excepción de la diabetes mellitus ($p = 0,029$). Tampoco hubo diferencias del tipo de EI, predominando en ambos grupos sobre válvula nativa izquierda seguida de la protésica precoz.

El análisis de las curvas de Kaplan Meier, mostró mayor supervivencia en los pacientes sometidos a cirugía: al comparar los eventos de muerte observados respecto a los esperados se vio que había diferencias significativas a favor de operar ($p = 0,0106$). Por último, comparamos los días de vida que había sobrevivido cada paciente según su grupo (hasta defunción o día del análisis). Hubo una diferencia significativa en días de vida a favor de los pacientes operados (238,67 vs 836,4 $p = 0,0044$). La limitación principal es el pequeño tamaño muestral; por otro lado, destacar que no se recogieron test de calidad de vida, que aportaría información sobre la calidad de vida en esos años ganados.

Conclusión: Decidir si operar a los pacientes ancianos con EI con indicación quirúrgica es un reto por el alto riesgo quirúrgico. El análisis realizado muestra una diferencia significativa a favor de la cirugía, ganando más de un año y medio de vida sobre la supervivencia de los pacientes no operados.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.047>

P-27

Influencia del género en el comportamiento de la endocarditis infecciosa



A. Calvo Cano, F.F. Rodríguez-Vidigal,
A. Vera Tomé, N. Nogales-Muñoz, A. Muñoz-Sanz

Introducción: Según demuestran algunos estudios, las mujeres con endocarditis infecciosa (EI) presentan un mayor riesgo de mortalidad y una menor tasa de cirugía valvular. Aún no está claro si las diferencias se deben a un sesgo de género o a factores biológicos.

Objetivos: Determinar las características clínicas y el pronóstico de la EI en mujeres diagnosticadas en un hospital terciario, durante un periodo de 25 años.

Material y métodos: Análisis comparativo de 302 pacientes con criterios diagnósticos de EI, desde enero 1990 hasta diciembre 2015 en un hospital terciario, de los cuales 85 (28%) fueron mujeres. Se analizó la influencia del género en la mortalidad intrahospitalaria usando una regresión logística multivariante.

Resultados: Comparando con los varones, las mujeres con EI eran mayores (63 ± 14 años vs 58 ± 17 ; $p = 0,007$) y con más valvulopatías previas (59% vs 42%, $p = 0,01$). En el grupo de toxicómanos predominaron los varones (9% vs 1%, $p = 0,001$). La afectación mitral fue significativamente más frecuente en las mujeres (58% vs 32%, $p = 0,002$), así como la afectación protésica precoz (14% vs 6%, $p = 0,02$). En los varones predominó la afectación aórtica (35% vs 19%, $p = 0,002$). No hubo diferencias significativas en el número de complicaciones o en la tasa de cirugía. La mortalidad al año



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es