

se consideraron los criterios de Duke modificados y la evolución. Todos los casos con diagnóstico definitivo de EI se clasificaron en función del tipo de EI (tipo de válvula afectada) y/o del CID, y de los resultados de los hemocultivos.

Resultados: Se realizó PET-CT con 18FDG a 21 pacientes (12 hombres y 9 mujeres) con una edad media de 62 años (mediana: 67,5 a) (R: 27-85 a) que fueron remitidos por sospecha de EI o infección de CID. Once de los pacientes (52,4%) fueron diagnosticados de EI definitiva y/o asociada a CID durante el proceso. Los 10 restantes fueron diagnosticados como endocarditis marántica (30%) o infecciones en otras localizaciones (70%). De los 11 pacientes con diagnóstico final de EI y/o infección de CID, cuatro fueron EI sobre válvula protésica (VP) (36,4%), cuatro sobre válvula nativa (VN) (36,4%), dos presentaron EI asociada a CID (18,2%) y uno presentó EI en VN asociada a CID (9%). El 72,7% de los episodios de EI tuvieron hemocultivos positivos.

Los microorganismos implicados se muestran en la tabla 1. Siete de los 11 casos tuvieron PET-CT positivo (63,6%). El PET-CT fue positivo en el 100% de las EI protésicas, en el 50% de las nativas y en la EI de válvula nativa asociada a CID. Sin embargo, fue negativo en los dos pacientes con EI asociada a CID. De las tres EI con hemocultivo negativo el PET-CT fue positivo en dos, una de ellas causada por *Bartonella* sp. Ninguno de los pacientes sin diagnóstico de EI presentó PET-CT positivo que hiciera posible el diagnóstico de EI.

Conclusion: En nuestra experiencia, el PET-CT es una herramienta útil en el diagnóstico de la EI protésica, con una rentabilidad del 100%. Este valor disminuye a un 50% en las EI asociadas a válvula nativa. Nuestros resultados no mostraron ningún falso negativo.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.055>

P-37

Aortitis por *Mycobacterium bovis* sobre aneurisma aórtico secundario al tratamiento intravesical con BCG

N. Nogales Muñoz, F.F. Rodriguez Vidigal, A. Calvo Cano, J.C. Restrepo Correa, A. Vera Tome, A. Muñoz Sanz

Introducción: El tratamiento intravesical con *Bacillus Calmette-Guerin* (BCG), se utiliza en el tratamiento del Carcinoma vesical superficial. La infección de un aneurisma intraabdominal por *Mycobacterium bovis* después de instilaciones intravesicales de BCG es una complicación poco frecuente.

Objetivos: Se presenta un paciente que desarrolló progresión de un aneurisma aórtico con periaortitis por *Mycobacterium bovis*, tras un tratamiento con BCG intravesical.

Material y métodos: Análisis de los datos disponibles en la historia clínica informatizada, pruebas de imagen y estudios microbiológicos.

Resultados: Varón de 70 años de edad, que consultó por dolor abdominal en la fossa iliaca derecha e hipogastrio de varias horas de evolución. Refería fiebre intermitente desde 9 meses antes, así como dolor lumbar en los últimos meses.

Entre los antecedentes del paciente figuran: (1) Resección trasuretral por carcinoma urotelial de alto grado 2 años antes y tratamiento periódico con instilaciones de BCG intravesical, la última 2 meses antes de consultar; (2) Aneurisma de aorta abdominal infrarenal asintomático en seguimiento por Cirugía Vascular. En urgencias se realizó AbgitoTAC, que demostró una aneurisma de la aorta abdominal aumentado de tamaño respecto a dos años antes; las paredes eran irregulares, mal definidas y con saculaciones, de aproximadamente 64 × 56 mm. Los hallazgos eran compatibles con un proceso inflamatorio sobre aneurisma. A las 72 horas de ingreso, ante la persistencia del dolor, se decidió

intervención quirúrgica con exclusión endovascular del aneurisma aórtico e implantación de una endoprótesis aorto-iliaca. Fue tratado empíricamente con vancomicina y meropenem. Los hemocultivos previos a antibioterapia y repetidos fueron negativos.

Quantiferon-TB:negativo. Ecocardiograma transesofágico: sin datos de endocarditis. PET-TAC: imágenes compatibles con infección activa en la pared aórtica del aneurisma abdominal intervenido mediante prótesis. PAFF guiada por TAC de la colección periaórtica:cultivos bacterianos negativos y PCR *Mycobacterium complex* fueron negativos. Punción Trans-lumbar con aguja gruesa: PCR *Mycobacterium tuberculosis* complex positiva(Xper MTB/Rif) y aislamiento de *Mycobacterium bovis* en el cultivo(Nedio de Lowenstein). Se inició tratamiento con rifampicina, etambutol e isoniazida. En revisiones sucesivas se suspende isoniazida (se demuestra dress en por isoniazida por alergología),actualmente en tratamiento con Rifampicina, etambutol y claritromicina. A los 12 meses de evolución, el paciente se encuentra asintomático con notable descenso de la captación en el PETTAC.

Conclusion: Se debe considerar la posibilidad de infección MICOBACTERIANA de los aneurismas aórticos en pacientes tratados con instilaciones intravesicales de BCG y procurar la confirmación del diagnóstico microbiológico.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.056>

P-38

¿Qué aporta la secuenciación masiva del gen ARNr 16S al estudio de endocarditis infecciosa en tejido valvular?

Paula Santibáñez, Arantza Portillo, Sonia Santibáñez, Lara García-Álvarez, María de Toro, José A. Oteo

Introducción: Las técnicas metagenómicas, basadas fundamentalmente en la secuenciación masiva del gen ARNr 16S en combinación con herramientas bioinformáticas, están revolucionando la investigación en enfermedades infecciosas. Hasta la fecha, las publicaciones sobre su aplicación al diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI) son escasas.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la secuenciación masiva en tejido valvular para el estudio de EI y comparar los resultados con los obtenidos en hemocultivo (HC), y por PCR y secuenciación del ARNr 16S en tejido valvular vegetaciones.

Material y métodos: Se estudiaron 27 muestras de tejido valvular-vegetaciones (4 válvulas protésicas, 18 nativas y 5 dispositivos intravasculares) de 27 pacientes con diagnóstico de EI. En todos se realizaron HC. Se extrajo ADN de los tejidos y se realizaron PCRs del gen ARNr 16S y secuenciación, así como técnicas metagenómicas dirigidas a las regiones V3-V4 del ARNr 16S. El agente causal se identificó en 26 casos, mediante HC ($n=22$), mediante PCR ($n=24$) o por ambas técnicas ($n=20$). Cinco pacientes presentaron endocarditis con HC negativo y en 3 de ellos se realizaron determinaciones serológicas: 1 paciente con IgG frente a *C. burnetii*, fase II = 4.096 y fase I = 4.096 y en el que se amplificó *C. burnetii*; 1 paciente con IgG = 64 frente a *Bartonella* spp. y frente a *C. burnetii*, fase II (fase I, IgG no detectados) y con resultados de PCR negativos, y 1 paciente con IgG frente a *C. burnetii*, fase II = 800 y fase I ≥ 1600 , con IgG no detectados frente a *Bartonella* spp. y con PCR de *Tropheryma whipplei* positiva en tejido valvular.

Resultados: Se observó correlación entre los resultados de HC, PCR y metagenómica en el 62,9% de pacientes (17/27 muestras). En 22/27 muestras se observó correlación entre el resultado de PCR y metagenómica. En 18/27 pacientes se observó correlación entre el resultado de HC y metagenómica. La metagenómica permitió reclasificar 2 casos como infecciones mixtas, al detectarse secuencias





BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

