

de su sinergia con la daptomicina. Este resultado es prometedor, a pesar de la alta mortalidad de la cohorte.

| Pacien te/Nº | Sustrato El                          | Microorganismo | Antibiótico y duración previa a Ceftarolina (días) | Combinación ceftarolina y duración (días)    | Modus combini              | Días hasta aclarar bacteremia | Cirugía/Indicació n | Desenlac  |
|--------------|--------------------------------------|----------------|--|--|----------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------|
| 1            | TAVI (fijo previa)                   | SAOS           | Daptomicina + Cloxacilina (1)                      | Ceftarolina + Daptomicina (5)                | Bacteriemia/ a de brecha   | 6                             | Si/Si               | Muerte EI |
| 2            | Prótesis mitral mecánica             | SAOS           | Daptomicina + Cloxacilina (7)                      | Ceftarolina + Daptomicina + Gentamicina (15) | Recomend ación de expertos | -                             | No/Si               | Muerte NR |
| 3            | Prótesis bypass humeral/NO           | SAOR           | Daptomicina (6)                                    | Ceftarolina + Daptomicina (4)                | Recomend ación de expertos | -                             | Si/Si               | Curación  |
| 4            | Cáñer de marcapasos (posible)        | SAOR           | Daptomicina (5)                                    | Ceftarolina + Daptomicina (1)                | Mala evolución clínica     | -                             | No/Si               | Muerte EI |
| 5            | No localizada                        | SAOR           | Daptomicina + Cefazolina (1)                       | Ceftarolina + Daptomicina (1)                | Mala evolución clínica     | -                             | No/No               | Muerte EI |
| 6            | No localizada (prótesis Ao mecánica) | SAOR           | Daptomicina (6)                                    | Ceftarolina + Daptomicina (15)               | Bacteriemia/ a de brecha   | 3                             | No/No               | Muerte EI |
| 7            | No localizada (IM previa)            | SAOS           | Daptomicina + Cloxacilina (1)                      | Ceftarolina + Daptomicina (7)                | Bacteriemia/ a de brecha   | 2                             | No/No               | Curación  |
| 8            | No localizada (IM previa)            | SAOS           | Daptomicina + Cloxacilina (4)                      | Ceftarolina + Daptomicina (17)               | Bacteriemia/ a de brecha   | 2                             | No/No               | Curación  |

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.064>

## P-010

### CUTIBACTERIUM ACNES (ANTIGUO P.ACNES), EL DESTRUCTOR SILENTE DE LAS VÁLVULAS PROTÉSICAS



Eliú David Pérez Nogales,  
Michele Hernández Cabrera,  
Héctor Marrero Santiago, Elena Pisos Álamo,  
Isabel De Miguel Martínez, Silvia Gopar,  
José Blanco López, Beatriz Saiz Udaeta,  
Laura Suárez Castellano,  
Francisco Jiménez Cabrera

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

**Justificación:** El *Cutibacterium acnes*, bacilo gram positivo cutáneo, es un causante poco habitual de endocarditis infecciosa (EI) con un *modus operandi* muy particular con especial apetencia por válvulas protésicas. El registro más amplio publicado sobre EI por *c. acnes* (Banzon et all) consta de 24 casos, 23 de los cuales fueron sobre válvulas protésicas o anuloplastias. Su diagnóstico es un auténtico reto por varios motivos: es característica la degeneración valvular sin claras vegetaciones (87%), la presentación suele ser subaguda con síntomas sutiles como malestar (88%) y precisa cultivos prolongados

**Objetivo:** Describir dos casos recientes de nuestro hospital que ejemplifican la dificultad del diagnóstico y consolidan el perfil clínico de este microorganismo. Recalcar tenerlo en mente en el diagnóstico diferencial de EI subagudas en portadores de válvulas protésicas con cultivos negativos.

**Material y métodos:** Ambos son casos del CHUIMI diagnosticados en 2019 Caso 1. Mujer de 74 años, implante de prótesis aórtica biológica Crown PRT 19 en 2014. Ingresó 4 años después por sospecha de EI por fiebre persistente, tratada inicialmente con cloxacilina, ampicilina y gentamicina pero se suspende varias semanas después por persistencia de la fiebre. Los HC son persistentemente negativos así como la serología de bacterias atípicas. PET sin captación de la prótesis, ecocardiogramas repetidos donde únicamente se observa pequeño nódulo en la prótesis sin cambios evolutivos. Posteriormente, ante el posible diagnóstico de fiebre secundaria a polimialgia reumática, se inicia tratamiento con corticoides con lo que la fiebre remite. Estable hasta agosto de 2019, que ingresa por insuficiencia cardiaca. El ecocardiografía transeofágica (ETE) y ETT muestran obstrucción severa de la prótesis aórtica e insuficiencia mitral severa. Dada la respuesta previa a corticoides se plantea la posibilidad de una reacción inflamatoria frente a la prótesis porcina, sin conseguir que se determinaran

anticuerpos anti-pork. Finalmente, en cultivos con largo periodo de incubación se aísle *c. acnes*. A las 3 semanas se implantaron dos válvulas mecánicas mitral y aórtica. Evolución postoperatoria tórpida, éxitus letalis Caso 2. Varón de 69 años portador de una válvula mecánica ATS 20 desde el 2017. Dos años después, en control ecocardiográfico se encuentran gradientes elevados con tejido de neoformación y fuga paravalvular significativa. A la espera del ETE presenta dolor torácico anginoso con elevación de encimas cardíacas e inversión de ondas T en el electrocardiograma. Cateterismo cardíaco sin lesiones coronarias. ETE sin vegetaciones pero con gradientes moderadamente aumentados. Además, leak paravalvular del 15 % de la circunferencia generando insuficiencia aórtica severa e inversión del fujo holodiastólico en aorta descendente. Sin fiebre ni elevación de reactantes de fase aguda. Cirugía de sustitución valvular aórtica sin hallar vegetaciones, únicamente desestructuración perianular. Se realiza cultivo de la prótesis antigua en la que se aísle *c. acnes*.

**Resultados y conclusión:** Ambos casos evidencian lo complicado que puede llegar a ser el diagnóstico de EI por *p. acnes*, tanto por su curso clínico subagudo y atípico como por la dificultad de aislarlo en HC. Además, reafirman las características clínicas particulares de este microorganismo descritas previamente: endocarditis tardía sobre prótesis valvular en paciente oligosintomático, con deterioro protésico no explicado

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.065>

## P-011

### Daptomicina combinada con ampicilina, ceftarolina o fosfomicina presenta sinergia in vitro y previene la aparición de resistencia a la daptomicina en enterococos resistentes a vancomicina



García De La Mària Cristina <sup>a</sup>,  
Grebenshchikova Anna <sup>a</sup>, García-González Javier <sup>a</sup>,  
Panesso Diana <sup>b</sup>, Cañas María A. <sup>a</sup>, Almela Manel <sup>a</sup>,  
Ambrosioni Juan <sup>a</sup>, Moreno Asunción <sup>a</sup>,  
Arias Cesar A. <sup>b</sup>, Miró José M. <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Clinic-IDIBAPS. Universidad de Barcelona, Barcelona

<sup>b</sup> Center for Antimicrobial Resistance and Microbial Genomics (CARMiG), UTHealth McGovern Medical School, Department of Internal Medicine, Division of Infectious Diseases, Houston

**Justificación:** *Enterococcus spp* es el tercer agente etiológico más frecuente en la endocarditis infecciosa. Su tratamiento es difícil, en parte debido a la habilidad que presentan en adquirir resistencias antibióticas (p. ej. vancomicina), hecho que los ha convertido en un problema de salud pública. Se sabe que la combinación de daptomicina con agentes antibacterianos que actúan sobre la pared (como los betalactámicos o la fosfomicina) frente a estafilococos es sinérgica, tiene actividad bactericida y previene la aparición de poblaciones resistentes a la daptomicina. Estas combinaciones también podrían ser activas frente a los enterococos resistentes a vancomicina (ERV).

**Objetivos:** Estudiar la actividad *in vitro* de daptomicina en combinación con ampicilina, ceftarolina o fosfomicina frente a dos cepas de *Enterococcus faecalis* y 4 cepas de *Enterococcus faecium*, todas ERV (MIC > 256 µg/mL; vanA).

**Métodos:** Se llevó a cabo la determinación de la concentración mínima inhibidora (CMI) y bactericida (CMB) por el método de microdilución en caldo siguiendo las recomendaciones del *Clinical Laboratory Standards Institute* (CLSI) para daptomicina, vancomi-



**BIO MED**



**unidix**

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



91 803 28 02



[info@biomed.es](mailto:info@biomed.es)

