

cina, fosfomicina, ceftarolina y la CMI por E-test para gentamicina y estreptomicina. El estudio de sinergia se realizó por curvas de letalidad para las combinaciones de daptomicina con ampicilina, ceftarolina o fosfomicina a dos inóculos (estándar [10^5 ufc/ml] y elevado [10^8 ufc/ml: equivalente a la densidad de bacterias en las vegetaciones maduras]). Los antibióticos se estudiaron a concentraciones de 1/2xCMI y 1 xCMI; en aquellos casos en que las CMI excedieron las concentraciones séricas, la concentración a estudiar se fijó en 1/2xCmax y 1 xCmax.

Resultados: Las cepas de *E. faecium* mostraron resistencia a ampicilina y ceftarolina (CMI/CMB ≥ 32 $\mu\text{g}/\text{mL}$) mientras que las cepas de *E. faecalis* fueron susceptibles a ambos antibióticos (ampicilina [CMI/CMB $\leq 2/2$ $\mu\text{g}/\text{mL}$], ceftarolina [CMI/CMB $\leq 4/16$ $\mu\text{g}/\text{mL}$]). Todas las cepas presentaron resistencia a la fosfomicina (CMI/CMB ≥ 64 $\mu\text{g}/\text{mL}$) y una cepa presentó resistencia a daptomicina (CMI/CMB = 4/8 $\mu\text{g}/\text{mL}$). Todas las cepas presentaron resistencia de alto nivel a aminoglucósidos, excepto una que fue sensible a la gentamicina. El estudio de sinergia mostró que a inóculo estándar las combinaciones de daptomicina con ampicilina, ceftarolina o fosfomicina presentaron sinergia para las seis cepas del estudio pero no se detectó actividad bactericida en ningún caso. En presencia del inóculo elevado, la sinergia se perdió frente a todas las cepas y las combinaciones fueron indiferentes. No se recuperaron aislados resistentes a la daptomicina en ninguna combinación.

Conclusiones: Las combinaciones de daptomicina con ampicilina, ceftarolina o fosfomicina fueron sinérgicas a inóculo estándar frente a cepas ERV y previnieron el desarrollo de aislados resistentes a la daptomicina en todos los casos. En una siguiente fase del estudio se evaluará su eficacia en el modelo *in vivo* de endocarditis experimental.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.066>

P-012

Factores asociados con la mortalidad en una serie de casos de endocarditis en un hospital comarcal



Esles Marta, Portilla Raquel, Limia Cristina, Paz Lucía, Tejero Andrea, Amado Cristina, Teira Ramon

Hospital de Sierrallana, Torrelavega

Justificación: La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) recomienda en su guía de práctica clínica sobre endocarditis infecciosa (EI) que los pacientes con EI complicada sean evaluados y manejados precozmente en un centro de referencia (recomendación no concluyente: "debería considerarse", evidencia moderada), mientras que respecto a aquéllos con EI no complicada debe establecerse precozmente comunicación con tal tipo de centro (mismo tipo de recomendación y evidencia). **Ojetivos:** Nos planteamos estudiar la mortalidad en una serie de casos consecutivos atendidos en un hospital comarcal, con especial atención al efecto del traslado a un centro de referencia.

Métodos: Revisamos las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de EI en el Hospital de Sierrallana de Torrelavega (área de 165000 habitantes, 260 camas) entre enero de 2010 y diciembre de 2018. El diagnóstico de EI se realizó siguiendo los criterios de DUKE. Analizamos el efecto de diversos factores clínicos y epidemiológicos, incluyendo el traslado al hospital de referencia, en la mortalidad durante el episodio.

Resultados: Durante el periodo estudiado se diagnosticaron en nuestro hospital 99 EI de los que 66 ocurrieron en varones. La media de la edad fue 74 años (DE: 12). La proporción de casos sobre vál-

vula nativa fue 77,8%, mientras que sobre protésica fue 19,2%. Cinco pacientes presentaron endocarditis en material protésico no valvular. Veintiséis casos fueron causados por *Staphylococcus aureus*, 15 por *S. epidermidis*, 17 por especies de estreptococos excepto enterococos, siete por especies diversas, y en 34 casos no se aislaron bacterias en los hemocultivos. Se trajeron quirúrgicamente 23 casos. 39 pacientes han fallecido durante el seguimiento, 30 por la EI o sus complicaciones. La mortalidad se asoció con mayores valores del índice de comorbilidad de Charlson y con el aislamiento de *Staphylococcus aureus* en los hemocultivos. No se asoció con la edad, el sexo, el tratamiento quirúrgico de la EI, la naturaleza de la válvula infectada o el traslado a un hospital de referencia.

Conclusiones: Encontramos una incidencia poblacional de EI y una mortalidad durante el episodio en nuestra serie dentro del rango de lo descrito. Al igual que en series extensas, la existencia de comorbilidades y el aislamiento de *Staphylococcus aureus* se asoció con mayor mortalidad durante el episodio. La cirugía valvular y la atención en un centro de referencia no se asociaron a reducción de la mortalidad. Estos hallazgos apoyan, con las prevenciones propias de provenir de un estudio retrospectivo unicéntrico, la recomendación implícita de la guía de la ESC de la posibilidad de manejar los casos de EI no complicada en hospitales generales con acceso fácil a centros de referencia.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.067>

P-013

Utilidad del ^{18}F -fdg pet-tc para detectar patología colo-rectal en pacientes con endocarditis infecciosa causada por microorganismos enteroafines



Ardila Julian, Marí Hualde Amaia, Valerio Maricela, Kestler Martha, Muñoz Patricia, Alonso Farto, Juan Carlos

HGUGM, Madrid

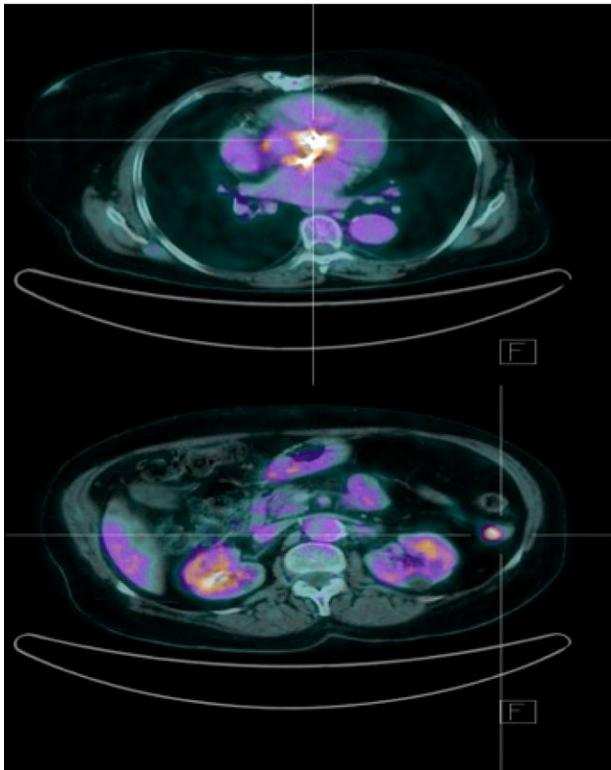
Justificación: Determinar la frecuencia de patología benigna, premaligna y maligna colo-rectal en pacientes a quienes se les realizó un ^{18}F -FDG PET por endocarditis infecciosa causada por microorganismos enteroafines.

Material y Método: Estudio retrospectivo de 62 pacientes con ^{18}F -FDG PET indicado por endocarditis infecciosa o bacteriemia persistente por estreptococos, enterococos o enterobacterias, tipificados mediante hemocultivo. Se evaluó la actividad metabólica a nivel de válvulas cardíacas y se realizó una búsqueda de depósitos colo-rectales sospechosos. Se describe el aspecto metabólico y morfológico de las lesiones, el tipo de enfermedad colo-rectal determinada por confirmación histopatológica endoscópica y se correlacionan con el microorganismo implicado y aspectos clínicos.

Resultado: Edad media de 68 años, 35 hombres y 27 mujeres, I.Charlson medio 4,2. Los microorganismos implicados fueron: *S.bovis* (9/62), *S.viridans* (20/62), otros estreptococos (8/62); *E.faecalis* (11/62), *E.faecium* (3/62), otros enterococos (1/62); *E.coli* (7/62), *Proteus* (1/62) y otras enterobacterias (4/62). En dos pacientes coexistían dos microorganismos. El PET fue positivo para endocarditis en el 35% y detectaron lesiones intestinales en 20p (32,5%). En la imagen la captación se consideró difusa en 5/20 y focal en 15/20, correspondiendo la mayoría a focos únicos (16/20) y múltiples en 4/20, el SUVmax medio fue 7,4. Todas las lesiones se correlacionaron con colonoscopia, y además se encontraron otras 15 lesiones no informadas en PET/CT. Así en el 56,5% (35/62) se confirmó una alteración histológica correspondiente a: lesiones benignas: 13%, premalignas: 23% y lesiones malignas: 23%. Los microorganismos implicados con mayor frecuencia en patología

maligna fueron *S. bovis* (44,5%), *S. viridans* (35%) y *E. faecalis* (18,2%). Los enterococos y enterobacterias presentan mayor asociación con patología pre-maligna.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de carcinoma colorrectal en endocarditis causadas por microorganismos enteroafines, especialmente *S. viridans* y *E. faecalis* adicionales al *S. bovis*, cuya asociación ya es conocida. Es indispensable realizar una búsqueda exhaustiva de estas lesiones en estudios PET/CT ya que su detección precoz es relevante para el manejo terapéutico y pronóstico.



<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.068>

P-014

Decisiones controvertidas en el manejo de la endocarditis mural aislada. a propósito de un caso de endocarditis infecciosa por *haemophilus parainfluenzae*

Galván Román Francisco, Domínguez Pérez Laura, Ruiz Ruigómez María, Díaz Simón Raquel, López Gude María Jesús, López Medrano Francisco, Orellana Miguel María Ángeles, Vigil Martín Christian, Aparicio Minguijón Eduardo, Sabín Collado Ana

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Justificación: Presentamos un caso de endocarditis infecciosa mural para exponer los retos diagnósticos y terapéuticos que comporta.



Objetivos: Describir el abordaje diagnóstico empleado y discutir la aplicabilidad de pruebas de imagen diferentes a la ecocardiografía. Describir la estrategia terapéutica empleada y discutir su conveniencia.

Material y métodos: Se hizo uso de la historia clínica electrónica. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente.

Resultados: Varón de 47 años sin antecedentes relevantes. Ingresó por cuadro séptico. Como motivos de consulta presentaba sensación distérmica, tiritona, mialgias y cefalea intensa con cervicalgia. Había presentado una relación sexual sin protección 4 meses antes con un hombre VIH + pero con carga viral indetectable y tratamiento antirretroviral activo. Negaba consumo de tóxicos, tatuajes o venopunciones. También negaba cirugías previas, exploraciones invasivas y extracciones dentales. Se cubrió empíricamente el posible proceso infeccioso neurológico hasta que se descartó. Tras confirmación de bacteriemia por *H. parainfluenzae* se inició Ceftriaxona. En el estudio etiológico de la bacteriemia se descartó proceso neumónico y origen abdominal. Se descartó infección por VIH. A la semana del ingreso se amplió el espectro de la antibioterapia por persistencia de fiebre. En el ecocardiograma transtorácico (ETT) se objetivó una masa de gran tamaño (3.9 cm x 2.7 cm) que tapizaba el segmento basal de la cara lateral del ventrículo izquierdo, con varias vegetaciones adheridas, sugerente de endocarditis mural. La válvula mitral era mixomatosa, pero sin afectación endocardítica. Se realizó cirugía cardiaca el 11º día de ingreso para prevención de embolias. Se resecaron las estructuras móviles y se hizo desbridamiento del lecho mural. El estudio microbiológico de las muestras quirúrgicas fue estéril, con histología compatible con proceso inflamatorio agudo. Todos los hemocultivos durante el ingreso tras inicio de antibioterapia fueron estériles. Tras la cirugía se dejó Ceftriaxona en monoterapia y el paciente no volvió a presentar clínica infecciosa. En el primer ETT postquirúrgico se describía verruga residual mural. Se decidió mantener antibioterapia con Ceftriaxona. El siguiente ETT de control (día + 10 postquirúrgico) no objetivó verrugas, pero sí fueron descritas en ETT sucesivos (días + 20, + 30 y + 45), aunque en todos ellos las verrugas eran de menor tamaño que en ETT prequirúrgico. El paciente pudo ser dado de alta para continuar antibioterapia en hospital de día dada la ausencia de sintomatología. Recibió tratamiento antibiótico prolongado y en ETT sucesivos no se objetivaron verrugas.

Conclusiones: La endocarditis infecciosa con afectación mural aislada es infrecuente. No se puede sacar una conclusión definitiva sobre la superioridad de un abordaje invasivo mediante cirugía cardiaca sobre la antibioterapia aislada. Tras la revisión de nuestro caso, parece prudente establecer una duración prolongada de tratamiento antibiótico intravenoso dirigido a pesar del abordaje quirúrgico, ya que la cirugía de desbridamiento generalmente es incompleta por el alto riesgo de rotura cardiaca, pudiendo permanecer material residual infectado. Consideramos oportuno abrir el debate sobre el posible papel de la medicina nuclear en el diagnóstico de la recidiva infecciosa de la afectación mural aislada de cara a guiar la duración del tratamiento antibiótico.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.069>



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

