

16

Endocarditis Infecciosa Causada Por Microorganismos Multirresistentes

S. de la Villa¹, A. Rojas¹, A. Estévez¹, A. Álvarez-Uría¹, M. Valerio^{1,2,3}, M. Machado¹, M. Kestler^{1,2,3}, V. González Ramallo⁵, H. Rodríguez Abella⁶, E. Bouza^{1,2,3,4}, P. Muñoz^{1,2,3,4}, en nombre de GAME-HGUGM

¹ Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

² Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid

³ Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

⁴ CIBER Enfermedades Respiratorias-CIBERES (CB06/06/0058), Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

⁵ Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

⁶ Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción: Las infecciones causadas por microorganismos multirresistentes (MDR) son cada vez más frecuentes en nuestro medio, asociándose con mayor morbilidad y mortalidad. Sin embargo, la experiencia en endocarditis infecciosa (EI) causada por MDR es escasa.

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes con EI causada por MDR en nuestro hospital.

Material y métodos: Análisis retrospectivo en el que se han incluido los casos de EI causados por MDR entre 2008 y 2020, analizando dos periodos: de 2008 hasta 2013 y de 2014 hasta 2020. Los microorganismos MDR incluidos fueron: *S. aureus* resistente a la meticilina (SAMR), *Enterococcus* spp. resistente a vancomicina (EVR), Enterobacterales productores de betalactamasas BLEE y/o carbapenemasas y *P. aeruginosa* MDR o XDR. Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables clínicas, microbiológicas y evolutivas (complicaciones, mortalidad intrahospitalaria y al año de seguimiento) y un análisis comparativo de los casos con EI por MDR vs. EI no causadas por MDR.

Resultados: Se identificaron 642 episodios de EI, de los cuales 36 (5,6%) fueron por MDR correspondiendo en 31 casos (86,1%) SAMR y en 5 (13,9%) otros microorganismos: 3 casos *P. aeruginosa* MDR, 1 caso EVR y otro caso *K. pneumoniae* BLEE + OXA-48. La frecuencia de MDR en el periodo de 2008 a 2013 fue del 4,5% y de 2014 a 2020 del 6,7% ($p = 0,22$). Los 5 casos debidos a otros MDR diferentes de SAMR aparecieron de manera exclusiva en el segundo periodo. La mediana de edad de los 36 casos fue de 73 años (IQR 58–78) y el 61,1% eran varones. El 80,6% de los casos correspondieron a EI izquierdas y 12 casos (33,3%) protésicas. En 77,7% de los casos se estableció la indicación quirúrgica, realizándose en 18 pacientes (50%). En cuanto a la evolución, la mortalidad intrahospitalaria fue del 30,6% y al año de seguimiento del 50%. En la comparación entre los episodios de EI por MDR (36 casos) vs. EI no debida a MDR (606 controles) se observó que el grupo de EI por MDR presentaba con mayor frecuencia antecedente de EPOC (36,1 vs. 21,2%, $p = 0,03$), diabetes (61,1 vs. 29,8%, $p < 0,01$), enfermedad cerebrovascular (25 vs. 17,5%, $p < 0,01$) y mayor índice de Charlson (6 vs. 5, $p < 0,01$). La adquisición fue con mayor frecuencia nosocomial en el grupo de EI por MDR (63,8 vs. 31,3%, $p < 0,01$). En cuanto a la evolución, no se observaron diferencias significativas en la frecuencia de complicaciones. El grupo de EI por MDR presentó una tendencia no significativa a mayor mortalidad al año de

seguimiento (50 vs. 38,8%, $p = 0,18$). En los 5 casos debidos a MDR no SAMR la mortalidad al año fue del 60%.

Conclusiones: La prevalencia de EI por MDR sigue siendo baja y la etiología más frecuente continúa siendo SAMR, siendo muy poco frecuente la causada por otros MDR.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.03.003>

17

Endocarditis infecciosa sobre válvula pulmonar nativa en trasplantado pulmonar reciente

F. Artigues Serra, M.A. Ribas del Blanco, E. Ruiz de Gopegui Bordes, M. Vives Borrás y L. Vidal Bonet

Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca

Introducción: La incidencia de endocarditis infecciosa (EI) en trasplantados de órgano sólido es 1–2%, riesgo 12 veces superior, relacionado con inmunosupresión y asistencia sanitaria.

Objetivos: Revisar EI en trasplante pulmonar.

Material y métodos: Caso y bibliografía.

Resultados. Varón de 44 años con trasplante bipulmonar reciente. Ingresa por fiebre. En angioTC se observa TEP. Hemocultivos positivos para *E. faecalis*, iniciando ampicilina 2 g/4 h y ceftriaxona 2 g/12 h. ETT confirma vegetación en válvula pulmonar nativa de 20 mm y dudosa verruga aórtica, sin disfunción valvular ni cardíaca. A la 5ª semana, por fiebre, se repite TC torácico sugestivo de émbolos sépticos, alargando antibioterapia a 8 semanas. Colonoscopia y TC abdominal anodinos. Hemocultivos al alta negativos. Reingresa por fiebre y hemocultivos nuevamente positivos para *E. faecalis*. ETT con disminución de las vegetaciones pulmonares (16 mm) pero IAo moderada. Por recidiva con progresión valvular, se decide cirugía (sustitución valvular aórtica y pulmonar por prótesis biológicas). Cultivo intraoperatorio positivo para *E. faecalis*, completándose 8 semanas más con ampicilina y daptomicina. Evolución favorable y hemocultivos negativos.

Conclusiones: La EI sobre válvula pulmonar representa el 2%. En nuestro caso, dicha afectación posiblemente está condicionada a la asistencia sanitaria reciente. Las EI derechas son la causa más frecuente de embolismos sépticos pulmonares, siendo la inmunosupresión un factor de riesgo. La cirugía por tamaño en EI derechas, no está bien definida. Hay pocas publicaciones de EI en trasplantado pulmonar. La afectación derecha/izquierda es la misma en no trasplantados. La inmunosupresión es un factor de riesgo para émbolos sépticos pulmonares en EI derecha.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.03.004>



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es