

17-ID: 220036

# ENDOCARDITIS INFECCIOSA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER VERSUS QUIRÚRGICA



V. Panagides<sup>1,6</sup>, G. Cuervo<sup>2,6</sup>, J. Llopis<sup>3,6</sup>, A. Regueiro<sup>2,6</sup>, C.A. Mestres<sup>4,6</sup>, P. Tornos<sup>5,6</sup>, D. del Val<sup>1,6</sup>, E. Quintana<sup>2,6</sup>, J. Rodés-Cabau<sup>1,2,6</sup>, J.M. Miro<sup>1,3,6</sup>, en nombre de los investigadores de las cohortes “TAVI Infective Endocarditis International Registry” e “International Collaboration on Endocarditis” (ICE)

<sup>1</sup> Quebec Heart & Lung Institute, Laval University, Quebec City, Quebec, Canadá

<sup>2</sup> Hospital Clinic-IDIBAPS, University of Barcelona

<sup>3</sup> Department of Genetics, Microbiology and Statistics, University of Barcelona

<sup>4</sup> Departamento de Cirugía Cardiorrónica, Universidad del Estado Libre Bloemfontein. Sudáfrica

<sup>5</sup> Department of Cardiology, Hospital Quirón Barcelona

<sup>6</sup> CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

**Justificación:** Hay pocos datos disponibles que comparen la endocarditis infecciosa (EI) después del reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica (RVA) y tras la implantación de la válvula aórtica transcáteter (TAVI).

**Objetivo:** Comparar las características demográficas, clínicas, microbiológicas, quirúrgicas y pronósticas al año de seguimiento de la EI después de una RVA en comparación con la TAVI.

**Método:** Los casos proceden de los registros internacionales de EI sobre TAVI y del ICE. Solo se incluyeron pacientes con una EI sobre prótesis aórticas. Se compararon las cohortes de EI sobre prótesis mecánicas, biológicas y homoinjertos aórticas (controles) con las EI sobre TAVI (casos) y se realizó un análisis de propensión 1:1 (misma edad y sexo y diabetes, insuficiencia renal crónica y episodio previo de EI) para comparar las características clínicas y el pronóstico de los pacientes con EI sobre TAVI y los pacientes con EI sobre una bioprótesis aórtica. Se utilizó Stata v.15.0 (College Station, TX) para todos los análisis.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 1.688 pacientes. De ellos, 602 pacientes (35,7%) tenían bioprótesis, 666 (39,5%) una prótesis mecánica, 70 (4,2%) un homoinjerto y 350 (20,7%) una EI sobre TAVI. Los pacientes con EI sobre una prótesis mecánica u homoinjerto aórticos eran más jóvenes (mediana [RIC] de 64,6 años [53,2–72,9] y 50,2 años [38–64,9] respectivamente) en comparación con aquellos con una EI sobre bioprótesis o TAVI (73,8 años [66,1–78,5] y 80 años [74,6–84] respectivamente),  $p < 0,001$ . Los pacientes con EI sobre TAVI tenían más comorbilidades (EPOC, enfermedad cerebrovascular y enfermedad renal crónica) en comparación con el resto de grupos. Un episodio de EI previo fue más frecuente en pacientes con bioprótesis (20,0%), válvula mecánica (20,6%) y homoinjerto (51,4%), en comparación con los pacientes con EI sobre TAVI (1,4%). En el análisis de propensión, la EI sobre TAVI vs. la EI sobre bioprótesis, la tasa de insuficiencia aórtica moderada o grave nueva fue mayor en el grupo de bioprótesis (43,4 vs. 13,4%,  $p < 0,001$ ) y se diagnosticaron menos vegetaciones en el grupo de bioprótesis (62,5 vs. 82%,  $p < 0,001$ ). Los pacientes con EI sobre bioprótesis tuvieron mayor afectación paravalvular (47,9 vs. 27%,  $p < 0,001$ ) y la EI por *Staphylococcus aureus* fue menos frecuente en este grupo (13,4 vs. 22%,  $p = 0,033$ ). A pesar de una mayor tasa de cirugía intra-hospitalaria en pacientes con EI sobre bioprótesis (44,4 vs. 26,8%,  $p < 0,001$ ), la mortalidad estimada a 1 año fue similar en ambos grupos (bioprótesis: 46,5%, EI-TAVI: 44,8%;  $p = 0,697$ ).

**Conclusiones:** La presentación clínica, la etiología y el pronóstico de la EI difirieron entre los pacientes con distintas prótesis aórticas y TAVI. Sin embargo, en el análisis de propensión, las EI sobre bioprótesis o TAVI tuvieron unas tasas de mortalidad elevadas y similares al año de seguimiento.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.021>

18-ID: 220038

# ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR CUTIBACTERIUM SPP. EN LA SERIE GAMES (2008-2022)



D.A. Menchén<sup>1</sup>, M. Marín<sup>1</sup>, A. Ramos<sup>2</sup>, E. Gómez<sup>3</sup>, C. Hidalgo<sup>4</sup>, A. de Alarcón<sup>5</sup>, M.Á. Goenaga<sup>6</sup>, M.Á. Rodríguez<sup>7</sup>, E. García<sup>8</sup>, P. Muñoz<sup>1</sup>, en nombre de los investigadores de GAMES

<sup>1</sup> Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

<sup>2</sup> Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

<sup>3</sup> Hospital Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

<sup>4</sup> Hospital Virgen de las Nieves, Granada

<sup>5</sup> Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

<sup>6</sup> Hospital Donostia, San Sebastián

<sup>7</sup> Hospital Central de Asturias, Oviedo

<sup>8</sup> Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia

**Justificación:** El género *Cutibacterium* (previamente *Propionibacterium*) está compuesto por bacilos gram-positivos anaerobios de crecimiento lento que forman parte de la flora cutánea habitual. Este género se ha relacionado con infecciones endovasculares, especialmente cuando se ve implicado material protésico, pero determinar con certeza su papel patogénico suele suponer un dilema diagnóstico.

**Objetivo:** Los objetivos del presente trabajo fueron: determinar la incidencia y características clínicas de los casos de EI por *Cutibacterium* spp. en la cohorte GAMES y analizar los resultados de las pruebas microbiológicas utilizadas para llegar al diagnóstico, su tasa de positividad y la concordancia entre ellas.

**Método:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de la serie GAMES (2008-2022), que incluye los datos de 45 hospitales españoles. Las pruebas microbiológicas analizadas fueron hemocultivos, cultivos convencionales y PCR y secuenciación del gen 16S rARN. Para este trabajo hemos considerado endocarditis protésica aquella en la que se ve afectada una válvula protésica o la que ocurre sobre tubos valvulados u otro material protésico de gran calibre, excluyendo marcapasos o dispositivos cardíacos implantables.

**Resultados:** De los 6.070 episodios de EI, 56 casos (0,9%) fueron causados por especies de *Cutibacterium*, siendo *C. acnes* la más frecuente (91%). La mayoría de casos fueron varones (89%) con un elevado número de comorbilidades, entre las que destaca la presencia de hipertensión, insuficiencia cardíaca y enfermedad coronaria. La mayor parte ocurrieron sobre válvulas protésicas (64%) o dispositivos cardíacos (20%), aunque 7 casos (13%) se produjeron sobre válvulas naturales. En los casos de EI protésica, la media de tiempo desde el implante de la prótesis hasta el ingreso hospitalario fue de 38 meses. El tiempo medio desde el ingreso hospitalario hasta la realización de un ecocardiograma fue de 4 días. 47 casos recibieron un tratamiento basado en betalactámicos. En 20 episodios se observaron complicaciones intracardiacas, destacando un 23% de casos con presencia de absceso. De los 56 casos, se realizó cirugía en 45 (80%). La mortalidad global fue del 14%. Se obtuvo un resultado positivo en 27/44 casos en los que se realizó hemocultivos, 22/25 casos en los que se realizó PCR, y en 29/34 casos en los que se realizaron

otros cultivos, lo que supone una tasa de positividad del 61%, 88% y 85%, respectivamente.

**Conclusiones:** La EI por *Cutibacterium* spp. es una entidad muy poco frecuente que suele afectar casi en su totalidad a varones con comorbilidades, portadores de válvulas protésicas o dispositivos cardíacos, y que suele requerir tratamiento quirúrgico. La mortalidad en nuestra serie es del 14%. En los casos en los que se realizaron pruebas de diagnóstico molecular, la PCR 16S rARN fue el test diagnóstico con mayor sensibilidad.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.022>

19-ID: 220039

## EXPERIENCIA CON EL USO DE DALBAVANCINA EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL TERCIARIO



A. Arapiles Muñoz<sup>1</sup>, M. Morante Ruiz<sup>1</sup>,  
A. Cabello Úbeda<sup>1</sup>, B. Álvarez Álvarez<sup>1</sup>,  
L. Prieto Pérez<sup>1</sup>, G. Toledano Mayoral<sup>2</sup>,  
R. Fernández Roblas<sup>3</sup>, A. Pello Lázaro<sup>4</sup>,  
G. Aldámiz-Echevarría del Castillo<sup>5</sup>,  
V. Hortigüela Martín<sup>6</sup>,  
M. Górgolas Hernández-Mora<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Medicina Interna

<sup>2</sup> Servicio de Farmacia

<sup>3</sup> Servicio de Microbiología

<sup>4</sup> Servicio de Cardiología

<sup>5</sup> Servicio de Cirugía Cardíaca

<sup>6</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital

Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

**Justificación:** La dalbavancina (DBV) es un lipoglicopéptido con una larga vida media cuya indicación está bien establecida en infecciones de piel y tejidos blandos. La experiencia previa publicada en endocarditis infecciosa (EI) se basa en estudios con muestras heterogéneas.

**Objetivo:** Exponer la experiencia en el tratamiento de EI con DBV en dosis quincenales de 1.500 mg con la intención de acortar estancia hospitalaria.

**Método:** Estudio ambispectivo a partir de los registros del servicio de farmacia. Se recuperaron todas las historias clínicas de pacientes con EI confirmada que habían recibido al menos una dosis de DBV entre febrero de 2018 y enero de 2022 y que habían tenido un seguimiento de al menos 6 meses. Se consideraron curados aquellos que a los 6 se encontraban vivos y sin haber presentado un nuevo episodio de EI.

**Resultados:** De un total de veinticinco pacientes el 76% fueron mujeres con una edad media de 71 años (rango 52-91). La válvula más frecuentemente afecta fue la mitral (48%). La mayoría de casos fueron sobre válvula nativa (68%). Los patógenos más frecuentemente aislados fueron *Streptococcus* spp (28%), seguidos de *S. aureus* y *E. faecalis* (24% cada uno). Tras 6 meses de seguimiento diecisiete pacientes (76%) se curaron, dos pacientes fallecieron y recayeron tres. Según tipo de válvula, el 88% de EI sobre válvula nativa estaban curados a los 6 meses, por el 50% de casos en EI protésicas (37% presentaron un nuevo episodio y 13% fallecieron). La mayoría recibieron dos dosis de DBV (1,7 dosis en promedio). De los diez pacientes que se intervinieron quirúrgicamente el 90% se consideraban curados tras 6 meses, habiendo solo una recaída. Los pacientes no intervenidos presentaban una tasa de curación del 60%. La estancia media en el hospital fue de 24 días (rango 9-45). Teniendo en cuenta los costes estimados por cada ingreso por EI y la sustitución valvular, calculamos unos costes de 494 € por día de ingreso por EI y de 2.281 € en relación con el uso de DBV por episo-

dio, estimando un ahorro de unos 4.076 € por episodio (22% sobre el coste total por episodio) al considerar que la estancia hospitalaria se acortó una mediana de 14 días (IQ 7-21). Esto supone un total de 340 días ahorrados, cuyo ahorro estimado es de 101.904,25 €.

### Características de los casos con EI confirmada

	n (%)	Rango
Edad media	71	52-91
Mujeres	19 (76)	
Válvula afectada		
Mitral	12 (48)	
Aórtica	11 (44)	
Endoprótesis vasculares	1 (4)	
Marcapasos	1 (4)	
Tipo de infección		
Válvula nativa	17 (68)	
Válvula protésica	8 (32)	
Comunitaria	14 (56)	
Nosocomial	11 (44)	
Aislamientos		
<i>S. aureus</i>	6 (24)	
<i>S. coagulasa</i> negativo	2 (8)	
Enterococo	7 (28)	
Estreptococo	7 (28)	
Tratamiento recibido		
Dos o más antibióticos	17 (68)	
Cirugía	10 (40)	
Duración media antibioterapia	20 días	7-30
Estancia media hospitalaria	24 días	9-45
Dalbavancina		
Una dosis	9 (36)	
Dos dosis	14 (56)	
Más de dos	2 (9)	
Recaídas		
A 3 meses	2 (9)	
A 6 meses	1 (6)	
Fallecimientos		
A 3 meses	2 (9)	
A 6 meses	1 (6)	

**Conclusiones:** En trabajos previos de EI tratada con DBV la tasa de curación microbiológica llega a superar el 90%. Nuestros resultados respecto a tasa de curación clínica y mortalidad global pueden explicarse porque una proporción importante nuestra muestra aunque tenía indicación teórica de cirugía no se realizó por comorbilidades o mortalidad intraoperatoria prevista. El tratamiento secuencial con DBV es una alternativa eficaz que permite acortar la estancia hospitalaria en EI, pero cuya eficacia puede estar limitada, como la de cualquier otro antimicrobiano, en aquellos pacientes en los que no es posible completar el tratamiento con cirugía valvular cuando está indicada.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.023>





**BIOMED**



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

**desde 1977 al cuidado de tu salud**



**91 803 28 02**



**info@biomed.es**