

20-ID: 220040

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA ANTES Y DESPUÉS DE IMPLANTAR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR



M. Morante ¹, A. Cabello ¹, A. Pello ², R. Hernández ³, R. Fernández-Roblas ⁴, G. Aldamiz-Echevarría ³, M.Á. Navas ², V. Hortigüela ⁵, M. Tomás ⁶, L. Varela ³

¹ División de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna

² Servicio de Cardiología

³ Servicio de Cirugía Cardiovascular

⁴ Servicio de Microbiología

⁵ Servicio de Cuidados Intensivos

⁶ Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital

Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad compleja cuya variabilidad en la presentación hace que ningún médico pueda tratar a un paciente con EI de forma aislada y que el trabajo colaborativo entre profesionales especializados sea fundamental para optimizar su manejo.

Objetivo: Describir los cambios en el diagnóstico, manejo y evolución de los pacientes tras la instauración de un equipo multidisciplinar (*Endocarditis Team*, ET).

Método: Estudio retrospectivo a partir de los registros diagnósticos y revisión de las historias clínicas de los pacientes con EI en nuestro centro desde 1/1/2016 al 31/12/2021. Se dividió la muestra en dos grupos: antes y después del establecimiento del ET (marzo 2019). Se analizaron características basales, morbilidad y resultados. Se evaluaron los eventos durante la hospitalización y seguimiento en el primer año.

Resultados: Ingresaron 107 pacientes con diagnóstico de EI en el periodo de estudio: 44 (41,1%) antes de la conformación del ET y 63 con ET (58,9%). La edad media fue de 70,1 años, 60,8% eran varones, con un Charlson ajustado a edad medio de 4,9. El 34,6% habían tenido antecedentes de cirugía cardíaca y el 45,8% de valvulopatía. No hubo diferencias significativas entre los períodos. Veinticuatro EI fueron nosocomiales: 9 (20,5%) previo al ET y 15 (23,8%) durante ET. Veintisiete sobre válvulas protésicas: 10 (22,7%) sin ET y 17 (26,9%) con ET. Cinco sobre TAVI: 2 sin ET (4,6%) y 3 con ET (4,8%). Se objetivaron reducciones significativas en el tiempo ingreso-adquisición de hemocultivos (3,6 días antes del ET vs. 0,16 días tras ET, p: 0,01), y en el tiempo ingreso-realización del ecocardiograma transesofágico (8,7 días sin ET vs. 4,4 días con ET, p: 0,11). Aumentaron los pacientes clasificados por los criterios de Duke: 31 (70,5%) vs. 51 (82,3%) con ET. Se observó un aumento en la detección de EI por *Staphylococcus aureus* (SA), 13 (25%) vs. 25 (39%). Aumentaron las intervenciones quirúrgicas (17 pacientes [38,6%] antes de ET vs 30 [47,6%] con ET), y el manejo quirúrgico en pacientes con indicación (65,3 vs. 75%) sin alcanzar la significación estadística. No se evidenciaron diferencias en complicaciones entre ambos grupos, pero sí una tendencia a la disminución de ictus (25 vs. 9,2%), embolismos a distancia (43,3 vs. 23,2%), las complicaciones intracardiacas (47,7 vs. 38,1%) y abscesos (15,9 vs. 6,4%). La tasa de mortalidad hospitalaria fue del 20,5% sin diferencias significativas. Sí disminuyeron las pérdidas de seguimiento (22,9 vs. 2,1% con ET) y aumentó la tasa de supervivencia y curación completa al año, que fue mayor tras la instauración del ET (48,6 vs. 79,2%, p: 0,02). También disminuyeron las recidivas (14,3 vs. 6,3%, p: 0,02).

Conclusiones: La instauración del ET mejoró los tiempos diagnósticos, la clasificación y el manejo médico-quirúrgico de los pacientes, así como la tasa de supervivencia en el primer año de seguimiento.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.024>

21-ID: 220041

ENDOCARDITIS MULTIVALVULAR CON AFECTACIÓN PULMONAR POR BARTONELLA QUINTANA EN ADULTO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA



R. Aranda-Domene ¹, E. Sandoval-Martinez ², G. Cuervo ³, L. Sanchís ⁴, I. Morales-Rey ⁵, P. Matute-Ruiz ⁶, M. Hernández-Pitol ⁷, C. García de la Mária ⁷, J.M. Miró ⁷, E. Quintana ²

¹ Fellowship Cirugía Cardiaca

² Servicio de Cirugía Cardiaca

³ Servicio de Enfermedades Infecciosas

⁴ Imagen cardiaca, Servicio de Cardiología

⁵ Servicio de Cirugía Cardiaca

⁶ Servicio de Anestesiología

⁷ Hospital Clínic Barcelona, Hospital Clínic de Barcelona

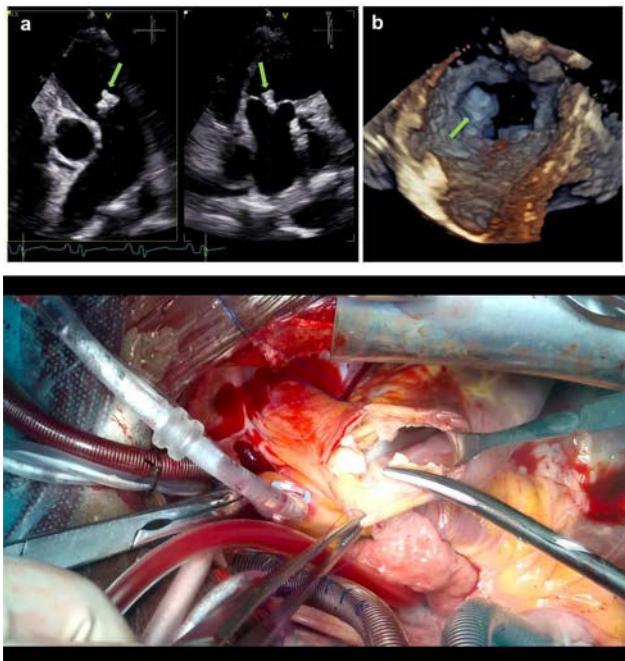
Justificación: La prevalencia de endocarditis pulmonar se estima inferior al 3% en nuestro medio. *Bartonella* spp. es causa conocida de endocarditis con hemocultivo negativo, describiéndose una prevalencia del 0,3% en nuestro medio. La presencia de destrucción y vegetaciones a nivel valvular pulmonar por *Bartonella quintana* es excepcional.

Objetivo: Describir la afectación pulmonar a través de materiales audiovisuales de alta calidad (vídeo intraoperatorio) y el análisis de determinaciones microbiológicas/serológicas en un paciente con cardiopatía congénita y enfermedad reumática mitral asociada a endocarditis derecha por *Bartonella quintana*.

Método: Varón de 40 años de origen africano que se presenta en Urgencias por dolor torácico y síndrome febril de dos semanas de evolución. En la exploración física destaca un soplo panfocal y crepitantes pulmonares aislados. Se realiza ecocardiografía transesofágica con hallazgo de CIA tipo *ostium secundum*, insuficiencia pulmonar grave con vegetaciones de gran tamaño (la mayor de 15 × 11 mm), válvula mitral de velos engrosados y con insuficiencia grave por prolapsio a nivel de A3. TAC torácico con moderado derrame pericárdico y pleural bilateral, severa cardiomegalia y consolidación en lóbulo inferior izquierdo.

Resultados: Se inicia antibioterapia empírica con ampicilina, cloxacilina y gentamicina. Tras descartar embolismos pulmonares y sistémicos asociados, se decide intervención quirúrgica urgente (> 24 h desde diagnóstico) para prevención de embolia y control de la descompensación hemodinámica. Presenta en cirugía cardiomegalia global e hipocoartilidad de ventrículo derecho. La válvula pulmonar muestra destrucción y vegetaciones en los tres velos. A nivel mitral hay pequeñas vegetaciones (< 5 mm). Se realiza reparación mitrotricuspídea, cierre de CIA, sustitución valvular pulmonar con prótesis biológica e infundiboplastia del tracto de salida de ventrículo derecho. Correcta evolución postoperatoria con hemocultivos preoperatorios negativos y detección de *B. quintana* en PCR 16S ARNr bacteriano en implantes mitrales y pulmonares. Los hallazgos sugieren la posibilidad de patología reumática mitral incipiente asociada. La serología mostró positividad a títulos de 1/1.260 para *B. quintana* y *B. henselae* (probable reacción cruzada entre especies). Se realizó tratamiento dirigido con ceftriaxona IV 2 g/d y gentamicina IV 3 mg/kg/d (máximo 240 mg/d) durante

10 días, desescalándose a doxiciclina oral 100 mg/12 h. La evolución clínica fue satisfactoria con ecocardiografía al alta mostrando correcta reparación de todos los defectos y prótesis pulmonar normofuncionante. Al alta se mantuvo tratamiento con doxiciclina oral durante doce semanas.



Conclusiones: La infección por *Bartonella quintana* es una causa poco frecuente de endocarditis con hemocultivos negativos, siendo la afectación multivalvular y de la válvula pulmonar excepcional.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.025>

22-ID: 220043

TRASPLANTE CARDIACO EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA GRADO 1 POR INFECCIÓN DE DISPOSITIVO DE ASISTENCIA VENTRICULAR



M.A. Soler Oliva, B. Ramos Barragán, I. Sanchís Haba, E. Sánchez Domínguez, A. Adusar Gómez, A. González Calle, E. Gutiérrez Carretero, A.M. Hernández Fernández, M. García de la Borbolla Fernández, J.M. Borrego Domínguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Justificación: La infección de los dispositivos de asistencia ventricular (VAD) es una de las complicaciones más frecuente y potencialmente grave tras su implante.

Objetivo: Presentación de un caso de infección de VAD como ejemplo de las posibles complicaciones graves derivadas de las infecciones de los mismos y sus consecuencias.

Método: Exposición de un caso clínico de mediastinitis tras implante de VAD de larga duración como terapia puente a trasplante.

Resultados: Varón de 41 años con insuficiencia cardiaca avanzada por miocardiopatía dilatada familiar en el que se decide implante de VAD izquierda (LVAD) de larga duración (Heart-Mate III) como puente a trasplante. Posoperatorio inmediato sin incidencias. 4 días después del alta acude con datos de sepsis y

exudado purulento por *driveline*. En TAC destacan colecciones compatibles con mediastinitis. Se inicia antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam (PPTZ), vancomicina y cloxacilina y se interviene de forma urgente observándose abundante pus achocollatado pre y retroesternal del que se toma muestra para cultivo microbiológico. Lavado mediastínico exhaustivo dejando sistema de lavado con povidona iodada. Friedrich y lavado con povidona iodada del recorrido del *driveline* y de su salida. Aislamiento en muestras intraoperatorias de *Streptococcus pyogenes* sensible a penicilina, dirigiéndose la antibioterapia con penicilina G y manteniendo PPTZ y vancomicina. Parámetros de LVAD estables durante todo el proceso. Evolución favorable en el posoperatorio inmediato con resolución de colecciones en TAC de control. Sin embargo, la presencia del dispositivo perpetúa la infección, por lo que se decide inclusión en lista de espera de trasplante en emergencia grado 1 y alta a domicilio con antibioterapia oral. 12 días después se realiza trasplante cardíaco ortotópico mediante técnica bicava. Intervención muy difícil por las adherencias causadas por las intervenciones previas y por la infección persistente. Posoperatorio inmediato con necesidad de ventilación mecánica y aminas vasoactivas a dosis altas las primeras 48 horas por cuadro séptico y disfunción ventricular derecha. Evolución posterior favorable. A los 12 días del trasplante, reasenso de reactantes de fase aguda y TAC sugestivo de pericarditis supurada. Ante la complejidad del caso, se decide tratamiento conservador con PPTZ y vancomicina intravenosas durante una semana. Mejoría importante que permite desescalada a levofloxacino y trimetoprim-sulfametoxazol orales, siendo alta a domicilio a los 22 días del trasplante. Tras 3 meses con antibioterapia oral en domicilio, es dado de alta por parte de Enfermedades Infecciosas.

Conclusiones: Las infecciones de los dispositivos de asistencia ventricular tanto de corta como de larga duración son frecuentes ya que parte del dispositivo está en comunicación con el exterior. Las consecuencias pueden ser graves y requerir medidas agresivas para su control.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.026>

23-ID: 220044

INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA CARDIACA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS



I. Sanchís Haba, B. Ramos Barragán, M.A. Soler Oliva, A. de Alarcón González, E. Gutiérrez Carretero, J.M. Borrego Domínguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Justificación: La infección de la herida quirúrgica (IHQ) en cirugía cardiaca es una complicación relativamente frecuente (entre 1,1 y el 7,9%) que se asocia a una elevada morbimortalidad. Se ha descrito una etiología variable y diversos factores predisponentes.

Objetivo: Conocer la incidencia, etiología y prevalencia de factores predisponentes de la IHQ en nuestro centro, así como su modo de presentación y pronóstico de la misma.

Método: Pacientes intervenidos de cirugía cardiaca (mediante esternotomía) en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, durante el periodo de enero de 2014 a junio de 2022, que desarrollaron IHQ. Los datos se obtuvieron prospectivamente y el manejo se hizo de forma conjunta por un equipo multidisciplinar.

Resultados: Se registraron 122 pacientes con IHQ (incidencia total 3,94%) de 64,84 (± 12) años. Los pacientes fueron intervenidos de: 49,2% cirugía valvular, 23,8% revascularización coronaria, 16,4% cirugía combinada y 10,6% otros. El 60,7% eran varones, el 38,5%



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

