

8-ID: 7

Endocarditis infecciosa sobre válvula protésica aórtica por *Listeria monocytogenes* en paciente con cardiopatía congénita compleja

A. Fuentenebro^{1,2,3,4,5,*}, J. Asensio Nogueira^{1,2,3,4,5}, N. Sánchez Mata^{1,2,3,4,5}, L. Sánchez Gómez^{1,2,3,4,5}, M.A. Mantecón Vallejo^{1,2,3,4,5}, A.D. Sancha Mijangos^{1,2,3,4,5}, R. Vara Arlanzón^{1,2,3,4,5}, M. Nevares Herrero^{1,2,3,4,5}, A. Pérez Rivera^{1,2,3,4,5}, M. Fernández Regueras^{1,2,3,4,5}

¹ Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Burgos

² Servicio de Cardiología. Unidad de Imagen Cardíaca. Hospital Universitario de Burgos

³ Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Universitario de Burgos

⁴ Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de Burgos

⁵ Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Burgos

*para correspondencia.

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) es una complicación poco común de la infección por *Listeria monocytogenes* y solo alrededor del 8% de las infecciones por dicha bacteria la desarrollan. Se trata de una entidad grave, con elevada morbilidad y que requiere un abordaje multidisciplinar.

Objetivo: Describir las características de una paciente con EI por *Listeria monocytogenes* sobre válvula protésica aórtica, portadora de síndrome de Laubry-Pezzi (comunicación interventricular e insuficiencia aórtica secundaria) y foramen oval permeable (FOP).

Método: Mujer de 64 años con antecedentes de DM tipo 1, enfermedad renal crónica grado 3bA1 y cardiopatía congénita compleja: síndrome de Laubry-Pezzi y FOP. Fue intervenida hace 15 años realizándose sustitución valvular aórtica por prótesis mecánica, cierre de comunicación interventricular, cierre de FO y resección de banda anómala subpulmonar. Consulta por síndrome constitucional y febrícula de evolución subaguda. Se extraen hemocultivos que muestran crecimiento de *Listeria monocytogenes*. Se realiza ecocardiografía transesofágica visualizándose absceso perianular (figura 1) con dehiscencia del anillo posterior aórtico que determina insuficiencia valvular grave (figura 2). Se descarta la presencia de

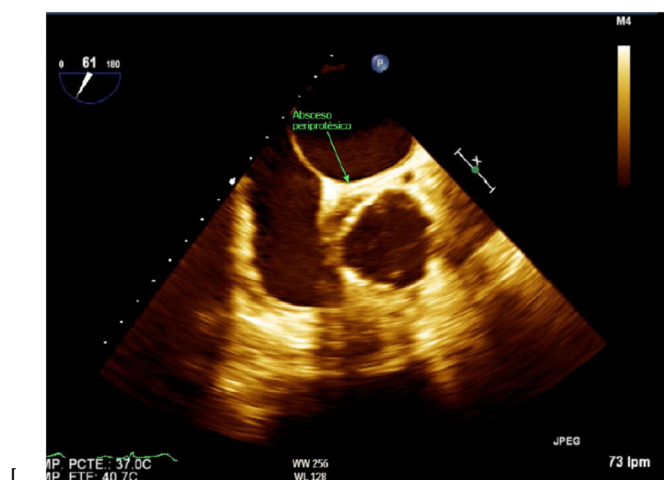


Figura 1. Absceso periprotésico.

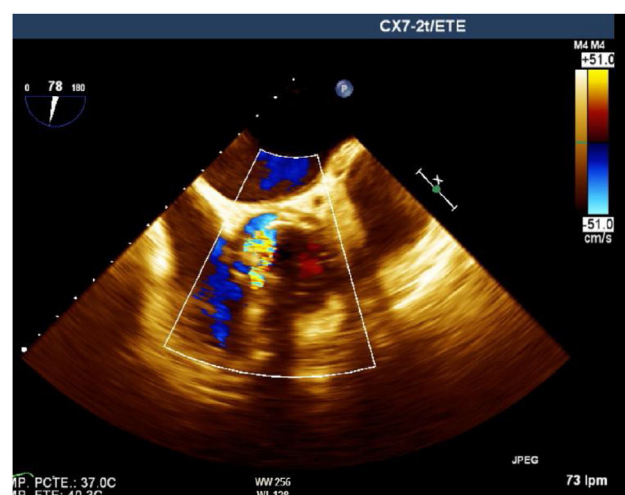


Figura 2. Insuficiencia periprotésica.

complicaciones infecciosas sistémicas y de otras patologías relacionadas mediante el estudio complementario dirigido.

Resultados: Se inicia antibioterapia combinada con ampicilina y cotrimoxazol. Debido al desarrollo de insuficiencia cardíaca y la presencia de complicaciones paravalvulares, se decide intervención quirúrgica realizándose recambio de prótesis aórtica mecánica por prótesis biológica. El cultivo del material protésico y los hemocultivos realizados tras la intervención fueron negativos. Se completan 6 semanas de tratamiento antibiótico con ampicilina, suspendiéndose el cotrimoxazol por toxicidad renal y hematológica. La paciente presenta evolución favorable con ecocardiografía al alta mostrando normofunción protésica sin otros hallazgos significativos.

Conclusiones: El síndrome de Laubry-Pezzi es una enfermedad poco frecuente que suele requerir una intervención quirúrgica compleja con abundante material protésico. La endocarditis infecciosa por *Listeria monocytogenes* se trata de una entidad con baja incidencia que afecta predominantemente a pacientes de edad avanzada con comorbilidades asociadas, especialmente inmunosupresión y cardiopatía valvular con presencia de dispositivos protésicos. No existen recomendaciones específicas internacionalmente consensuadas para el abordaje de esta entidad. El manejo consiste en la mayoría de los casos en un tratamiento combinado médico y quirúrgico.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.010>

9-ID: 20

Caracterización de la endocarditis enterocócica en pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido en un hospital terciario

R. Blanes Hernandez^{1,2,*}, M.Á. Arnau Vives^{1,2}, D. Domingo Valero^{1,2}, M. Blanes Juliá^{1,2}, M. Salavert Lletí^{1,2}

¹ Unidad de Enfermedades Infecciosas, Área Clínica Médica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

² Servicio de Cardiología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

*para correspondencia.

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) es una infección infrecuente pero que sigue conllevando una importante morbilidad a pesar de los avances en el manejo actual. Por otra parte, los

pacientes portadores de trasplante de órgano sólido (TOS), debido a la inmunosupresión necesaria, tienen un mayor riesgo de contraer determinadas infecciones. Existen muy escasa información sobre las características clínicas (incidencia, impacto, etc.) de las EI en esta subpoblación de pacientes. En este estudio nos planteamos revisar las características clínicas de la EI enterocócica en los pacientes con TOS en un hospital terciario.

Objetivo: El objetivo de nuestros estudios es valorar la incidencia, evolución clínica y asociación a carcinoma colorrectal de la endocarditis enterocócicas en los pacientes portadores de TOS, e intentar comparar con las características a de la EI enterocócica en población general.

Métodos: Para la realización del estudio se revisaron los datos de nuestro registro prospectivo de casos de EI, seleccionando los casos de etiología enterocócica en pacientes portadores de TOS, entre 2010 y 2022 en el Hospital Politécnico Universitario La Fe (Valencia). Se trata de un hospital terciario que atiende a una población de aproximadamente 300.000 habitantes con elevado número de TOS y centro de referencia para derivación de pacientes con endocarditis complejas. Los criterios de inclusión fueron los pacientes diagnosticados de endocarditis enterocócica definitiva según criterios de Duke, en este período de tiempo. Dentro de este grupo de pacientes, se seleccionaron los pacientes portadores de TOS y se realizó un análisis descriptivo de las características de los mismos. De estos pacientes, se recogieron variables epidemiológicas: edad, sexo, comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, IMC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tabaquismo, adicción a drogas por vía parenteral, infección por VIH); antecedentes de patología cardiovascular (portador o no de prótesis valvular o dispositivos cardíacos, intervenciones cardíacas, catéteres intravasculares); tipo de trasplante y fecha del trasplante; indicación y resultados de cirugía; y mortalidad temprana y tardía. Las variables continuas (edad e IMC) fueron expresadas en mediana y las variables categóricas como porcentajes. Las diferentes variables fueron recogidas a partir de las historias clínicas de los pacientes incluidos (en papel y en formato electrónico) que previamente habían firmado un consentimiento informado para ser incluidos en la base de datos. Con los datos recogidos, se realizó un análisis descriptivo de la epidemiología y evolución de las endocarditis enterocócicas en pacientes con TOS en nuestro centro. Posteriormente se compararon con los datos encontrados en nuestro registro de datos de EI enterocócica sin TOS y con lo publicado previamente en la literatura.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes diagnosticados de endocarditis enterocócica en nuestro hospital entre 2010 y 2022, en su gran mayoría por *E. faecalis* (74 pacientes) y en 2 casos por *E. faecium*. La mediana de edad fue de 73,3 años (Q1 61,6 – Q3 78,0) con un 27% de pacientes mujeres (21 pacientes mujeres). En cuanto a las comorbilidades, hubo 62,2% de pacientes con HTA; 31,1% con DM; 33,8% de pacientes con EPOC y un IMC medio de $28 \pm 6,2$. En el 33,8% de los pacientes la endocarditis fue sobre válvula protésica (25 pacientes), y de entre estos, en dos pacientes sobre TAVI. El 14,9% (11 pacientes) fueron portadores de dispositivos intracardíacos. En cuanto a la válvula afectada, en el 67,6% de los casos (50 pacientes), hubo afectación aórtica, en el 32,1% (23 pacientes) mitral y en 4,1% (3 pacientes) afectación del dispositivo intracardíaco. En un 35,14% (26 pacientes) requirieron cirugía cardíaca y la mortalidad al mes de diagnóstico de endocarditis enterocócica fue del 23% (17 pacientes). Por otro lado, dada la aparente relación de las endocarditis enterocócicas con patología neoplásica colorrectal, se analizó su incidencia en nuestra serie de pacientes. En el total de pacientes con endocarditis enterocócica se realizó colonoscopia en el 24,3% de los pacientes (18 colonoscopias). La incidencia de patología maligna o premaligna de alto riesgo colónica diagnosticada mediante colonoscopia fue del 12,2% (9 pacientes) del total de pacientes y 50% de las colonoscopias realizadas. Los hallaz-

gos fueron 6 pacientes con pólipos de alto riesgo (8,1% del total) y 3 pacientes con carcinoma *in situ* o invasivo (4,1% del total). De entre estos 76 pacientes, 13 pacientes fueron portadores de TOS (13,5%): 8 trasplante renal, 3 trasplantes hepáticos, 1 trasplante cardíaco y 3 trasplantes bipulmonares (en 2 casos con trasplantes múltiples: trasplante renal y bipulmonar y trasplante hepático y renal). Destacar que los 2 pacientes con endocarditis por *E. faecium* fueron ambos pacientes trasplantados renales. La mediana de edad en este subgrupo de pacientes fue inferior, de 63,3 años. Del total de 13 pacientes, solo el 15,4% fueron mujeres (2 pacientes). En cuanto a la tasa de comorbilidad, fue similar la incidencia a la descrita en el grupo total de pacientes con endocarditis enterocócica: 61,5% con HTA, 38,5% con DM, 23,0% con EPOC e IMC medio de 21,9. Ninguno de los pacientes con endocarditis enterocócica y TOS era portador de prótesis valvular, únicamente un paciente tenía antecedente de valvulopatía previa. El 15,4% (2 pacientes) eran portadores de dispositivos intracardíacos (marcapasos), colocados al menos 2 años antes del diagnóstico de endocarditis. En 3 casos, habían precisado cirugía cardíaca en años previos, pero más de 8 años previos al diagnóstico de endocarditis. El tiempo medio entre el TOS y el diagnóstico de endocarditis fue de 4,06 años, en 4 casos 30,8% en el primer año postrasplante y otros 2 casos (15,4%) en los primeros 18 meses. En la evolución de la endocarditis en los pacientes TOS, en 5 casos se realizó intervención quirúrgica (38,46%), similar al grupo de endocarditis enterocócica en general. En la mayor parte de los casos la cirugía se rechazó por falta de indicación, aunque cabría destacar que no se intervino a ninguno de los pacientes con trasplante pulmonar ni cardíaco, y el posible mayor riesgo de reintervención torácica pudo ser un factor a tener en cuenta. En cuanto a mortalidad, la mortalidad precoz en el primer mes postrasplante fue del 38,46% (5 pacientes). La mortalidad fue mayor en el grupo de pacientes no intervenido: 57,14% (4 de 7 pacientes no intervenidos) frente al 20% (1 de 5 pacientes intervenidos). Posteriormente, durante el primer año tras el diagnóstico de endocarditis hubo 1 fallecimiento más con una tasa de mortalidad al primer año del 46,15%. En cuanto a la patología colorrectal, en el subgrupo de pacientes con TOS, la incidencia de patología colónica fue similar a la descrita en el grupo general, del 15,38% (2 pacientes). A resaltar que únicamente se realizaron 2 colonoscopias en este subgrupo de pacientes y ambos tuvieron hallazgo de alto riesgo, sin diagnosticar ningún carcinoma en este subgrupo de pacientes TOS.

| | Endocarditis enterocócicas (total) N=76 | EIF en TOS N=13 |
|---|---|-----------------------------|
| Edad (años) | 73,3 | 63,3 |
| Sexo (mujer) | 20 (27,0%) | 2 (15,4%) |
| Válvula protésica | 25 (33,8%) | 0 (0%) |
| HTA | 48 (64,9%) | 8 (61,5%) |
| Diabetes mellitus | 25 (33,8%) | 5 (38,5%) |
| IMC | 27,9 | 21,9 () |
| EPOC | 19 (25,7%) | 3 (23%) |
| Patología colorrectal de alto riesgo | 12,2% (1 carcinoma) | 15,4% (0 carcinomas) |
| Exitus al mes | 17 (23,0%) | 5 (38,5%) |

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio parecen indicar que la incidencia de endocarditis infecciosa, al menos enterocócica, en los pacientes trasplantados es algo mayor a la población general. Además, parece que en nuestra serie estos pacientes presentan una edad media inferior que otros subgrupos de pacientes con diagnóstico de endocarditis enterocócica y una mortalidad inferior. Así mismo la incidencia de patología colorrectal en estos

pacientes parece similar a la encontrada en el resto de pacientes con El enterocócica.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.011>

10-ID: 21

Tendencias actuales en endocarditis por *candida*: perspectiva de una cohorte multicéntrica nacional (GAMES)



K. Ytuza^{1,*}, M. Machado^{1,2}, D. Alonso^{1,2}, D. Sousa⁵, A. Ramos⁶, B. Loeches⁷, J. Goikoetxea⁸, M.C. Fariñas⁹, A. de Alarcón¹⁰, J. de la Torre¹¹, P. Muñoz^{1,2,3,4}, M. Valerio^{1,2,3}, en nombre de los investigadores GAMES

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

² Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón, Madrid

³ Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

⁴ CIBERES (CB06/06/0058), Madrid

⁵ Complejo Universitario A Coruña

⁶ Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

⁷ Hospital Universitario La Paz, Madrid

⁸ Hospital Universitario de Cruces, Bilbao

⁹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, CIBERINFEC, IDIVAL

¹⁰ Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Parasitología (UCEIMP), Grupo de Resistencias bacterianas y antimicrobianos CIBERINFEC, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla, Sevilla

¹¹ Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga

*para correspondencia.

Justificación: La endocarditis infecciosa fúngica es una entidad infrecuente, pero con una elevada mortalidad. Es esencial conocer sus características clínicas, factores predisponentes, complicaciones y enfoques terapéuticos.

Objetivo: 1) Describir la incidencia, factores predisponentes, características clínicas, diagnóstico microbiológico, tratamiento antifúngico y quirúrgico, complicaciones de la endocarditis infecciosa por *Candida* (EIC) en una cohorte multicéntrica nacional (GAMES). 2) Identificar variables relacionadas con la mortalidad.

Método: Se reclutaron 94 casos con diagnóstico de EIC, según los criterios modificados de Duke, incluidos en la cohorte GAMES (enero 2008-noviembre 2022). Los datos clínicos, microbiológicos y estrategias de tratamiento se registraron según un protocolo preestablecido.

Resultados: 6.127 pacientes con Endocarditis Infecciosa (EI) fueron incluidos en la cohorte GAMES, de los cuales 94 (1,53%) fueron diagnosticados de EIC. Un total de 62 pacientes (66%) eran varones, la edad media fue 69 años (IQR 59-76). Los principales factores predisponentes fueron: cirugía valvular protésica 40 (42,6%), neoplasia de órgano sólido 21 (22,3%) y portadores de dispositivos cardíacos implantables 9 (9,6%). La válvula aórtica fue la más afectada 43 (45,7%), seguida de la válvula mitral 25 (26,6%). Los hemocultivos fueron positivos en 86 casos (91,4%), y hubo fungemia persistente en 42 (44,7%). Las especies aisladas predominantes fueron *C. albicans* 46 (48,9%) y *C. parapsilosis* 27 (28,7%). Se produjeron embolias en 49 casos (52,1%), siendo las más frecuentes las del SNC en 19 pacientes (20,2%). La mayoría de los casos 90 (95,7%) recibió tratamiento antifúngico, mientras que 35 casos (37,2%) se

sometieron a cirugía y 33 (35,1%) una combinación de tratamiento antifúngico y cirugía. La mortalidad relacionada con la EIC fue del 46 (48,9%). Se observó una mayor mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca 12(25%) frente a 21(45,7%) (OR 2,52, IC95%=0,99-6,59, p=0,051), aquellos con múltiples vegetaciones 1(2,1%) frente a 8(17,4%) (OR 7,91, IC95%=0,85-73,18, p=0,068) y en los casos de embolias al SNC 6(12, 5%) frente a 13(28,3%) (OR=2,97, IC95%=0,95-9,24, p=0,059). Se evidenció una menor mortalidad en los pacientes sometidos a cirugía 45,8% frente a un 28,3% (OR=0,23, IC95%=0,074-0,683, p=0,008) y aquellos que recibieron tratamiento con cándidas con un 75% frente a un 52,2% (OR=0,33, IC95%=0,121-0,890, p=0,029).

Conclusiones: La EIC supone el 1,5% de todos los episodios de EI de una cohorte multicéntrica nacional, afectando principalmente a pacientes con una cirugía valvular protésica previa. La mortalidad sigue siendo elevada especialmente en aquellos con insuficiencia cardíaca, múltiples vegetaciones y embolismos en el SNC. El tratamiento con cándidas y cirugía se asociaron con una menor mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.012>

11-ID: 17

Endocarditis por *Abiotrophia defectiva* como causa de ictus: serie de casos de un hospital terciario con equipo de endocarditis multidisciplinar



Á. Ortega Sánchez*, L. Vidal Bonet, E. Bargay Pizarro, M. Vives Borrás, R.M. Díaz Navarro, R. Delgado Mederos, E. Ruiz de Gopegui Bordes, M.Á. Ribas del Blanco, C. Jiménez Martínez, S. Tur Campos

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

*para correspondencia.

Justificación: La especie *Abiotrophia defectiva* causa menos del 1% de todas las endocarditis infecciosas (EI). Aunque se desconoce la frecuencia exacta de complicaciones cerebrovasculares, la literatura apunta a que podría ser superior a la de la mayoría de EI, asociando también una mayor morbilidad.

Objetivo: Nuestro objetivo es examinar las características clínicas y radiológicas de las complicaciones cerebrovasculares de las EI por *A. defectiva*.

Método: Analizaremos una serie de 4 casos de EI por *A. defectiva* identificados en los últimos 6 años en un centro de tercer nivel con Equipo de Endocarditis multidisciplinar, compuesto por distintos profesionales involucrados en la atención de esta patología. Todos los pacientes presentaron complicaciones cerebrovasculares. Describimos sus características demográficas, clínicas y radiológicas, así como la evolución de esta entidad.

Resultados: La media de edad de los 4 pacientes era de 45 años y ninguno tenía antecedentes de valvulopatía previa. Si bien solo dos presentaron síntomas neurológicos al ingreso, a todos se les realizó neuroimagen y en los cuatro se encontraron lesiones isquémicas agudas/subagudas. Tres de ellos presentaron también hemorragias intracraneales, y en uno se detectaron tres aneurismas micóticos. Todos los pacientes fueron tratados con antibioterapia ajustada por cultivo y a pesar de ello, uno falleció tras sufrir una hemorragia intraparenquimatosa.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es