

tratamiento de 6 semanas, habiendo recibido previo al diagnóstico definitivo distintos esquemas de tratamiento (ampicilina, gentamicina, daptomicina o vancomicina) en las primeras 1-2 semanas. Ningún paciente falleció al año de seguimiento. No hubo tampoco recidivas de EI a los 3 años.

Conclusiones: Las EI por *Cardiobacterium* spp. son excepcionales en nuestro entorno y afectan especialmente a pacientes con cardiopatía congénita con material protésico pulmonar. Los hemocultivos con incubación normal y los métodos moleculares permiten establecer el diagnóstico. El pronóstico es bueno, aunque la mayoría precisan cirugía.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.014>

13-ID: 28

Endocarditis por *Neisseria*. presentación de tres casos y revisión de la literatura (2000-2023)



J. Díez de los Ríos^{1,*}, J. Llopis², M. Hernández-Meneses², J. Serra-Pladevall¹, G. Cuervo², F. Marco², S. Montserrat^{1,2}, A. Perissinotti², D. Pereda², J.M. Miró^{2,3}, Hospital de Vic y Hospital Clínic Endocarditis teams

¹ Hospital Universitari de Vic, Barcelona

² Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona

³ CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

*para correspondencia.

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) por *Neisseria* no está bien caracterizada.

Objetivo: Describir 3 casos de EI por *Neisseria* y realizar una revisión sistemática de la literatura desde enero 2000 a junio 2023.

Método: *Neisseria* fue identificada por MALDI-TOF y la EI se diagnosticó según los criterios de Duke-ISCVID del 2023.

Resultados: Caso 1. Varón de 52 años con infección por VIH, drogadicto intravenoso, portador de prótesis biológica aórtica por endocarditis en 2011 y Bentall con prótesis valvular mecánica de 23 mm por disección aórtica en 2019. Ingresó por 6 días de cefalea y fiebre. El TAC craneal mostró un foco de hemorragia subaracnoidea parietal derecho. Los hemocultivos fueron positivos para *N. subflava*. El ecocardiograma transesofágico (ETE) mostró un extenso absceso mitro-aórtico rodeando la prótesis aórtica. A los 28 días se realizó un recambio aórtico y mitral por prótesis mecánicas y se implantó un parche de pericardio bovino en unión mitro-aórtica. Se trató con ceftriaxona 2 g/24 h ev. seis semanas y tuvo buena evolución clínica al año. Caso 2. Varón de 70 años con periodontitis severa que ingresó por 2 semanas de fiebre y hemocultivos positivos para *N. mucosa*. El ETE objetivó una vegetación móvil de 13x7 mm en la válvula mitral y el TAC toracoabdominal mostró un infarto esplénico. A los 11 días se realizó una vegetectomía, comisuroplastia anterior mitral y anuloplastia mitral con un anillo Cosgrove (robot da Vinci Xi®). La PCR 16-S ARN de la vegetación detectó *N. mucosa*. Se trató con ceftriaxona 2 g/24 horas ev. (6 semanas) y gentamicina 240 mg/24 h ev. (4 semanas) con buena evolución clínica al año. Caso 3. Varón de 49 años portador de una prótesis mecánica mitral y aórtica ingresó por 48 horas de fiebre. Los hemocultivos fueron positivos para *N. elongata*. El ETE no detectó vegetaciones. No se detectaron embolismos sépticos. Se trató con ceftriaxona 2 g/24 horas ev. 4 semanas con buena evolución clínica al año. Revisión literatura: se han descrito 85 casos de endocarditis por *Neisseria* incluyendo los tres casos de esta comunicación. La edad media fue de 45 años y el 75% eran varones. Las especies implicadas fueron: *N. gonorrhoeae* (n=28), *N. elongata* (n=23), *N. sicca* (n=10), *N. meningitidis* (n=7), *N. mucosa* (n=5) y otras especies (n=12). La EI fue nativa, protésica o sobre marcapasos/DAI en el 76%, 17% y

5% de casos, respectivamente. Las válvulas afectadas fueron la válvula aórtica (48%), la mitral (34%), la tricúspide (12%), la pulmonar (3,5%) y el cable del marcapasos/DAI (5%). El 38% de casos tuvieron embolismos sistémicos y el 20% embolismos en el SNC. La mitad de los pacientes requirió cirugía cardíaca y el 9% falleció durante el ingreso.

Conclusiones: La EI por *Neisseria* es infrecuente, está causada principalmente por las especies de *N. gonorrhoeae*, *N. elongata* y *N. sicca*, afecta a varones de mediana edad, tiene una alta incidencia de embolismos periféricos y de cirugía cardíaca y una mortalidad relativamente baja.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.015>

14-ID: 30

Eficacia *in vitro* de nuevas pautas antibióticas orales en la endocarditis infecciosa (EI) por *Enterococcus faecalis*



J. García-González*, M. Julià, M.A. Cañas, G. Cuervo, M. Hernández-Meneses, A. Perissinotti, B. Vidal, A. Moreno, C. García-de-la-Mària, J.M. Miró, el grupo de estudio de la Endocarditis del Hospital Clínic de Barcelona

Endocarditis Team del Hospital Clínic, Barcelona

*para correspondencia.

Justificación. Las pautas de tratamiento antibiótico de la (EI) por *E. faecalis* (EFAE) recomiendan de 4-6 semanas de tratamiento intravenoso (IV) hospitalario. Recientemente se ha demostrado la eficacia a partir de las 2 semanas de tratamiento IV de los tratamientos domiciliarios, que incluyen el tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) y el oral. El ensayo clínico danés POET (Iversen K, NEJM 2019) demostró la eficacia y seguridad del tratamiento de consolidación oral en pacientes con EI, de forma similar que el tratamiento IV hospitalario. Sin embargo, una limitación del estudio ha sido la elección de las combinaciones orales sin base a estudios previos. El ensayo clínico OraPAT, en curso, sigue la línea pretendiendo demostrar una no inferioridad del tratamiento oral respecto al TADE.

Objetivo: Evaluar la actividad *in vitro* mediante estudios de sinergia de las combinaciones utilizadas en estos ensayos clínicos de amoxicilina (AMO) con moxifloxacino (MOX) o linezolid (LIN), frente a EFAE con diferentes niveles de sensibilidad a MOX.

Método: Se seleccionaron 8 cepas de EFAE en base a su sensibilidad a MOX, con 5 cepas sensibles (EFAE-816, EFAE-871, EFAE-989, EFAE-1004 y EFAE-1135) y 3 resistentes (EFAE-896, EFAE-916 y EFAE-980) según los puntos de corte del levofloxacino, de la colección de aislados de pacientes con EI del periodo 2010-2019. Se determinó la concentración mínima inhibitoria (CMI) de los antibióticos AMO, MOX y LIN por microdilución en caldo. Se realizaron estudios de sinergia mediante curvas de letalidad para las combinaciones AMO+MOX y AMO+LIN con dos inóculos: estándar (IS: $1,5 \times 10^5$ ufc/ml) y elevado (IE: 10^8 ufc/ml [equivalente a la densidad de ufc/gr de vegetación encontrados en una vegetación madura]). Los antibióticos se estudiaron en concentración de 1 xCMI. Para MOX, en aquellas cepas donde la CMI excedía las concentraciones séricas, las concentraciones antibióticas se fijaron en $1/2 \times C_{max}$ y $1 \times C_{max}$.

Resultados. El perfil de sensibilidad de las cepas estudiadas fue: AMO (CMI: 0,5 µg/ml), MOX (CMI: 0,25-32 µg/ml) y LIN (CMI: 1-2 µg/ml). El estudio de sinergia (tabla) mostró que la combinación de AMO + MOX, a IS fue sinérgica en 4/5 cepas (80%) y con actividad bactericida en 2/5 cepas (40%) MOX-S e indiferente frente a las tres cepas MOX-R. A IE, 1/4 cepas (25%) MOX-S mantuvo la actividad sinérgica y bactericida. La combinación de AMO + LIN, a IS fue sinérgica

gica en 3/8 cepas (37.5%) y no tuvo actividad bactericida en ningún caso. A IE, fue indiferente frente a las tres cepas. No se observó antagonismo en ningún estudio *in vitro*. El proyecto se completará con las combinaciones de AMO con tedizolid o rifampicina.

Cepas	AMO+MOX		AMO+LIN	
	IS	IE	IS	IE
MOX-S (CMI: 0.25-4µg/ml)				
EFAE-816	IND	ND	SIN	IND
EFAE-871	SIN	IND	IND	ND
EFAE-989	SIN+BAC	IND	IND	ND
EFAE-1004	SIN+BAC	SIN+BAC	SIN	IND
EFAE-1135	SIN	IND	IND	ND
MOX-R (CMI: 16-32µg/ml)				
EFAE-896	IND	ND	IND	ND
EFAE-916	IND	ND	IND	ND
EFAE-980	IND	ND	SIN	IND

SIN: actividad sinérgica; IND: actividad indiferente; BAC: actividad bactericida; ND: no se ha practicado por ser indiferente la combinación frente al inóculo estándar.

Conclusiones: La combinación de AMO + MOX fue más activa que AMO + LIN a IS, mostrando AMO + MOX sinergia y actividad bactericida en 80% y 40% de las cepas MOX-S, respectivamente. No debe utilizarse AMO + MOX cuando las cepas son MOX-R. A IE la actividad sinérgica se perdió en la mayoría de cepas.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.016>

Comunicaciones POSTER

15-ID: 4

Dalbavancina como terapia inicial y de consolidación en infecciones endovasculares en un hospital de segundo nivel de la comunidad de madrid

I. Cabello Rojano*, J.M. Maza Ortiz, L. Moll Taltavull, P. Ruiz Seco, P. González Ruano, I. Suarez García, J.F. Gómez Cerezo

Hospital Infanta Sofía, Madrid

*para correspondencia.

Justificación: El uso de la dalbavancina para el tratamiento de infecciones por gram positivos que requieren tiempos prolongados de antibioterapia, ha tenido un creciente número de usos fuera de ficha técnica. Estas prescripciones han sido heterogéneas con respecto a los tipos de infección tratada, momento de la dosificación y el número de dosis administradas. Los estudios realizados muestran que es un fármaco bien tolerado y que permite reducir la estancia hospitalaria de los pacientes, ya que su prolongada vida media permite su administración cada 1-2 semanas, reduciendo, de esta manera, las posibles complicaciones intrahospitalarias.

Objetivo: Analizar la efectividad y seguridad de la dalbavancina como terapia inicial y/o de consolidación en pacientes con infecciones por gram positivos de foco endovascular.

Método: Analizamos de manera retrospectiva una muestra de pacientes con infecciones por gram positivos de origen endovascular que habían recibido al menos una dosis de dalbavancina de manera inicial o como terapia de consolidación entre enero de 2018 y enero de 2023 en el Hospital Universitario Infanta Sofía (hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid).

Resultados: Se analizan 33 casos de pacientes que han recibido dalbavancina, siendo el 51,5% de ellos varones, con una edad media de 70 años. Presentaban como comorbilidades importantes la presencia de cardiopatías (28,1% de los pacientes), tumores sólidos (19,3%), diabetes mellitus (19,3%), leucemias o linfomas (7%), neuropatías (5,3%). Solo un 7% de los pacientes no tenía ningún estado comórbido. El origen de la infección en la mayoría de los casos fue asociada a catéter (51,5%); en el resto de los pacientes el origen se encontró en: endocarditis en válvulas izquierdas (24,2%) y derechas

(3%), infección del marcapasos (3%), infección de *bypass* aortoiliaco (3%). En un 15,2% de los casos la bacteriemia no encontramos un foco claro. Entre los microorganismos aislados encontramos SASM (37,1%), SARM (17,1%), *S. epidermidis* (17,1%), *E. fecalis* (8,6%), *E. faecium* (5,7%), otros géneros de estafilococos (8,7%) y no se aisló ninguno en un 5,7%. El 82% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico previo, entre los cuales, los antibióticos recibidos fueron: daptomicina (20,8%), cloxacilina (11,3%), ceftarolina (9,4%), cefazolina (9,4%), vancomicina (7,5%), ceftriaxona (7,5%), rifampicina (7,5%), meropenem (7,5%), linezolid (5,7%), ciprofloxacino (3,8%), levofloxacino (3,8%), piperacilina/tazobactam (3,8%) y ampicilina (1,9%). La media de días con antibiótico previo al uso de la dalbavancina fue de 11,3. La mayor parte de los pacientes recibieron dalbavancina para favorecer el alta precoz (63,6%); en menor medida para refuerzo antibiótico (15,2%), por fallo del tratamiento previo (12,1%) y por efectos adversos a tratamientos previos (3%). La media de dosis total utilizada fue de 1.500 mg. Los regímenes de tratamiento más frecuentes fueron la administración en dosis única de 1.500 mg (36%) y de 1.000 mg (33%), recibiendo el 18% dos dosis y el 3% restante, entre tres y cinco dosis. En el 77% de los pacientes que recibieron más de una dosis, se les administró las dosis consecutivas al cabo de una semana. Solo un 18,2% se fueron de alta con tratamiento antibiótico concomitante, siendo el más frecuente asociado la rifampicina. Tras la administración de dalbavancina el 93,9% de los pacientes tuvieron una respuesta satisfactoria. El 6,1% de los pacientes falleció. No se produjo recaída/reinfección en ninguno de los pacientes evaluados y tampoco se produjo ningún efecto adverso secundario al uso de este fármaco.

Conclusiones: En resumen, el uso de dalbavancina en pacientes con infección por gram positivos de foco intravascular en nuestro centro fue seguro y efectivo.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.017>

16-ID: 6

Endocarditis protésicas: evolución en los últimos años en un hospital terciario de madrid

M. Bernal Palacios*, M. Morante Ruiz, A. Cabello Úbeda, A. Pello Lázaro, G. Aldámiz Echevarría, R. Hernández Estefanía, M.Á. Navas Lobato, L. Landaeta Kancev, B. Álvarez Álvarez, L. Varela Barca

Endocarditis Team del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

*para correspondencia.

Justificación: La endocarditis infecciosa protésica representa un desafío clínico y epidemiológico en la actualidad. La utilización de prótesis valvulares y dispositivos cardiovasculares se ha vuelto cada vez más común y paralelamente, la incidencia de endocarditis infecciosa en pacientes con prótesis ha experimentado un aumento. Esta tendencia tiene implicaciones debidas a las diferentes complejidades asociadas con la endocarditis en pacientes portadores de prótesis valvulares. A diferencia de la endocarditis en válvulas nativas, la endocarditis protésica conlleva desafíos únicos debido a la presencia de material extraño y al riesgo potencial de colonización bacteriana en estas superficies, lo que no solo complica el diagnóstico y el tratamiento, sino que también puede llevar a una evolución clínica más adversa.

Objetivo: Análisis epidemiológico de la evolución de las endocarditis protésicas en nuestro centro.

Resultados: Durante el período comprendido entre 2016 y 2022, se registraron un total de 128 casos de endocarditis, de los cuales 38 (29,7%) fueron endocarditis protésicas. Al analizar los casos, se observó un aumento progresivo de los mismos: 3 casos (2016), 2



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es