

(2017), 4 (2018), 6 (2019), 7 (2020), 4 (2021), 10 (2022). Agrupados en los períodos antes y después de la implementación del Endocarditis Team (ET) la distribución es la siguiente: entre 2016 y 2019: Se diagnosticaron 9 casos de endocarditis protésica antes de la implementación del ET. Entre 2019 y 2022: El número aumentó a 29 casos tras la implementación del ET. Notablemente, en tres casos, la endocarditis protésica representó una recurrencia tras un episodio previo. La distribución anatómica indicó 25 casos en la localización aórtica, 18 en la localización mitral y 4 en válvulas mitroaórticas. La etiología microbiológica fue variada, con 9 casos de origen desconocido, 8 por enterococos, 8 por estreptococos, 4 por estafilococos y 3 causados por *aureus*. Es relevante destacar que el 23,7% de los casos tuvo un origen nosocomial. Características basales de los pacientes: edad media: 72 años; distribución por género: 63,2% hombres; comorbilidades: 10,5% (4) tenían diabetes, 68,4% (26) hipertensión arterial y 50% (19) dislipidemia. Complicaciones: el 44,7% (17) presentó complicaciones, incluyendo abscesos en 10,5% (4) de los casos, dehiscencia protésica en 31,6% (12), vegetaciones en 68,4% (26), bacteriemia persistente en 7,8%, esplenomegalia en 7,8% (3) y embolismo en 26,3%, con un 10,5% (4) de los casos resultando en ictus. Condiciones cardíacas asociadas: el 15,8% (6) presentó una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) deprimida, 13,2% (5) bloqueo auriculoventricular (AV) y 13,2% (5) shock. Insuficiencia renal: el 23,7% (9) de los pacientes presentó insuficiencia renal. Análisis quirúrgico: se realizaron cirugías en 15 pacientes (39,5%). Previa a la implementación del ET, solo el 33,3% (3 pacientes) había sido sometido a cirugía, mientras que después del ET, el porcentaje aumentó al 41,4% (12) ( $p=0,7$ ). Mortalidad intrahospitalaria: la tasa de mortalidad general fue del 13,1%, con 5 pacientes fallecidos. Tres de estos pacientes no habían sido sometidos a cirugía, mientras que los otros 2 sí habían sido intervenidos. Dos de los fallecimientos ocurrieron en el período pre-ET y tres en el período con ET, sin diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** En línea con tendencias internacionales, hemos observado un aumento constante en los casos de endocarditis protésica durante el período de estudio. Las características basales de los pacientes, como la edad promedio y las comorbilidades comunes, refuerzan la importancia de evaluar y abordar factores de riesgo específicos en el manejo de la endocarditis protésica. La presencia de complicaciones y la tasa de intervenciones quirúrgicas subrayan la importancia de esta enfermedad, que está en aumento.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.018>

## 17-ID: 8

### Influencia de la cirugía cardiaca y de eventos clínicos en el pronóstico de la endocarditis infecciosa



G.R. Padilla Rodríguez<sup>1,2,\*</sup>, A. Gómez González<sup>1,2</sup>, M. Núñez Ruiz<sup>1,2</sup>, A. Peña Rodríguez<sup>1,2</sup>, I. Méndez Santos<sup>1,2</sup>, L.E. López Cortés<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> UGC Cardiología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

<sup>2</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

\*para correspondencia.

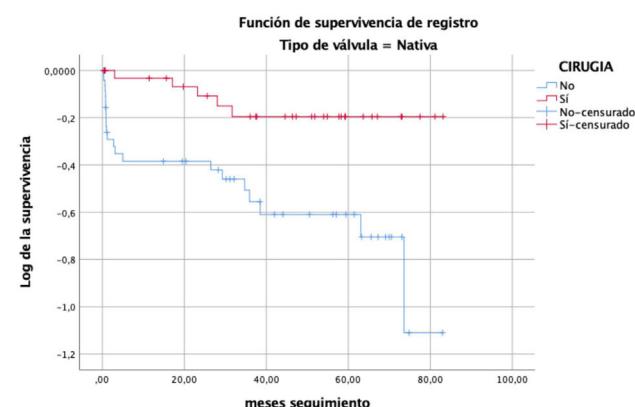
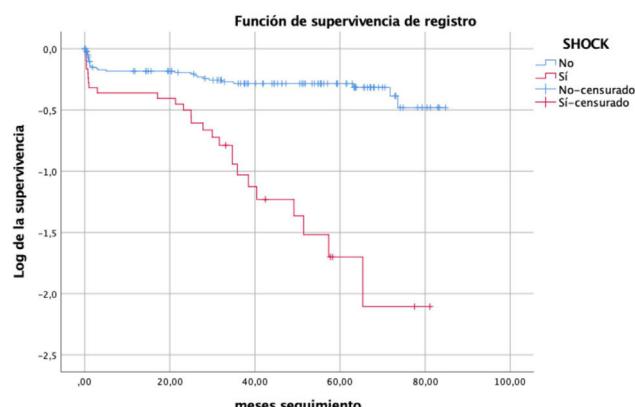
**Justificación:** La endocarditis infecciosa es una patología que provoca numerosas complicaciones, condicionando en ocasiones una evolución tórpida e incluso la contraindicación para la cirugía.

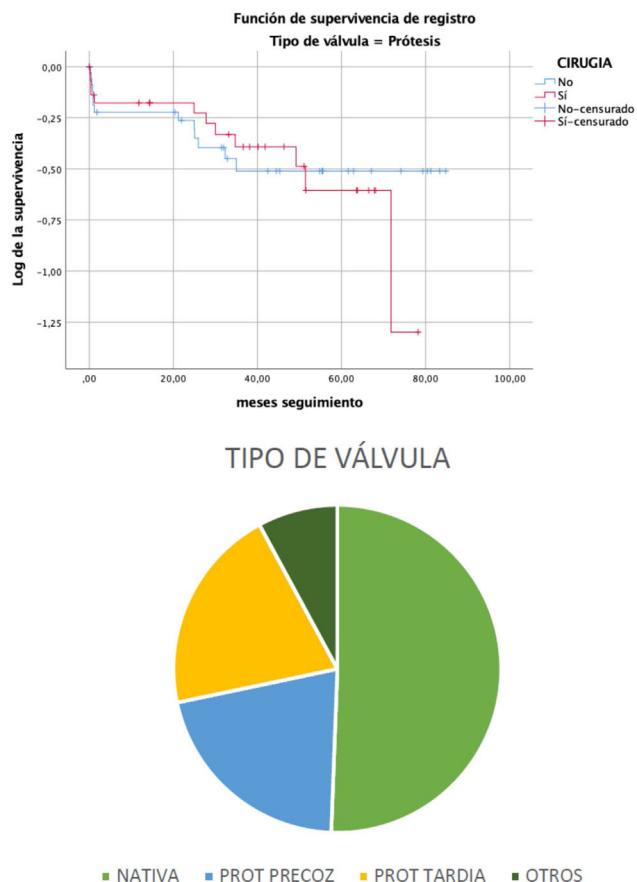
**Objetivo:** Nuestro objetivo fue analizar las diferencias pronósticas entre pacientes intervenidos o no quirúrgicamente de endocarditis infecciosa.

**Método:** Incluimos a los pacientes que ingresaron en un hospital de referencia de cirugía cardiaca con diagnóstico de endocardi-

tis desde 2016 a 2022 y registramos la afectación cardíaca, las complicaciones extracardíacas, otros eventos clínicos, así como la realización o no de cirugía cardiaca. Fueron seguidos para detectar eventos adversos mayores: mortalidad cardiovascular (CV) y global, recurrencia y reingreso por insuficiencia cardíaca (IC).

**Resultados:** De 162 pacientes (hombres 70,5%; mediana de 66 años P25: 58, P75: 76), la localización más frecuente fue la válvula aórtica (44%), seguida de mitral (31,9%), la mayoría nativas (50,6%). Se registró alta tasa de mortalidad intrahospitalaria (24,7%), de los cuales el 82,6% no se habían intervenido. En general, los pacientes intervenidos tuvieron mejor pronóstico (HR 0,28,  $p=0,02$ ). La naturaleza de la válvula, nativa (VN) o protésica (VP) no fue predictor de mortalidad (HR 1,12,  $p=0,67$ ), sin embargo, los intervenidos de VN tuvieron una menor mortalidad en el seguimiento con respecto a los no operados (5 vs. 22,  $p=0,04$ ), sin diferencias en el grupo de VP. En un 50% de los pacientes se diagnosticó insuficiencia valvular grave *de novo*, apareciendo como complicaciones locales cardíacas más frecuentes el absceso (21,2%) y la rotura de cuerdas/velos (10,2%). Un 21,8% tuvo embolismo cerebral y hasta un 19,9% estuvieron en situación de shock. En el seguimiento (media 35,7 meses), se registró un 35,7% de mortalidad global y 22,9% de causa CV. El único predictor de mortalidad en el seguimiento fue el shock (HR 4,78 en mortalidad global,  $p<0,01$  y HR 3,38 en muerte CV,  $p=0,01$ ), encontrando más mortalidad para embolismos y para complicaciones locales, pero sin datos significativos. Se detectaron bajas tasas de recurrencia (6,6%) y reingreso (14,6%), sin relación estadísticamente significativa con la realización de cirugía.





**Conclusiones:** La endocarditis infecciosa tiene una tasa de hasta el 25% de mortalidad en nuestra serie, sobre todo intrahospitalaria, que se asocia al shock principalmente. La cirugía parece aportar beneficios sobre todo cuando existe afectación de VN, mientras que en los pacientes con VP su comorbilidad podría condicionar peor pronóstico a pesar de la intervención.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.019>

**18-ID: 10**

#### Infección de endoprótesis aórtica asociada a fistula aortoentérica



Miguel Barquero<sup>1,\*</sup>, Carlos J. Velazquez<sup>1</sup>, Luis E López Cortés<sup>2</sup>, José M. Fajardo<sup>2</sup>, Ángel Nogales<sup>3</sup>, José M. Barquero Aroca<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

<sup>2</sup> Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

<sup>3</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

\*para correspondencia.

**Justificación:** Varón de 59 años, fumador, con antecedentes de síndrome metabólico y SCACEST en 2012. En seguimiento desde 2008 por aneurisma de aorta infrarrenal de 4,2 cm. Intervenido en 2014 mediante cirugía abierta. 5 años después, episodio de hemorragia digestiva alta, siendo diagnosticado de fistula aortoentérica que requirió el implante de una endoprótesis aórtica de forma urgente.

**Objetivo:** Mostrar desde nuestra experiencia una alternativa a priori paliativa para casos en los que no es posible la retirada de material protésico.

**Método:** 5 meses tras el implante de la endoprótesis, presenta fiebre de dos semanas de duración, sin otra sintomatología. Aunque los monocultivos fueron negativos, el angioTAC mostró burbujas aéreas en el trombo periprotésico, confirmándose el diagnóstico de infección de la endoprótesis mediante una gammagrafía con leucocitos marcados. Tres meses después se suspendió el tratamiento con A/C en base a un angioTAC sin imágenes patológicas y la normalización de los reactantes de fase aguda. Año y medio más tarde presenta bacteriemia no persistente por *Streptococcus constellatus*, y es desestimado para intervención quirúrgica. Los siguientes 9 meses se caracterizan por varios episodios de bacteriemia por diferentes *Enterobacteriales*, realizándose distintas pautas de antibioterapia fundamentalmente en TADE. En angioTAC realizado en agosto de 2022 se observa saco aneurismático excluido con signos de infección.

**Resultados:** Tras presentar el caso de nuevo a cirugía cardiovascular, se decide abordaje junto a cirugía general de la fistula aortoentérica. De esta forma, se realizó una resección segmentaria de 10 cm de intestino delgado y una epiploplastia alrededor de la prótesis para evitar adherencias. El paciente fue dado de alta en tratamiento ciprofloxacino 500 mg/12 h y metronidazol 500 mg/8 h. Tras 6 meses se realizó un PET-TAC que mostró captación con distribución irregular con SUV máximo igual a 8,75. Se decidió finalizar el tratamiento antibiótico. En 6 meses de seguimiento realizados hasta ahora el paciente se ha mantenido asintomático.

**Conclusiones:** El manejo clínico de las infecciones de endoprótesis no retirables no está bien establecido. En casos en los que no se sustituye la prótesis se recomiendan entre 3 y 6 meses de tratamiento. El PET-TAC puede ayudar a determinar la duración del tratamiento pero con frecuencia siguen siendo positivo a los 6 y 12 meses. Con cierta frecuencia tenemos que recurrir al tratamiento supresor crónico.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.020>

**19-ID: 11**

#### Hallazgos microbiológicos en endocarditis infecciosa y su relación con eventos clínicos y pronóstico



M. Núñez Ruiz\*, A. Gómez González, G.R. Padilla Rodríguez, A. Peña Rodríguez, L.E. López Cortés

Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

\*para correspondencia.

**Justificación:** El aislamiento microbiológico en una endocarditis infecciosa puede tener relación con el pronóstico de la enfermedad. Identificar la causa de la endocarditis puede ayudar a decidir el manejo más adecuado.

**Objetivo:** Nuestro objetivo fue describir los hallazgos microbiológicos y bioquímicos de los pacientes con endocarditis, así como relacionarlos con el tipo de válvula y las complicaciones clínicas.

**Método:** Se realizó un registro de pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa durante los años 2016-2022 en un hospital de referencia con cirugía cardiaca. Se evaluaron los hallazgos microbiológicos más frecuentes y los marcadores inflamatorios, así como su asociación con determinantes pronósticos.

**Resultados:** Se analizó una muestra de 162 pacientes con una media de  $66 \pm 13$  años. El porcentaje de hemocultivos positivos fue 93%. Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron *E. faecalis* ( $n = 32, 19,3\%$ ), *S. epidermidis* ( $n = 29, 17,5\%$ ), *S. aureus* ( $n = 28, 16,9\%$ ); *S. oralis* ( $n = 14, 8,4\%$ ) y *S. galloyticus* ( $n = 13, 7,8\%$ ). *S. epidermidis* fue



# BIO MED



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

