

el germen que con mayor frecuencia provocaba endocarditis sobre válvula protésica, sobre todo precoz (65%,  $p < 0,001$ ) tras la cirugía; mientras que las endocarditis de válvula nativa y protésica tardía presentan un perfil similar, siendo *E. faecalis* (38 y 27%, respectivamente;  $p < 0,001$ ) y *S. aureus* (30% y 18%, respectivamente;  $p < 0,001$ ) en su mayoría sensibles a meticilina los más frecuentemente aislados. *S. gallolyticus* se aisló más en infecciones protésicas tardías que nativas (18 vs. 8,7%,  $p < 0,001$ ). Los pacientes que sufrieron endocarditis por *S. aureus* con una edad media también de  $66 \pm 10$  años, se complicaron en mayor frecuencia con shock (75%,  $p = 0,005$ ) y se operaron menos (47%,  $p = 0,02$ ) que los pacientes con otros tipos de gérmenes, pero sin diferencias significativas en cuanto a disfunción valvular, recurrencia ni mortalidad. Por su parte, el germen que más se relaciona con abscesos, fistulas u otras complicaciones locales es *S. epidermidis* (73%,  $p = 0,04$ ) probablemente por su relación con la endocarditis poscirugía valvular. Por último, encontramos mayores niveles de proteína C reactiva (PCR) al ingreso en pacientes que fallecieron durante la hospitalización (179 vs. 127 mg/dL,  $p < 0,02$ ).

**Conclusiones:** En esta serie encontramos con mayor frecuencia aislamiento de *E. faecalis* y *S. aureus*, siendo este último el que más se asociaba a shock pero que con menor frecuencia se intervenían quirúrgicamente. Mientras que *S. epidermidis* fue el aislamiento más frecuente en infecciones protésicas asociándose a una mayor frecuencia de complicaciones locales. Una PCR alta al ingreso se asoció a una mayor mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.021>

## 20-ID: 12

### NO SOLO SE INFECTA LO QUE SE IMPLANTA. UN CASO DE ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA NATIVA



M. López Vázquez\*, E. Minguez de la Guía, Á. Pinar Abellán, A. Gutiérrez López, N. Vallejo Calcerrada

Departamento de Cardiología, Hospital General de Albacete, Albacete  
\*para correspondencia.

**Justificación:** Destacar un problema clínico común.

**Objetivo:** Resaltar la morbimortalidad asociada a endocarditis en válvulas nativas.

**Método:** Caso descriptivo de paciente que ingresa en Hospital General de Albacete en mayo de 2023. Mujer de 44 años, sin alergias conocidas ni FRCV. Anemia ferropénica por sangrados menstruales. Consulta por fiebre y dolor lumbar con elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis, acidosis metabólica e hiperlactacidemia. Antibioterapia empírica con ceftriaxona 2 g. En dos hemocultivos, *Streptococcus mitis/oralis*, sensible a penicilina, de origen dental. En ETT, miocardiopatía dilatada valvular con FEVI 35%, endocarditis en válvula aórtica nativa bicúspide con rotura de un velo e insuficiencia aórtica libre, infección a distancia del velo anterior mitral. Shock cardiogénico y bloqueo AV completo, con embolismos renales en TC. Ceftriaxona 2 g/12 h y gentamicina 240 mg/24 h y exodoncia de molar 26. Sustitución valvular aórtica con implantación de prótesis biológica con refuerzo en zona del pseudoaneurisma en velo mitral con parche pericárdico autólogo y marcapasos-TRC definitivo. Hemocultivos negativos, pero deterioro clínico. En ETT, FEVI 40% y prótesis biológica aórtica con estenosis e IAO periprotésica grave. Reintervención, implante de prótesis aórtica mecánica y cavidad en zona de septo. Completa ATB i.v 6 semanas y amoxicilina/clavulánico vía oral 2 semanas. En seguimiento al alta, clínicamente estable y sin signos de infección. La incidencia de endocarditis sobre válvula nativa es de 2-10 casos por 100.000 habi-

tantes. El microorganismo más frecuente es *S. aureus*, pero en solo un 30% se cultiva estreptococo. La evolución puede ser tórpida, con insuficiencia cardíaca, ictus, microembolismos y fenómenos inmunológicos. En estos microorganismos son de preferencia los betalactámicos, frente a vancomicina o daptomicina. En algunos pacientes se puede considerar una pauta de ATB oral tras finalizar la pauta intravenosa.

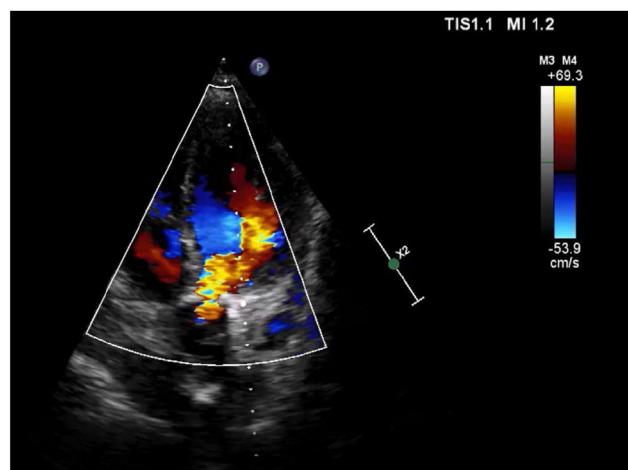


Figura 1. IAO a 5 C.

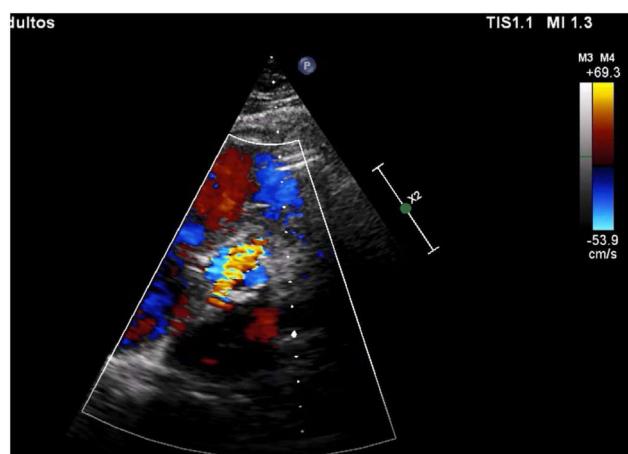


Figura 2. IAO eje corto.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.022>



# BIO MED



unidix

# Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

