21-ID: 14

Uso *offlabel* de dalbavancina en infección endovascular: experiencia en nuestro centro

L. Ramos Merino [1,2,3,*], A. Alonso Álvarez [1,2,3], J.M. Serrano Arreba [1,2,3], L. Gutiérrez Fernández [1,2,3], B. Pernas Souto [1,2,3], D. Brandariz Núñez [1,2,3], M. Rodríguez Mayo [1,2,3], M.D. Sousa Regueiro [1,2,3], E. Miguez Rey [1,2,3], E. Sánchez Vidal [1,2,3]

[1] *Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario A Coruña, A Coruña*
[2] *Servicio de Farmacia, Hospital Universitario A Coruña, A Coruña*
[3] *Servicio de Microbiología, Hospital Universitario A Coruña, A Coruña*
*para correspondencia.

Justificación: La dalbavancina es un lipoglucopéptido activo frente a grampositivos resistentes que permite su administración quincenal debido a sus características farmacocinéticas. Aprobada para las infecciones de piel y partes blandas, existen pocos datos sobre su eficacia en las infecciones endovasculares.
Objetivo: Describir nuestra experiencia con el uso de dalbavancina en las infecciones endovasculares.
Método: Revisión retrospectiva de pacientes con infecciones endovasculares (endocarditis infecciosa, bacteriemia relacionada con catéter, infección protésica vascular y bacteriemia primaria) tratados con dalbavancina en nuestro centro desde enero/2016 hasta julio/2023.
Resultados: 74 pacientes con infección endovascular recibieron dalbavancina durante el período de estudio (mediana de edad 71 años, 73% varones). 37 fueron endocarditis, 17 bacteriemias primarias, 12 bacteriemias relacionadas con catéter y 8 infecciones de prótesis vascular. En el 89% (66) de los casos se obtuvo aislamiento microbiológico siendo el microorganismo más frecuentemente aislado el *S. aureus* 40,5% (30) de los cuales el 22% (10) fueron meticilín resistentes), seguido de *S. coagulasa* negativo (24% (18), de los cuales el 38% (7) eran sensibles a oxacilina), 16% (12) *Enterococcus* spp. (9 *E. faecalis* y 3 *E. faecium*) y 8% (6) *Streptococcus* spp. 4 pacientes tuvieron una infección polimicrobiana. Se testó la sensibilidad de dalbavancina en 7 pacientes (9,5%), siendo sensible en todos ellos. En el 90,5% (67) de los pacientes se utilizó de manera dirigida, siendo el motivo más frecuente para su uso la comodidad para su administración (84%), que permitió el alta hospitalaria precoz en todos ellos, combinándose con otro antibiótico en el 35% (26) (rifampicina en el 73% (19)). En 51 pacientes (69%) se utilizó dosis única, siendo 1.500 mg la dosis más frecuente (96,1%). 4 pacientes (5,4%) recibieron 4 o más dosis de dalbavancina. El 89,2% (66) de los pacientes se curaron clínica y microbiológicamente, Señalar que de los 8 fracasos de tratamiento, 5 eran pacientes con endocarditis o infecciones de prótesis vasculares en los que estaba indicado el tratamiento quirúrgico y no se realizó por riesgo operatorio. 16 pacientes fallecieron, solo 3 por causas relacionadas con la infección Solo 4 pacientes (5,4%) presentaron algún tipo de efecto secundario (uno deterioró la función renal, dos desarrollaron trombopenia y otro hepatitis leve).
Conclusiones: La dalbavancina parece ser una alternativa terapéutica segura y eficaz para el tratamiento de infecciones endovasculares graves, especialmente endocarditis complicadas e infecciones de material protésico intravascular que precisan de tratamientos prolongados.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.023

22-ID: 16

Endocarditis infecciosa aórtica aislada: ¿existen diferencias entre morfología bicúspide y tricúspide?

L. de Miguel García [1,2,*], L. Varela Barca [1,2], C. Rodríguez López [1,2], A. Kallmeyer Mayor [1,2], R. Hernández-Estefanía [1,2], Á. Heredero Jung [1,2], M.P. Calderón Romero [1,2], A. Donado Miñambres [1,2], G. Aldámiz-Echevarría [1,2], J. Tuñón Fernández [1,2]

[1] *Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid*
[2] *Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid*
*para correspondencia.

Justificación: La válvula aórtica bicúspide (VAB) es la anomalía cardíaca congénita más frecuente. En la VAB la válvula aórtica está formada por dos valvas en lugar de por tres y se asocia con un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares, entre las que se encuentra la endocarditis infecciosa (EI). La EI continúa siendo una enfermedad con alta morbilidad y mortalidad a pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, y constituye un desafío para la salud pública. Los pacientes con VAB están considerados población de riesgo de EI, ya que el flujo turbulento y la lesión endotelial secundaria a la VAB favorecen la deposición de plaquetas y fibrinógeno propiciando el crecimiento de microorganismos. A pesar de ello, tanto las guías de 2015 como su reciente actualización de 2023, no recomiendan el uso generalizado de profilaxis en pacientes con VAB.
Objetivo: Analizar los casos de EI aórtica en nuestro centro en función de la morfología valvular comparando VAB con válvulas tricúspides (VAT). Conocer si existen diferencias en epidemiología, características de los pacientes, tratamiento recibido y resultados.
Método: Estudio observacional unicéntrico y retrospectivo que incluye a todos los pacientes ingresados por EI desde el 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2022. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la base de datos hospitalaria de EI, además de historias clínicas electrónicas y base de datos de laboratorio. Se siguieron los protocolos establecidos en el hospital para acceder a los datos con fines de investigación y comunicación científica. Se analizan datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos, ecocardiográficos, complicaciones durante la hospitalización, necesidad quirúrgica y mortalidad intrahospitalaria. Se realizó un análisis estadístico comparativo entre VAB y VAT. Los pacientes con VAB se identificaron a través de métodos de imagen (ecocardiograma o TAC) o en el informe quirúrgico.
Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron un total de 47 pacientes por EI aórtica aislada en nuestro centro. De ellos 19 (40,4%) fueron VAB y 28 VAT (59,6%). El análisis del número total de VAB a lo largo de los años se muestra en la figura en la que se puede observar una ligera tendencia al incremento de EI sobre VAB. Atendiendo a las características basales de la población y estratificada en función de la anatomía valvular, observamos características similares en cuanto a sexo y factores de riesgo cardiovascular (tabla 1). Solamente encontramos diferencias estadísticamente significativas en la presencia de cirugía previa, más frecuente en BAV con 14 casos (73,8%) frente a 8 (28,6%) en VAT ($p = 0,02$). La edad media fue similar en ambos grupos (68,1 años en VAT frente a 63,7 en VAB), contrariamente a lo publicado en otras series en lo que la VAB se asocia a edades más tempranas. Centrándonos en la etiología, no existieron diferencias significativas en cuanto al germen causal de la infección (tabla 2). Los gérmenes más frecuentes fueron: *Streptococcus* (25% de las en VAT y 26,3% en VAB) seguido de *Staphylococcus* (21,4% en VAT 21,1% en VAT). Encontramos menor identificación del

Tabla 1
Características basales estratificadas por anatomía valvular (%)

Características basales		Tricúspides	Bicúspides	p
Edad (años), media (DS)		68,1 (11,5)	63,7 (11,7)	0,21
Sexo varón, % (n)		75 (21)	73,8 (14)	0,92
Tabaco activo, % (n)		42,9 (12)	26,3 (5)	0,51
Portador dispositivos, % (n)		7,1 (2)	0 (0)	0,49
Cirugía previa, % (n)		28,6% (8)	63,2% (12)	0,02
Valvulopatía previa, % (n)		21,4 (6)	42,1 (8)	0,13
Arritmias, % (n)		17,9 (5)	10,5 (2)	0,49
ADVP, % (n)		100 (28)	5,3 (1)	0,22
Enf. Neurológica previa, % (n)		10,7 (3)	0 (0)	0,14
IR previa, % (n)		14,3 (4)	5,3 (1)	0,33
VIH, % (n)		3,6 (1)	5,3 (1)	0,78
Charlson ajustado edad, media (DS)		4,5 (2,5)	3,6 (2,5)	0,27
FRCV	Hipertensión arterial, % (n)	60,7 (17)	42,1 (8)	0,21
	Dislipemia, % (n)	39,3 (11)	47,4 (9)	0,58
	Diabetes mellitus, % (n)	32,1 (9)	10,5 (2)	0,09
	EPOC % (n)	14,8 (4)	5,3 (1)	0,31
	Art. Periférica, % (n)	14, 3 (4)	5,3 (1)	0,32

Tabla 2
Características microbiológicas estratificadas por anatomía valvular (%)

Etiología	Tricúspides	Bicúspides
Desconocido	5 (17,9%)	6 (31,6%)
Enterococcus	1 (3,6%)	0 (0%)
Staphylococcus	6 (21,4%)	4 (21,1%)
Streptococcus	7 (25%)	5 (26,3%)
Otros	3 (10,7%)	1 (5,3%)

agente causal en el caso de EI sobre VAB de los cuales en el 31,6% de los casos no logró hallarse el agente causal, frente a l 17,9% de las EI sobre VAT. Con respecto al foco origen de la EI (tabla 3), lo más frecuente fue el foco odontológico con antecedente de manipulación dental previa en el 21,4% de las en VAT y el 68,4% de las VAB. No hubo diferencias en el resto de focos de la EI en función de la morfología valvular. Sin embargo, un porcentaje no desdeñable de casos tienen un origen "desconocido" que corresponde con 6 casos (21,4%) en VAT y 12 (68,4%) en VAB, estando el origen desconocido de la EI relacionado de manera significativa con VAB (p = 0,035). Atendiendo al tipo de lesión valvular aórtica, los pacientes con VAB presentaron en mayor medida estenosis aórtica (EAo) moderada-severa siendo documentada en el 52,6% de las EI sobre VAB frente al 47,4% que debutaron con insuficiencia valvular aórtica (IAo). En los pacientes con VAT presentaron IAo moderada-severa en el 68,75%. Es decir, más de la mitad de las IAo en VAB fueron ligeras (53,9%). Por lo que nos encontramos con una diferente presentación clínica de la EI. En cuanto a la presentación clínica de la EI (tabla 4) no se observaron diferencias entre grupos en relación con los embolismos, vegetaciones, lesiones intracardiacas, fenómenos vasculares ni fracaso renal. El shock cardiogénico fue similar en los dos grupos al igual que el EuroScore II (9,6 frente a 9,3). Nuestros datos no con-

Tabla 3
Origen de la infección en función de la anatomía

Foco	Tricúspides	Bicúspides
Maniobras invasivas	5 (17,9%)	3 (15,8%)
Cirugía	4 (14,3%)	3 (15,8%)
Genitourinario	3 (10,7%)	0 (0%)
Gastrointestinal	1 (3,6%)	0 (0%)
Cutáneo	2 (7,1%)	0 (0%)
Otros	1 (3,6%)	0 (0%)
Odontológico	6 (21,4%)	13 (68,4%)
Desconocido	6 (21,4%)	12 (68,4%)

Tabla 4
Curso clínico y complicaciones de la EI en función de anatomía valvular

Complicaciones de la EI	Tricúspides	Bicúspides	p
Fenómenos vasculares % (n)	21,4 (6)	0 (0)	0,03
Embolismo, % (n)	39,3 (11)	31,6 (6)	0,59
Nueva IC, % (n)	53,6 (15)	36,8 (7)	0,26
Vegetaciones, % (n)	89,3 (25)	68,4 (13)	0,07
Absceso, % (n)	14,3 (4)	15,8 (3)	0,89
Complicaciones intracard*, % (n)	28,6 (8)	42,1 (8)	0,34
Sepsis, % (n)	25,0 (7)	26,3 (5)	0,92
Ictus, % (n)	21,4 (6)	15,8 (3)	0,63
Shock,% (n)	10,7 (3)	21,1 (4)	0,33
Nueva insuficiencia renal, % (n)	35,7 (10)	31,6 (6)	0,77
Bloqueo AV, % (n)	21,4 (6)	21,1 (4)	0,98
EuroScore II, media (DS)	9,6 (6,7)	9,3 (3,4)	0,85

*Complicaciones intracardiacas= pseudoaneurismas, abscesos, fístulas o perforaciones

cuerdan con otros estudios en los que las VAB se han relacionado con una mayor incidencia de complicaciones perivalvulares como el desarrollo de abscesos, fístulas, pseudoaneurismas o bloqueo auriculoventricular. En lo referente al tratamiento, se intervinieron un total de 16 casos (el 57,1%) de las VAT y 12 casos (63,2%) de las VAB. No hubo diferencias en cuanto mortalidad que fue del 21,1% global, 25% de las VAT y 14,3% de las VAB (p = 0,71). Tampoco encontramos diferencias en cuanto a la mortalidad en operados, que resultó de manera global un 7,24% (6,25% en VAT frente a 8,33% VAB, p = 0,58). En no operados la mortalidad fue claramente superior resultando el 21,1% global, pero sin encontrar diferencias entre los grupos (25% en VAT y 14,3% en VAB, p = 0,83).

Conclusiones: En nuestro centro no encontramos diferencias en cuanto a la edad de desarrollo de EI en función de morfología valvular. Tampoco hubo diferencias en las características basales

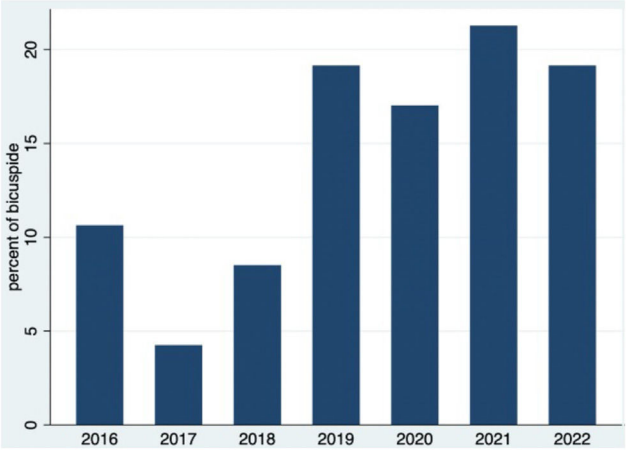

Figura 1. Endocarditis Infecciosa en válvulas aórticas bicúspide por año (%).

de los pacientes. El antecedente de prótesis valvular, identificado como característica de alto riesgo, es más frecuente en casos de EI sobre VAB coherente con el mayor riesgo de esta población de presentar disfunción valvular y necesidad de intervención sobre la misma. En cuanto a etiología los principales microorganismos responsables fueron *Streptococcus* y *Staphylococcus* sin diferencias entre VAT y VAB. Existe menor identificación del agente causal en el caso de EI sobre VAB. El foco odontológico es el principal origen de infección en ambos grupos, sin embargo, el origen desconocido es más frecuente en VAB, por lo que existen dudas acerca de sí esta población se beneficiaría de profilaxis de EI y en ese caso habría que definir ante qué tipo de procedimiento. Encontramos diferencias en cuanto a la afectación valvular, se objetivó EAo grave en el 50% de las EI sobre VAB, mientras que los pacientes con VAT presentaron IAo grave en su mayoría (68,8%). No se han identificado diferencias en las complicaciones de la EI entre ambos grupos. Los pacientes con VAB parecen tener un riesgo significativo de EI, mayor que los pacientes con VAT, se requieren más estudios prospectivos con adecuado tamaño muestral para estimar con mayor precisión la incidencia EI, el riesgo relativo y el beneficio potencial de la profilaxis antibiótica en este grupo de pacientes.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.024

23-ID: 18

Fiebre Q, una enfermedad silente

C. Pérez [1,2,3,4,5,*], Á. Granda [1,2,3,4,5], L. Pañeda [1,2,3,4,5], I. Pérez-Moreiras [1,2,3,4,5], U. Salinas [1,2,3,4,5], J. Irazusta [1,2,3,4,5], X. Kortajarena [1,2,3,4,5], M. Zabalo [1,2,3,4,5], K. Reviejo [1,2,3,4,5]

[1] *Servicio de Cirugía Cardiovascular, Policlínica Gipuzkoa, Gipuzkoa*
[2] *Servicio de Anestesiología, Policlínica Gipuzkoa, Gipuzkoa*
[3] *Servicio de Cardiología, Policlínica Gipuzkoa, Gipuzkoa*
[4] *Servicio de Enfermedades infecciosas, Policlínica Gipuzkoa, Gipuzkoa*
[5] *Servicio de Medicina Intensiva, Policlínica Gipuzkoa, Gipuzkoa*
*para correspondencia.

Justificación: La infección por C. *burnetti* causa la fiebre Q, zoonosis de distribución mundial. La infección se puede cronificar en forma de endocarditis, infección vascular (8%) o infección osteoarticular. La presencia en la literatura de aneurismas micóticos sobre aorta ascendente es escasa.

Caso clínico: Se trata de un varón de 59 años, exfumador e hipertenso intervenido en la infancia por estenosis uretral. En el seguimiento urológico, TC, se le encontró de forma causal un pseudoaneurisma parcialmente trombosado de seno no coronariano que provoca compresión de cavidades cardiacas derechas con disfunción biventricular. Se completa el estudio con RM, ETT y coronariografía. Todos ellos refuerzan los hallazgos de la TC. Tras comentar el caso con Cirugía Cardiaca de la Policlínica, se decidió intervención quirúrgica. Hallazgos intraoperatorios: masa gigante intrapericárdica, sugestiva de trombosis crónica de un aneurisma, que emergía del seno coronario derecho, con una puerta de entrada de 1 × 1,5 mm. Cuya apertura dio salida a un contenido pastoso blanco. Durante su estancia en UCI el paciente presentó febrícula. A la espera de los resultados microbiológicos de las muestras de

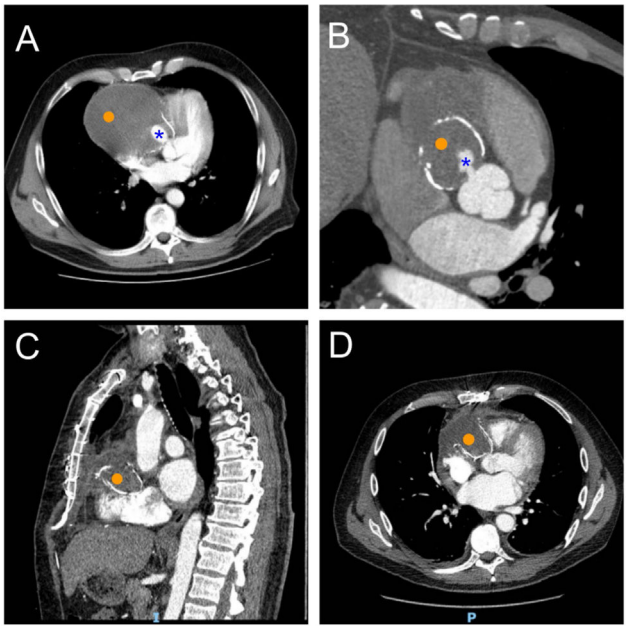

Figura 1. Pruebas de imagen TC torácico. A y B TC torácico preoperatorio en corte transversal con contraste. Coraza del pseudoaneurisma macada con un punto naranja. El asterisco azul es el pseudoaneurisma. C y D TC torácico posoperatorio. Coraza residual del pseudoaneurisma marcada con punto naranja. No se aprecia salida del contraste. Pseudoaneurisma excluido.

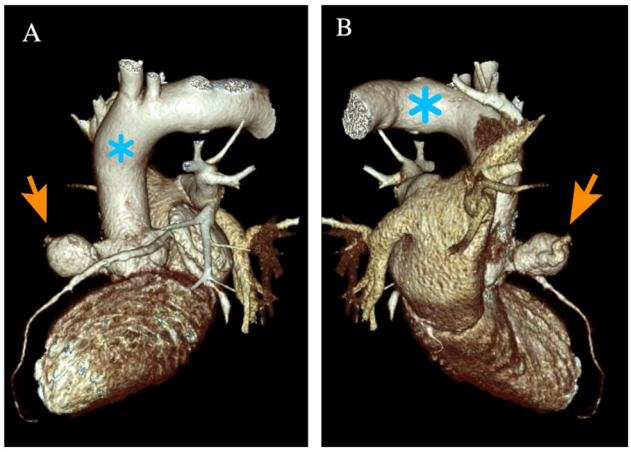

Figura 2. Reconstrucción tridimensional del corazón y los grandes vasos desde el TC preoperatorio. A. Visión anterior. B. Visión posterior. La flecha naranja identifica al pseudoaneurisma. El asterisco azul corresponde a la aorta.

BIOMED
unidix
Especialistas
en cirugía
cardiovascular
desde 1977 al cuidado de tu salud
91 803 28 02
info@biomed.es