

quirófano y la extraídas en la UCI se inició tratamiento antibiótico empírico con piperacilina/tazobactam. En planta el paciente presentó fiebre de hasta 37,7°C por lo que se asoció clindamicina y antiinflamatorios. Dada la buena evolución y la negatividad de los cultivos (hemocultivos y urocultivos) se decidió alta a los 8 días de la cirugía sin tratamiento antibiótico y con antiinflamatorios. Previo al alta, el 27/06/2023, se realiza un TAC torácico de control en el que se objetivó trombosis del saco pseudoaneurismático sin permeabilidad. La PCR del material enviado fue positiva para *C. burnetti*. En consultas externas de Enfermedades Infecciosas se solicitó serología (IgG fase I 1/3.200; IgG fase II (IFI) 1/5 12; IgM Fase II (EIA) negativo. Resto de serologías negativas) e inició tratamiento con doxiciclina e hidroxicloroquina con el que continúa.

Conclusiones: se presenta un raro caso de presentación incidental, apoyado con pruebas microbiológicas de fiebre Q crónica. Este caso refuerza la idea de incluir el despistaje de infección crónica por *C. burnetti* en el estudio de los aneurismas/pseudoaneurismas de causa no filiada.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.025>

24-ID: 23

Paciente con síndrome de marfan con endocarditis protésica precoz



A. Ramos Martínez ^{1,2,3,4,5,*}, A. Forteza Gil ^{1,2,3,4,5},
I. Sánchez Romero ^{1,2,3,4,5}, I. Rivera
Campos ^{1,2,3,4,5}, M. Cobo Marcos ^{1,2,3,4,5}, C.
Martín Esteban ^{1,2,3,4,5}, I. de Diego Yagüe ^{1,2,3,4,5},
B. Arboledas Miranda ^{1,2,3,4,5}, F. Domínguez
Rodríguez ^{1,2,3,4,5}, J. Calderón Parra ^{1,2,3,4,5}

¹ Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

² Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

³ Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

⁴ Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

⁵ Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

*para correspondencia.

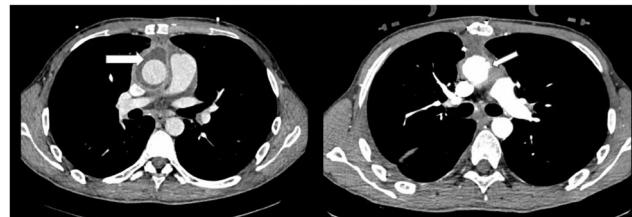
Justificación: La endocarditis protésica (EP) es una infección de mal pronóstico.

Objetivo: Describir de un caso de EP con hemocultivos negativos causada por microorganismo inusual.

Método: Exposición de características clínicas del paciente.

Resultados: Varón de 23 años con síndrome de Marfan (mutación P. R545C), aracnodactilia y *pectus carinatum*. También presentaba subluxación del cristalino, escoliosis, válvula aórtica bicúspide con dilatación de raíz aórtica. En junio del 2023 fue intervenido de David tipo V (con preservación de la válvula aórtica natural) por presentar Insuficiencia aórtica grave con dilatación del ventrículo izquierdo. Una semana después de la intervención comienza con fiebre y derrame pleural izquierdo con líquido de características inflamatorias. En la radiografía de tórax no se evidenció infiltrado. Se pautó ciprofloxacin y linezolid de forma empírica. La tinción de Gram fue negativa pero en el cultivo del líquido se aisló *Metamycoptasma hominis* (*M. hominis*) por lo que se mantuvo monoterapia con ciprofloxacin durante dos semanas. Un mes después de la finalización del tratamiento antibiótico, y en el contexto de una revisión en la consulta, se comprueba recurrencia de la insuficiencia aórtica. El paciente se encontraba afebril y no refería disnea, dolor torácico palpitaciones ni otra sintomatología. La analítica era normal salvo la proteína C reactiva que fue de 24 mg/l (normal < 10 mg/l). Las cifras

fueron más elevadas durante el ingreso anterior. Se obtuvieron hemocultivos × 3 que fueron negativos tras 15 días de incubación. En una ecocardiografía transtorácica se evidenció buena apertura valvular con insuficiencia aórtica grave que no existía en el estudio previo. También se observaba una imagen anecoica de 13 mm con entrada de flujo sanguíneo sugestivo de pseudoaneurisma. En un angioTAC cardiaco se detectó una colección periaórtica de 6 cm de diámetro máximo con realce de su pared, sugestivo de su infección junto a irregularidad de la pared de aorta ascendente con presencia de múltiples pseudoaneurismas el mayor de 1,5 cm de diámetro máximo (figura). Se procedió a reintervención quirúrgica con drenaje el exudado purulento de la colección periaórtica, resección de válvula aórtica y aorta ascendente e interposición de tubo de aorta valvulado (Bentall). En el cultivo de la prótesis de aorta se volvió a aislar *M. hominis* que fue identificado mediante MALDI-TOF. Se pautó tratamiento con doxiciclina 100 mg/12 h vía oral y levofloxacino 750 mg/24 h durante 15 días manteniendo este último antibiótico hasta cumplir seis meses. La evolución posterior ha sido satisfactoria.



AngioTAC que muestra colección periaórtica (imagen izquierda) y un pseudoaneurisma (imagen derecha).

Conclusiones: El *M. hominis* es una causa inusual de endocarditis infecciosa con cultivo negativo. La revisión de la literatura muestra una tendencia de *M. hominis* en pacientes sometidos a cirugía cardiaca como ocurre en el caso descrito.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.026>

25-ID: 24

Perfil de la endocarditis infecciosa tratada con dalbavancina en el hospital santa lucía de cartagena



B. Alcaraz Vidal ^{1,2,3,4,5,6,*}, V. Silva
Croizizard ^{1,2,3,4,5,6}, R. Mármol Lozano ^{1,2,3,4,5,6}, E.
Conesa Nicolás ^{1,2,3,4,5,6}, R. Jiménez
Sánchez ^{1,2,3,4,5,6}, N. Cobos Trigueros ^{1,2,3,4,5,6},
M.J. del Amor Espín ^{1,2,3,4,5,6}, T. Dumitru
Dumitru ^{1,2,3,4,5,6}, V. Campos Rodríguez ^{1,2,3,4,5,6},
S. Valero Cifuentes ^{1,2,3,4,5,6}

¹ Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia

² Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia

³ Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia

⁴ Servicio de Farmacia hospitalaria, Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia

⁵ Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia

⁶ Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia

*para correspondencia.

Justificación: La introducción de antibióticos de vida media larga como la dalbavancina (DBV) ha revolucionado la terapia de la endo-

carditis infecciosa, permitiendo regímenes más cómodos y sencillos conservando la eficacia y seguridad de las pautas convencionales. Este fármaco lipogluycopéptido está aprobado para infecciones de piel y partes blandas por cocos gram positivos, aunque su efectividad en el tratamiento de bacteriemia y endocarditis por cocos gram positivos pueden respaldar su utilización en estos escenarios.

Objetivo: Describir los casos de endocarditis infecciosa tratados con DBV en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo de los casos de endocarditis diagnosticados en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena y que han recibido DBV como parte de su régimen terapéutico. El periodo analizado es de un año, desde junio de 2022 a junio de 2023.

Resultados: Nuestra serie incluye 5 pacientes, -3 mujeres y 2 varones-, con una edad media de 68 años (rango 46-90). Las localizaciones son: aórtica protésica ($n=2$), mitral nativa ($n=2$) y multivalvular nativa (aórtica y tricuspídea) ($n=1$). La etiología predominante es enterocócica (80%): *E.faecalis* ($n=3$), *E.faecium* ($n=1$), *S.agalactiae* ($n=1$). Se trata de pacientes con elevada comorbilidad siendo el índice de Charlson medio de 3,8 (0-7). Más de la mitad de los pacientes tiene insuficiencia cardiaca previa o coincidente con el episodio de endocarditis. En todos los casos fue desestimada actitud quirúrgica generalmente por comorbilidad, y tampoco fueron susceptibles de hospitalización domiciliaria, empleando dalbavancina para favorecer el alta precoz. La dosis recibida de DBV fue 1.500 mg por dos dosis ($n=3$) y 1.500 mg dosis única ($n=2$), tras un periodo de antibioterapia parenteral con las pautas de elección entre 2 y 4 semanas. Ningún caso presentaba bacteriemia al momento de recibir DBV. Todos los pacientes han evolucionado de manera favorable.

Conclusiones: La mayor parte de nuestros pacientes tratados con DBV presentan elevada comorbilidad y situación de fallo cardíaco. DBV se ha mostrado eficaz como terapia de consolidación y ha permitido un alta precoz en estos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.027>

26-ID: 25

Manejo y factores pronósticos de la endocarditis infecciosa protésica en hospitales sin cirugía cardiaca en cataluña: estudio retrospectivo (2009-2018)



S. Calzado ^{1,2,*}, M. Hernández-Meneses ³, J. Llopis ⁴, L. Boix-Palop ⁵, J. Díez de los Ríos ⁶, J. Cuquet ⁷, G. García ⁸, E. Quintana ², O. Gasch ^{1,2}, J.M. Miró ³, Central Catalonia 10 Endocarditis Teams (CC10ET)l

¹ Hospital Universitari ParcTaulí, Sabadell

² Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona

³ Hospital Clínic-IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona

⁴ Departamento de Genética, Microbiología y Estadística, Facultad de Biología, Universitat de Barcelona, Barcelona

⁵ Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona

⁶ Hospital de Vic, Barcelona

⁷ Hospital General de Granollers, Barcelona

⁸ Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona

*para correspondencia.

Justificación: En la última década se ha observado un aumento de los casos de endocarditis infecciosa sobre válvulas protésicas (EIVP). Se desconocen las características clínicas y el pronóstico de los pacientes con EIVP diagnosticados y tratados en centros sin cirugía cardíaca.

Objetivo: Analizar la EIVP diagnosticada en ocho centros de Cataluña Central sin cirugía cardíaca en un periodo de diez años.

Método: Se recogieron retrospectivamente los casos de EIVP de ocho hospitales comunitarios (2009-2018) según los criterios diagnósticos de la Sociedad Europea de Cardiología (2015). Se analizaron las características epidemiológicas, clínicas y el pronóstico. Se evaluaron los factores asociados a la cirugía cardíaca y los factores pronósticos de mortalidad mediante regresión logística.

Resultados: Se evaluaron 118 episodios de EIVP, 5 (4%) diagnosticados el primer mes y 24 (20%) en el primer año después de la cirugía valvular. Del total de EIVP, 70 (59%) correspondían a prótesis valvular biológica, 44 (37,3%) a mecánica y 3 (2,5%) a TAVI. 51 (43,2%) pacientes fueron trasladados al centro de referencia de cirugía cardíaca. A 55 (47%) se les indicó cirugía cardíaca pero finalmente fueron operados 31 (26,3%). La mortalidad global intrahospitalaria y al año fueron del 21% y 29%, respectivamente. Las EIVP tardías se adquirieron con mayor frecuencia en la comunidad (58% vs. 87%, $p < 0,01$), fueron causadas por estreptococos del grupo *viridans* (23 vs. 4%, $p < 0,01$) o bacterias gramnegativas (5 vs. 0%, $p = 0,02$) y hubo mayor afectación de válvulas protésicas mecánicas (44 vs. 13%, $p < 0,01$). Se realizó cirugía cardíaca en 29 (31%) EIVP tardías frente a 2 (8%) EIVP precoces ($p < 0,01$). La mortalidad de la EIVP precoz y de la EIVP tardía intrahospitalaria y al año fueron del 25% y 20% y 30,4% y 28%, respectivamente. Los pacientes que fueron operados eran más jóvenes (68 vs. 77 años, $p < 0,001$), presentaban puntuaciones de Charlson inferiores (3 vs. 5 puntos, $p = 0,001$) y más EIVP tardías (90 vs. 76%, $p = 0,03$) que los no operados. Además, tuvieron regurgitación más grave (32 vs. 5%, $p < 0,01$), mayor tamaño de la vegetación (9 vs. 2,5 mm, $p = 0,001$), abscesos (42 vs. 9%, $p = 0,001$) y embolias sistémicas (39 vs. 17%, $p = 0,03$). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad hospitalaria ni al año. La mortalidad hospitalaria se asoció con la falta de tratamiento quirúrgico a pesar de la indicación (OR 4,28 [1,32-13,8]), mientras que la mortalidad al año se asoció con el índice de Charlson (OR 1,23 [0,99-1,54]) y la falta de manejo quirúrgico (OR 4,21 [1,24-14,20]).

Conclusiones: El 80% de EIVP diagnosticadas en centros sin cirugía cardíaca fueron tardías. Una alta proporción de pacientes con EIVP tenían indicación quirúrgica valvular y fueron derivados al centro quirúrgico de referencia. Sin embargo, se operaron menos de la mitad de casos. El índice de Charlson y la falta de cirugía se asociaron a un peor pronóstico al año.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.028>

27-ID: 26

Infecciones en pacientes con dispositivos de asistencias para ventrículo izquierdo de larga duración



F. Arnaiz de las Revillas ^{1,*}, M. Gutiérrez-Cuadra ¹, A. Canteli ², A. Sarralde ³, C. Castrillo ², V. Tascón ³, C. González Rico ¹, M. Cobo Beláustegui ¹, C. Fariñas ¹

¹ Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, CIBERINFEC

² Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

³ Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

*para correspondencia.

Introducción y objetivos: Las asistencias ventriculares de larga duración (AVLD) han irrumpido en España como un tratamiento útil en la insuficiencia cardíaca avanzada. El objetivo de este tra-



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

