

XIII Congreso SEICAV

Bilbao, 22 y 23 de noviembre de 2024



COMUNICACIONES ORALES

C01. ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA PULMONAR Y CONDUCTOS PULMONARES EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA



A. Cano Pérez ^{a,*}, L. Artiñano Mendizábal ^a, L. Orive Melero ^a, M. Campaña Lázaro ^a, A. Goikoetxea Aguirre ^b, M. Blanco Vidal ^b, N. Souto Couso ^a, E. García Fernández ^a, C. Morillas Herrero ^a, C. Peña Torres ^a

^a Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Cruces, Vizcaya, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Cruces, Vizcaya, España

Justificación: La mejora de las técnicas diagnósticas y terapéuticas ha permitido el incremento de la supervivencia de los pacientes con cardiopatías congénitas. Muchos de ellos requieren cirugía o intervencionismo percutáneo sobre la válvula pulmonar o tracto de salida del ventrículo derecho, y por tanto son propensos al desarrollo de endocarditis sobre el material implantado para su reparación.

Objetivos: Describir las características clínicas y microbiológicas de los pacientes con endocarditis infecciosa sobre válvula protésica pulmonar o conductos pulmonares en los últimos 10 años en un hospital con experiencia en cardiopatías congénitas.

Método: Se seleccionaron todos los casos de los últimos 10 años que cumplían criterios de endocarditis infecciosa sobre válvula pulmonar protésica o conducto pulmonar. La endocarditis infecciosa se diagnosticó como posible o definitiva según los criterios modificados de Duke. Se incluyeron pacientes tanto pediátricos como adultos. Se consideró el tiempo de seguimiento el tiempo entre el diagnóstico de endocarditis y el inicio del presente estudio.

Resultados: Se seleccionaron 14 casos de endocarditis en 13 pacientes. 13 (92,85%) de ellos con diagnóstico de endocarditis infecciosa definitiva. La mediana (rango intercuartil) de edad era 21,09 años (11,65–24,08) y el 78,57% eran varones. El tiempo entre el implante y el diagnóstico de endocarditis fue 4,58 años (0,93–7,83). Los microorganismos más frecuentemente aislados en hemocultivos fueron estreptococos del grupo *viridans* (4), *Staphylococcus aureus* (2) y *Staphylococcus epidermidis* (2). En otros 3 casos se aislaron *Granulicatella adiacens*, *Haemophilus parainfluenzae* y *Coxiella burnetii*. En 3 casos no se consiguió aislamiento microbiológico. Ningún caso se trató de una infección polimicrobiana. Siete casos (50%) precisaron cirugía sobre la prótesis o el conducto pulmonar como consecuencia de la endocarditis, y en 6 de ellos el cultivo del material explantado fue positivo. El seguimiento tras el

episodio de endocarditis fue de 3,43 años (2,17–5,27). La mortalidad de la enfermedad en este grupo de pacientes fue del 0%.

Conclusiones: Los principales microorganismos causantes de endocarditis infecciosa sobre prótesis y conductos pulmonares no difieren de las endocarditis izquierdas. Aunque no supone una gran mortalidad, un porcentaje importante requieren cirugía. Los especialistas en enfermedades infecciosas, cardiología y cirugía cardiaca deben familiarizarse con el diagnóstico y tratamiento de esta entidad, cuya incidencia es probable que aumente en los próximos años.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.003>

C03. RENTABILIDAD LA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS DE CONTROL EN AUSENCIA DE FIEBRE TRAS UN EPISODIO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA. EXPERIENCIA DE 12 AÑOS PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL



J. Calderón-Parra ^{*}, I. Yagüe-Diego, A. Gutiérrez-Villanueva, M. Cobo-Marcos, F. Domínguez, J.C. López-Azor, I. Sánchez-Romero, A. Fernández-Cruz, E. Muñoz-Rubio, A. Ramos-Martínez

Hospital Puerta de Hierro, Madrid, España

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la rentabilidad de los HC de control tras un episodio de EI.

Método: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva unicéntrica incluyendo a pacientes con EI definida diagnosticados entre enero de 2012 y diciembre de 2023. Se excluyeron aquellos pacientes sin seguimiento al año.

Resultados: De un total de 332 pacientes, 78 (23,5%) fallecieron durante el ingreso y no se pudo obtener seguimiento al año de 126 (37,9%), por lo que incluimos finalmente 128 pacientes. La mediana de edad fue 66 años (rango intercuartílico (RIQ) 54–77), siendo el 38,3% (n = 49) mujeres y presentando alta comorbilidad (mediana Charlson 4, RIQ 2–5). En 66 pacientes (51,6%) fue EI nativa, 50 (39,1%) EI protésica y en los 12 restantes (9,3%) sobre dispositivo cardíaco. Las afectaciones valvulares más frecuentes fueron aórtica (n = 60, 46,9%), mitral (n = 54, 42,2%), válvulas derechas (n = 10, 7,8%). Las etiologías más frecuentes fueron *Staphylococcus* spp. (35,9%), seguido de *Streptococcus* spp. (24,2%), *Enterococcus* spp. (13,3%) y sin aislamientos (7,8%). Solo en el 47,7% (n = 61) se identificó foco primario, siendo los más frecuentes el vascular y genitourinario (10,2% cada uno). En cuanto a la presentación del episodio índice, hubo embolismos sistémicos en 32,8% (n = 42), complicaciones paravalvulares en 29,7% (n = 38), y bacteriemia persistente en 8,6% (n = 11). En cuanto al manejo, el 60,9% (n = 78) presentaron indicación qui-

rúrgica, operándose la mayoría (53,9%, n = 69). La mediana de días de antibiótico fue 42 días (RIQ 34-48). Durante el seguimiento, se obtuvieron HC de control en ausencia de fiebre en 94 pacientes (73,4%), mientras que no se obtuvieron en 34 (26,6%). En la mayoría (90,2%) se obtuvieron durante el primer mes de seguimiento, y solo en el 4,2% (n = 4) se obtuvieron pasados los 3 meses. De los pacientes con HC de control, solo en uno (1,1%) fueron positivos, llevando a un diagnóstico de recidiva precoz. Se trataba de una recidiva por *Staphylococcus aureus* en un paciente con episodio índice por el mismo microorganismo, operado durante el primer ingreso, sin bacteriemia persistente ni embolismos sépticos. No hubo otros casos de recidiva en la cohorte, aunque 2 pacientes (1,7%) que habían tenido HC de control negativos presentaron posteriormente reinfecciones por otros microorganismos.

Conclusiones: La rentabilidad de los hemocultivos de control en ausencia de fiebre tras episodios de EI infecciosa fue escasa y puede no constituir una práctica útil en el seguimiento de pacientes supervivientes de esta patología. Se necesitan estudios prospectivos y multicéntricos para comprobar la ausencia de utilidad de estos HC y valorar si en escenarios y patógenos concretos pudieran ser útiles.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.004>

C04. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SUPRESIVO Y SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS EN ENDOCARDITIS DE DISPOSITIVO CARDIACO NO RETIRADO



M. Hernández-Meneses*, E. Sandoval, G. Cuervo, C. Falces, A. Perissinotti, F. Marco, J.M. Tolosana, J. Llopis, A. Moreno, J.M. Miró

Hospital Clínic Barcelona, España

Justificación: A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, la endocarditis infecciosa (EI) asociada a dispositivos de electroestimulación cardiaca (DEC) sigue presentando una elevada morbilidad y mortalidad, especialmente cuando el dispositivo no se retira de forma completa. Las eficacia y tolerancia del tratamiento antibiótico supresivo (TAS) y la supervivencia a largo plazo han sido poco estudiadas.

Objetivos: Describir las características clínicas, eficacia y seguridad del TAS y la mortalidad global y atribuible a la EI en una cohorte de pacientes con EI sobre DEC sin la extracción completa del DEC seguidos durante 5 años.

Método: Estudio retrospectivo unicéntrico de episodios consecutivos de EI sobre DEC en el periodo 1981-2020, con al menos 5 años de seguimiento. El diagnóstico se realizó según los criterios de Duke modificados. Se compararon los casos con y sin extracción completa del DEC, analizando la eficacia, seguridad del TAS, recidivas y supervivencia.

Resultados: Se diagnosticaron 140 casos de EI sobre DEC. En 123 pacientes (87%) se logró la retirada completa del DEC, mientras que en 17 (12%) no fue posible. Los pacientes sin retirada completa del DEC mostraron una tendencia no significativa a una mayor mortalidad intrahospitalaria (35,3 vs. 10,6%, p = 0,07); sin embargo, la mortalidad al año y a los 5 años fue significativamente mayor (47 vs. 13%, p = 0,01 y 52,9 vs. 26,0%, p = 0,02, respectivamente). También se observó una mayor tasa de recidivas al año (23,5 vs. 1,62%, p = 0,13) y a los 5 años (29,4 vs. 1,62%, p ≤ 0,01). De los 17 pacientes sin retirada completa de DEC, 10 (59%) presentaron infección por *S. aureus*, 4 (23%) por ECN, 1 (6%) por *Cutibacterium acnes*, 1 (6%) *Enterococcus faecalis* y 1 (6%) *Escherichia coli*. Trece pacientes (76,5%) recibieron TAS. De los 4 pacientes sin TAS, 3 recidivaron y fallecieron durante el primer año. Los esquemas de TAS utilizados incluyeron combinaciones de levofloxacino y rifampicina, cotrimoxazol, quinolonas o amoxicilina en monoterapia. Cuatro pacientes (31%) requirieron suspensión o cambio del TAS por toxicidad, con

una mediana de tiempo hasta el evento de 24 meses; uno de ellos presentó infección por *Clostridioides difficile*. Los ocho pacientes bajo TAS que sobrevivieron al año no presentaron recidivas a los 5 años, con una mediana de seguimiento de 14,5 meses (RIQ: 13,6-61,6), incluyendo dos pacientes que en los que se suspendió el TAS al negativizar el 18F-FDG-PET/TC de control tras 12 y 18 meses. La mitad de este subgrupo de pacientes fallecieron durante los 5 años de seguimiento, pero las muertes no estuvieron relacionadas con la EI de DEC.

Conclusiones: Los pacientes sin retirada del DEC mostraron significativamente mayor mortalidad al año y a los 5 años, no siempre atribuible a la EI sobre DEC. El TAS fue eficaz en la prevención de recidivas a largo plazo, aunque en un tercio de los pacientes se cambió por toxicidad durante el primer año.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.005>

C05. INFECCIÓN CRÓNICA EN ASISTENCIA VENTRICULAR POR *ENTEROCOCCUS FAECALIS*: TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INDEFINIDO



C. Gay^{a,*}, A. Perissinotti^b, E. Sandoval^b, M. Farrero^b, S.M. San José^b, B. Vidal^b, D. Fuster^b, G. Cuervo^b, J.M. Miró^b, M. Hernández-Meneses^b

^a Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España

^b Hospital Clínic Barcelona, España

Justificación: Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda (*left ventricular assist device*, LVAD) se han consolidado como tratamiento de la insuficiencia cardiaca avanzada, con un uso creciente como puente al trasplante y como terapia destino. Una de las complicaciones más frecuentes es la infección del dispositivo, que en formas localizadas afecta a un tercio de los pacientes. La infección sistémica es la más compleja, debido a las opciones limitadas de tratamiento curativo sin la extracción del LVAD.

Objetivos: Describir un caso clínico que ilustra la complejidad del abordaje de las infecciones sistémicas por *Enterococcus faecalis* (*E. faecalis*) asociadas a LVAD de larga duración.

Método: Se describe un caso de infección bacteriémica en un paciente portador de LVAD tipo HeartMate 3 (HM3) por *E. faecalis*, aislado en hemocultivos iniciales, así como cultivos y biología molecular positiva en el dispositivo explantado, a pesar de tratamiento agudo de la infección sistémica y terapia antibiótica supresiva indefinida hasta el trasplante cardiorrenal.

Resultados: Varón de 65 años con antecedentes de colitis rácica en contexto de una neoplasia urotelial en remisión, enfermedad renal crónica terminal e insuficiencia cardiaca avanzada secundaria a miocardiopatía dilatada isquémica con implante de HM3 en abril 2021. Once meses tras el implante del LVAD ingresa por fiebre de hasta 38,8 °C y escalofríos, presentando bacteriemia continua con seis botellas de hemocultivos positivas para *E. faecalis*, sin claro exudado purulento en región del *driveline*. El urocultivo fue negativo. La cepa aislada era sensible a ampicilina (CMI = 1) y vancomicina (CMI 1). Se realizó un ecocardiograma transesofágico que descartó la presencia de signos de endocarditis y un 18F FDG-PET/CT que informó captación patológica en bomba, *outflow*, (SUVmax 14,08) y zona proximal del *driveline* (SUVmax 11,11). No se objetivaron metástasis sépticas a distancia. Se completaron seis semanas con ampicilina y ceftriaxona intravenosas, aclarándose la bacteriemia a las 48 horas del inicio del antibiótico, y amoxicilina 1 g cada ocho horas por vía oral de forma indefinida al alta. Tras ocho meses de tratamiento antibiótico supresivo se realizó, con urgencia grado 1, trasplante cardiorrenal. Durante el procedimiento no se objetivaron colecciones purulentas en ninguno de los componentes del HM3. Los cultivos y la biología molecular de la cánula de *outflow*, *drive-*



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

