

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 cardíaca (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 cardíaca 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 rádica en contexto de una neoplasia urotelial en remisión, enfermedad renal crónica terminal e insuficiencia cardíaca 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-*



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es