

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-

line y bomba fueron positivos para *E. faecalis*, con el mismo perfil de sensibilidad, a pesar de seis semanas de tratamiento intravenoso y ocho meses adicionales de terapia oral supresiva. El paciente ha cumplido dieciocho meses de seguimiento sin recidivas.

Conclusiones: Las infecciones sistémicas relacionadas con LVAD presentan un desafío terapéutico significativo debido a la formación de biofilms. Este caso de infección por *E. faecalis* pone de manifiesto la necesidad de tratamiento antibiótico supresivo indefinido o hasta la retirada del LVAD.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.006>

C07. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA SEROLOGÍA PARA LEGIONELLA, MYCOPLASMA Y CHLAMYDIA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA, ¿ES HORA DE DECIR ADIÓS?



A. Estévez Prieto *, R. Alonso, M. Machado, A. Álvarez-Uría, M. Valerio, E. Bouza, P. Muñoz

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Justificación: Tanto las guías europeas (ESC Guidelines 2023) como estadounidenses (IDSA 2023) de práctica clínica sobre el manejo de endocarditis infecciosa (EI) recomiendan el estudio serológico de distintas etiologías en el diagnóstico diferencial de la EI con hemocultivos negativos. No obstante, la rentabilidad diagnóstica de dichas determinaciones no está bien definida en el caso de algunos microorganismos, tales como *Legionella* spp., *Mycoplasma* spp. o *Chlamydia* spp.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar la rentabilidad diagnóstica de las determinaciones serológicas a estos microorganismos durante un amplio periodo de estudio en un hospital terciario donde se solicita de manera rutinaria un estudio serológico amplio a gran parte de las EI.

Método: El HGUGM pertenece al grupo GAMES de 45 hospitales que siguen prospectivamente todos los episodios de EI con un protocolo común. Todos los pacientes son evaluados por un grupo de expertos y todas las válvulas/material quirúrgico procedentes de pacientes con EI se analizan con métodos moleculares. Hemos analizado todos los resultados de determinaciones serológicas a *Legionella* spp., *Mycoplasma* spp. y *Chlamydia pneumoniae* solicitadas a nuestros pacientes con EI en nuestro centro en el periodo 2008-2024, correlacionando dichos resultados con su implicación clínica.

Resultados: De las 733 EI diagnosticadas en nuestro hospital, se realizó determinación serológica de *Legionella* spp. IgG a 340 pacientes (46,4%), *Mycoplasma* spp. IgM a 268 (36,6%), *Mycoplasma* spp. IgG a 255 (34,8%) y *Chlamydia pneumoniae* IgG a 332 (45,3%). El número total de determinaciones serológicas positivas a *Legionella* spp. fue de 3 pacientes (0,9%), 26 (9,7%) para *Mycoplasma* spp. IgM, 47 (18,4%) para *Mycoplasma* spp. IgG y de 50 (15,1%) para *C. pneumoniae* IgG. Dentro del total de pacientes con determinaciones serológicas positivas frente a estos microorganismos, en un 93% del total se encontró una etiología alternativa más probable como causa de la EI. En el 7% restante de EI sin etiología alternativa, tampoco se consideró relevante el hallazgo serológico, y en ningún caso se consideró *Legionella* spp., *Mycoplasma* spp. o *C. pneumoniae* como agentes causales de la EI. En ningún caso la positividad serológica para estos microorganismos se confirmó por técnicas moleculares sobre la válvula/material protésico.

Conclusiones: Las determinaciones serológicas positivas frente a *Legionella* spp., *Mycoplasma* spp. o *Chlamydia pneumoniae* no fueron consideradas significativas ni supusieron un cambio en la actitud terapéutica en el 100% de los casos, debido tanto al diagnóstico de otra etiología alternativa o a la falta de consideración por parte del equipo médico responsable. Con estos datos, consideramos prudente replantear la indicación de la serología rutinaria frente a *Legionella* spp., *Mycoplasma* spp. y/o *Chlamydia pneumoniae* en el diagnóstico diferencial de la EI, incluso en casos de EI con hemocultivos negativos, debido a su prácticamente nula rentabilidad diagnóstica.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.007>

C14. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUPERVIVIENTES AL INGRESO HOSPITALARIO POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA IZQUIERDA DESESTIMADOS PARA CIRUGÍA CARDIACA



M. Miguez *, P. Vilardell, S. Moral, D. Bosch, X. Salgado, P. Álvarez, N. Cañete, N. Ferran, R. Brugada

Hospital Universitario Doctor Josep Trueta, Girona, España

Justificación: La endocarditis infecciosa (EI) presenta una elevada mortalidad hospitalaria a pesar de un manejo invasivo precoz. Sin embargo, existe información limitada sobre los pacientes que sobreviven a un ingreso hospitalario por EI con indicación quirúrgica rechazada.

Objetivos: Analizar las características clínicas, microbiológicas y pronósticas de los supervivientes al ingreso por EI que fueron desestimados para cirugía cardiaca.

Método: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en 253 pacientes consecutivos diagnosticados de EI, en un centro universitario entre enero de 2013 y diciembre de 2023. Se excluyeron los casos de EI derecha. Se recogieron parámetros clínicos, microbiológicos y de técnicas de imagen. Se definió el tiempo de diagnóstico como los días entre el inicio de síntomas y la confirmación según los criterios de Duke.

Resultados: De 199 pacientes con EI izquierda, 72 (36%) fueron desestimados para cirugía a pesar de tener indicación quirúrgica: 31 (43%) sobrevivieron y 41 (57%) murieron durante el ingreso índice. Las causas de rechazo de la cirugía cardiaca fueron: riesgo quirúrgico inasumible en 42 pacientes (58%), decisión del Heart Team en 20 pacientes (28%) y 10 pacientes (14%) por complicaciones neurológicas. Los desestimados supervivientes presentaron menos EI por *Staphylococcus aureus* (13% vs. 34%; $p=0,04$) y menos complicaciones neurológicas (16% vs. 42%; $p=0,02$), sin diferencias estadísticamente significativas en las comorbilidades y las características ecocardiográficas. El tiempo de diagnóstico fue mayor en el grupo de desestimados supervivientes (22 vs. 11 días; $p=0,03$). La mortalidad anual en el seguimiento fue del 52% ($n=16$) de los desestimados supervivientes, principalmente por insuficiencia cardiaca ($n=4$), ictus ($n=4$) o recaída de la EI ($n=3$).

Conclusiones: Los pacientes con EI izquierda desestimados para cirugía cardiaca supervivientes al ingreso hospitalario presentaron una elevada mortalidad al año de seguimiento. Aunque este subgrupo tardó más en ser diagnosticado, tuvo un perfil microbiológico menos agresivo y menos complicaciones neurológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.008>



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

