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