

C16. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ORAL VS. PARENTERAL AMBULATORIO PARA ENDOCARDITIS: DATOS PRELIMINARES DEL ENSAYO ORAPAT-IE GAMES



G. Cuervo Requena^{a,b,*}, M. Hernández-Meneses^{a,b}, A. de Alarcón^c, R. Luque^c, M. Alonso-Socas^d, A.M. López-Lirola^d, V. González-Ramallo^e, A.J. Goikoetxea-Agirre^f, D. Nicolás^a, M.A. Goenaga^g, E. Merino^h, F. Escrihuela-Vidalⁱ, L. Boix-Palop^j, P. Martín-Dávila^{b,k}, B. Loeches^{b,l}, B. Vidal^a, M. Fernández-Pittol^a, D. Navarro^c, A. Moreno^a, C. Sala^a, J. Ambrosionij^{a,b}, J.M. Miro^{a,b}, investigadores del grupo OraPAT-IE GAMES

^a Hospital Clinic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

^b CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

^c Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

^d Hospital Universitario de Canarias, Tenerife

^e Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

^f Hospital Universitario de Cruces, Bilbao

^g Hospital Universitario Donostia, San Sebastián

^h Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

ⁱ Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

^j Hospital Universitario Mútua de Terrassa

^k Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

^l Hospital Universitario La Paz, Madrid

Justificación: El ensayo POET demostró que el cambio secuencial de antibióticos intravenosos a orales en pacientes estables con endocarditis infecciosa (EI) no era inferior al tratamiento completamente administrado por vía parenteral. Sin embargo, no comparó estrategias ambulatorias, ya que todos los pacientes del grupo parenteral y muchos del grupo oral permanecieron hospitalizados.

Objetivos: El ensayo OraPAT-IE GAMES tiene como objetivo comparar las dos opciones ambulatorias para consolidar el tratamiento antibiótico: oral vs. parenteral ambulatorio (OPAT).

Método: Estudio multicéntrico, aleatorizado, abierto y de no inferioridad de pacientes con EI izquierda que compara tratamiento antibiótico de consolidación por vía oral vs. en régimen de OPAT. Se incluirán 342 pacientes estables con EI causada por microorganismos seleccionados. Después de un mínimo de 10 días de tratamiento parenteral, los pacientes estables son asignados aleatoriamente a terapia oral u OPAT. El endpoint principal es una combinación de mortalidad por cualquier causa, cirugía cardiaca no planificada, recaída microbiológica y/o ingreso hospitalario no planificado. El seguimiento de los pacientes se lleva a cabo durante seis meses después de completar la terapia con antibióticos.

Resultados: (No se informa sobre la asignación del grupo de tratamiento). Tras 25 meses de reclutamiento, se han incluido 50 pacientes con endocarditis infecciosa definitiva (26 en el brazo oral vs. 24 en el brazo OPAT), incluyendo 19 episodios sobre válvulas protésicas. Treinta y cuatro pacientes (68%) fueron hombres con una edad mediana de 68 años (IQR: 55-75). En cuanto a las comorbilidades, 30 pacientes (60%) presentaban enfermedad valvular previa, 13 (26%) fibrilación auricular, 8 (16%) cardiopatía isquémica y 8 (16%) eran portadores de dispositivos intravasculares [mediana de Charlson score: 3,5 (IQR: 3-5) puntos]. Las etiologías más frecuentes fueron estreptococos (24/48%), *Enterococcus faecalis* (12/24%), *Staphylococcus aureus* (3/6%) y *Staphylococcus epidermidis* (3/6%). En cuanto a los hallazgos ecocardiográficos, 32 pacientes (64%) presentaron vegetaciones (18 en la válvula aórtica) y 40 (80%) insuficiencia valvular moderada/severa. En total, 35 pacientes completaron el seguimiento preestablecido. En total, se registraron 12 eventos del endpoint principal: 3 recaídas (2 causadas por *S. epider-*

midis y 1 por *E. faecalis*), 2 cirugías no planificadas y 7 reintegros (no relacionados con la infección), sin muertes reportadas.

Conclusiones: Globalmente, los datos preliminares no detectan problemas de seguridad relevantes en relación con las dos estrategias ambulatorias para consolidar la terapia antibiótica en pacientes estables con endocarditis izquierda.

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI19_00861); Ensayo OraPAT-IE GAMES – número ClinicalTrials.gov, NCT05398679.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.009>

C18. ICTUS EN PACIENTE CON ENDOCARDITIS: UN DESAFÍO COMPLEJO



M.J. Blanco Vidal*, J. Goikoetxea Agirre, M. del Álamo Martínez de Lagos, E. Bereciartua Bastarrica, I. Martínez Rienda, M.M. Freijo Guerrero, A. Luna Rodríguez, A. Cortes Correa, M. Campaña Lázaro, A. Gandiaga Mandiola

Hospital Universitario Cruces, Bilbao, España

Justificación: La afectación neurológica es la complicación extracardíaca más frecuente en la endocarditis infecciosa (EI), ocurre en un 25% de los pacientes, siendo hasta el 80% asintomáticas. La manifestación neurológica más frecuente es el ACV (75,7%). Este puede ser el debut, lo cual puede conllevar un retraso en el diagnóstico y un aumento de la morbilidad. El riesgo mayor ocurre en las dos primeras semanas después del diagnóstico e inicio de tratamiento. El diagnóstico se realiza mediante TAC y/o RMN. El manejo en ocasiones es complejo. Es importante el diagnóstico temprano e inicio de tratamiento antibiótico adecuado. En el ACV isquémico agudo se debe evitar el uso de anticoagulación y trombolisis por el riesgo de hemorragia. Está indicado la trombectomía mecánica, que mejora el pronóstico y además puede apoyar el diagnóstico. La cirugía precoz en paciente de alto riesgo embólico es otro de los pilares del tratamiento y si el ACV no ha producido un daño neurológico grave, la cirugía no debe retrasarse.

Objetivos: Analizar las características y el manejo de los casos de ictus en endocarditis (EI) en un periodo de 7 años (2017-2023) en el Hospital Universitario de Cruces.

Método: Recogimos y analizamos los casos de EI diagnosticados en nuestro hospital según criterios de Duke modificados, con diagnóstico de ictus durante el episodio.

Resultados: Recogimos 21 casos de 207 pacientes con EI. La edad media fue de 74 años, el 57% fueron varones. La adquisición de la EI se consideró comunitaria en 17 casos (80,9%). Los gérmenes aislados fueron *Staphylococcus epidermidis* 7 casos, *Enterococcus faecalis* 3; *Streptococcus gallolyticus* 2, *Staphylococcus aureus* 2; *Staphylococcus haemolyticus* 1, *Streptococcus mitis* 1, *Streptococcus sanguis* 1. En 4 casos no se filió microbiológicamente. De los 21 casos de EI, 10 fueron sobre válvula biológica (47,61%), 2 sobre mecánica (9,5%), 6 nativa (28,5%) y 3 sobre TAVI (14,28%). Las válvulas afectadas fueron la aórtica en 14 casos (66,6%), mitral en 5 casos (23,80%) y ambas (aórtica y mitral) en 2 (9,52%). En 4 casos la EI fue precoz. De los 21 casos en 9 casos (42,85%) el ictus fue el debut. El resto fue en el periodo precoz del tratamiento (2 primeras semanas), excepto 1 caso que ocurrió a los 20 días. En 6 casos se realizó trombectomía mecánica, y en 1 de ellos se colocó un stent. Ninguno recibió trombolisis. 7 pacientes precisaron cirugía de recambio valvular, realizándose de forma urgente en 2 casos y el resto se realizó entre los 14 y 25 días del inicio del tratamiento. De los 21 casos, 10 tenían embolismos en otros territorios. El tiempo que se tardó en diagnosticar la endocarditis desde el ingreso fue de media 8,4 días, en los que debutaron con ictus fue de 9,1. La estancia media hospitalaria

fue de 31 días. La mortalidad a los 6 meses fue de 14,28% (3 pacientes). El 42,85% de los pacientes presentaron secuelas neurológicas.

Conclusiones: En ocasiones la clínica neurológica como debut de EI puede suponer un retraso en el diagnóstico. Es importante tener presente la EI como posible diagnóstico etiológico en pacientes sin factores de riesgo cardiovascular o con prótesis valvulares, que presenten clínica neurológica aguda, sobre todo si existe un contexto infeccioso. No obstante, hay que tener en cuenta que la fiebre está presente en el 77,7% de las EI, por lo que la ausencia de esta no descarta el diagnóstico y debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en el ictus. El diagnóstico y tratamiento precoz de la endocarditis, la trombectomía mecánica y la cirugía de recambio valvular cuando está indicada, son las claves en el manejo de esta complicación.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.010>

C20. INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM CHIMAERA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCARIO



A. Alonso Álvarez*, L. Ramos Merino, S. Cebejal Iglesias, R. Fernández Varela, B. Fernández Pérez, J. Cuenca Castillo, D. Brandariz Núñez, E. Sánchez Vidal, D. Sousa Regueiro, E. Míguez Rey

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
España

Justificación: *Mycobacterium chimaera* ha causado brotes de endocarditis protésica e infección diseminada en todo el mundo tras la contaminación de circuitos de refrigeración de sistemas de circulación extracorpórea (CEC). La morbitmortalidad es elevada y su manejo no está estandarizado. Reportamos nuestra experiencia con 6 casos en el Hospital Universitario a Coruña desde 2014.

Objetivos: Describir los síntomas, diagnóstico, tratamiento y evolución de las infecciones por *Mycobacterium chimaera* en nuestro centro desde 2014 hasta 2024.

Método: Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con infección confirmada microbiológicamente por *Mycobacterium chimaera*. Resultados desde 2014, detectamos 6 infecciones diseminadas por *Mycobacterium chimaera*. Todos varones, con una edad mediana de 75 años (55-78). Todos habían sido sometidos a cirugía con CEC para implante de material intracardíaco y/o intravascular entre 2014 y 2016, con una mediana de 24 meses (10-87) desde la cirugía hasta el inicio de los síntomas y 7 meses (5-18) más hasta el diagnóstico. Los síntomas más frecuentes fueron síndrome general y fiebre (4/5). Un paciente debutó con ruptura de pseudoaneurisma de tubo aórtico. Todos presentaban elevación de transaminasas y/o pancitopenia. El TC detectó hepatoesplenomegalia en 4 casos, espondilodiscitis en 2 y mediastinitis en 1. El ecocardiograma fue normal en 4/5 pacientes. El PET/TC mostraba hipermetabolismo del material implantado en 4/5 casos. *Mycobacterium chimaera* se aisló en medio sólido y líquido en distintas muestras, incluyendo hígado, médula ósea, orina, hueso (esternón, vértebras) y material intravascular explantado. Cuatro pacientes fueron sometidos a cirugía, aunque solo en 2 se extrajo todo el material intravascular. De los otros 2, en uno se recambió solo la prótesis valvular dejando el tubo aórtico *in situ*, y el otro se intervino por espondilodiscitis. Dos precisaron 2 o más reintervenciones. Al inicio se administró una combinación de al menos 4 antibióticos incluyendo macrólido, rifamicina y etambutol. En todos con un seguimiento mayor a 2 meses hubo que hacer cambios debido a toxicidad. Los tratamientos de segunda línea incluyeron moxifloxacino, linezolid, tedizolid, clofacimina y bedaquilina. Tres pacientes fallecieron (al diagnóstico, a los 4 y 18 meses) y otros 3 continúan en seguimiento y con antibioterapia tras 97, 13 y 2 meses.

Conclusiones: La infección por *Mycobacterium chimaera* tiene una elevada morbitmortalidad. La presentación insidiosa y el largo periodo de incubación (hasta 8 años en nuestra serie) dificultan el diagnóstico. El tratamiento antibiótico debe hacerse en combinación y de forma supresiva, a costa de importante toxicidad. Aunque el pequeño tamaño de nuestra serie no permite extraer conclusiones firmes, parece que la cirugía se asocia a mayor supervivencia, siendo preciso en ocasiones varias intervenciones.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.011>

C21. DEFINICIÓN DE ENDOCARDITIS PROTÉSICA

PRECOZ

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL



J. Calderón-Parra^a, G. Cuervo Requena^b, F. Escrihuela Vidal^c, P. Muñoz^d, A. Estévez^d, Á. Pedraz^d, M.Á. Rodríguez Esteban^e, R. Rodríguez^e, M.C. Fariñas^f, J.M. Miró^b, M.Á. Goenaga^g, J. Goikoetxea^h, A. de Alarcónⁱ, A. Plata^j,

A. Ramos Martínez^{a,*}, investigadores del Grupo GAMES

^a Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

^b Hospital Clínic, Barcelona

^c Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

^d Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

^e Hospital Central de Asturias, Oviedo

^f Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

^g Hospital Universitario Donostia, San Sebastián

^h Hospital Universitario de Cruces, Bilbao

ⁱ Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

^j Hospital Regional de Málaga

Justificación y objetivos: El perfil clínico y el tratamiento antimicrobiano empírico de la denominada endocarditis protésica (EP) precoz (EPP) no están adecuadamente descritos. Los diferentes períodos considerados para definir la EPP pueden guardar relación con este problema. El objetivo fue identificar el periodo temporal tras la implantación valvular que se asocie con características clínicas habitualmente consideradas propias de la EPP (etiología nosocomial, complicaciones perivalvulares y mayor mortalidad hospitalaria).

Método: Análisis de una cohorte prospectiva multicéntrica (GAMES) considerando los pacientes con EPP diagnosticados entre enero de 2008 y diciembre de 2022. Se excluyeron aquellos pacientes con afectación exclusiva de implante transcatéter de válvula aórtica (TAVI) dispositivos cardíacos de electroestimulación cardíaca.

Resultados: Durante el periodo de estudio se detectaron 1.305 pacientes con EP. Durante los primeros 4 meses se detectaron 291 pacientes (22,3%), 68 pacientes (5,2%) entre el 4.^º-6.^º mes, 122 pacientes (9,3%) entre el 7.^º y 12.^º mes y 826 pacientes (63,3%) partir del primer año. La mediana de tiempo tras la implantación valvular fue de 25 (5-91) meses. Las diferencias más acusadas se obtuvieron cuando se compararon pacientes diagnosticados en los primeros 4 meses con los detectados a partir del 5.^º mes (tabla). Se observaron diferencias en la etiología: estafilococos coagulasa negativos (ECN) 149 pacientes (51,2%) frente a 284 pacientes (28%; $p < 0,001$), estreptococos 16 pacientes (5,5%) frente a 244 pacientes (24,1%) y *Candida* spp. 14 pacientes (4,8%; $p < 0,001$) frente a 10 (1,9%; $p = 0,005$), en las complicaciones intracardiacas 155 pacientes (53,3%) frente a 395 pacientes (39%; $p < 0,001$), [pseudoaneurisma] 44 pacientes (15,1%) frente a 102 pacientes (10%; $p = 0,016$, absceso perivalvular 123 pacientes (42,3%) frente a 322 pacientes



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

