

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 tromboectomía 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 TERCIARIO

A. Alonso Álvarez*, L. Ramos Merino,
S. Cebeal 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 morbilidad 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 intracardiaco 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 morbilidad. 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. Escribuela 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 Donosti, 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 periodos considerados para definir la EPP pueden guardar relación con este problema. El objetivo fue identificar el periodo temporal tras la implantación valvular que se asocia 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 transcáteter de válvula aórtica (TAVI) dispositivos cardiacos de electroestimulación cardiaca.

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 102 pacientes (10%; $p = 0,016$], absceso perivalvular 123 pacientes (42,3%) frente a 322 pacientes



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es