

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 hepatosplenomegalia 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, cloxacimina 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

(31,8%; $p=0,003$) y en la mortalidad intrahospitalaria 114 pacientes (39,2%) frente 316 pacientes (31,2%; $p=0,10$). Estas diferencias fueron algo menos acusadas cuando se compararon los pacientes diagnosticados antes y después del 6.º mes tras la cirugía valvular. Sin embargo, en el caso de ECN la mayor diferencia entre periodos se observó a los 6 meses. El número de pacientes durante los primeros 6 meses fue de 186 pacientes (52,1%) frente a 247 pacientes (26,1%; $p<0,001$) entre el 7.º y 12.º mes. En el caso de *Candida* spp. la mayor diferencia se observó entre el periodo 7-12 meses 6 pacientes (4,9%) y > 12 meses 10 pacientes (1,2%; $p=0,003$). Similares resultados se obtienen cuando se comparan el primer año con los casos diagnosticados después del primer año: 23 pacientes (4,8%) frente a 10 pacientes (1,2%; $p<0,001$).

Variables (%)	Antes 4 meses (291)	Después 4 meses (1014)	p
Edad. Mediana (IQR)	71 (63-77)	71 (63-78)	0,605
Género masculino	194 (66,6)	680 (67,0)	0,900
Aórtica	233 (80,1)	702 (69,2)	<0,01
Mitral	99 (34,0)	402 (39,6)	0,082
Charlson ajustado por edad.	5 (3-6)	5 (3-7)	0,028
Mediana (IQR)			
<i>S. aureus</i>	40 (13,7)	168 (16,6)	0,246
SCN	149 (51,2)	284 (28,0)	<0,01
<i>Enterococcus</i>	49 (16,8)	166 (16,4)	0,850
<i>Streptococcus</i>	16 (5,5)	244 (24,1)	<0,01
<i>Candida</i>	14 (4,8)	19 (1,9)	0,005
Adquisición nosocomial	238 (81,8)	262 (25,8)	<0,01
Vegetación presente	184 (63,2)	708 (69,8)	0,033
Complicaciones intracardiacas	155 (53,3)	395 (39,0)	<0,01
Perforación o rotura	15 (5,1)	33 (3,2)	0,129
Pseudoaneurisma	44 (15,1)	102 (10,0)	0,016
Absceso	123 (42,3)	322 (31,8)	0,003
Fistula intracardíaca	15 (5,1)	46 (4,5)	0,660
Indicación QX	232 (79,7)	735 (72,5)	0,029
Indicación y no QX	84 (28,9)	265 (26,1)	0,353
Cirugía	148 (50,9)	477 (47,0)	0,250
Exitus intrahospitalario	114 (39,2)	316 (31,2)	0,010
Exitus al año	129 (44,3)	364 (35,8)	0,009
Recidiva EI	15 (5,2)	39 (3,8)	0,323

Conclusiones: La incidencia de EPP disminuye con el tiempo desde la implantación. Los primeros 4 meses desde la implantación en comparación con el resto de tiempo fue el periodo que muestra las mayores diferencias en relación con la etiología, las complicaciones intracardíacas y la mortalidad hospitalaria.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.012>

C22. EFICACIA IN VITRO DE LAS NUEVAS COMBINACIONES ORALES EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA EI ESTAFILOCÓCICA



M.A. Cañas ^a, N. Fernández ^b, I. Montero ^b, J. García-González ^a, G. Cuervo ^a, M. Hernández-Meneses ^a, C. Falces ^a, A. Moreno ^a, J.M. Miró ^{a,c}, C. García de la Mària ^{a,*}, Grupo de estudio de la endocarditis del Hospital Clínic

^a Hospital Clínic-FCRB-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

^b Departamento de Microbiología, Genética y Estadística, Universidad de Barcelona

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III

Justificación: El ensayo clínico POET (Iversen, NEJM 2019) demostró la no inferioridad en eficacia y seguridad de la terapia de consolidación oral frente a la terapia intravenosa hospitalaria en pacientes con EI seleccionados. Sin embargo, la elección de las combinaciones orales en ese ensayo clínico no tuvo en cuenta la

actividad farmacodinámica de las combinaciones, lo que podría suponer una limitación.

Objetivos: Evaluar *in vitro* la actividad de las combinaciones de antibióticos más utilizadas en el ensayo POET frente a cepas seleccionadas de *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis* meticilín-sensibles (SASM, SESM) y resistentes (SARM, SERM) respectivamente.

Método: De la colección de aislados de *S. aureus* y de *S. epidermidis* de pacientes diagnosticados de EI del Hospital Clínic de Barcelona en el periodo 2010-2019, se seleccionaron cepas representativas de los perfiles de sensibilidad más frecuentes. Las concentraciones mínimas inhibitorias (CMI) y bactericidas (CMB) para los antibióticos estudiados se realizaron mediante el método de microdilución en caldo. Se estudiaron las siguientes combinaciones: moxifloxacino (MOX) más rifampicina (RIF), linezolid (LIN) o tedizolid (TED) más MOX o RIF. El estudio de sinergia se llevó a cabo utilizando curvas de letalidad con dos inóculos diferentes: estándar (IS: 10⁵ UFC/ml) y elevado (IA: 10⁸ UFC/ml). Los antibióticos se estudiaron a concentración de 1 xCMI.

Resultados: El estudio de sinergia (tabla) mostró que a IS la combinación de LIN + RIF mostró sinergia o aditividad en 5/5, 4/4 y 2/6 de las cepas SASM, SARM y SERM respectivamente. TED + RIF mostró sinergia o aditividad en todas las cepas de *S. aureus* y en 2/6 SERM. Ninguna combinación estudiada fue activa frente a SESM. Las combinaciones de LIN o TED + MOX presentaron actividad antagonista en 3/5 y 2/5 cepas respectivamente frente a SASM y fueron indiferente en el resto de casos. Cuando se testaron las oxazolidinas con RIF se previno la aparición de resistencia a la RIF en todos los aislados recuperados a las 24 h excepto en aquellas que eran originalmente resistentes a la RIF (1 cepa SESM y 2 cepas SERM) y en una cepa SERM originalmente sensible y que frente al IE desarrolló aislados resistentes en la combinación.

Especie	LIN + MOX		LIN + RIF		TED + MOX		TED + RIF		RIF + MOX	
	IS*	IA†	IS*	IA†	IS*	IA†	IS*	IA†	IS*	IA†
Inóculo										
SASM, n=5	Ant (3/5)	ND	Adt (5/5)	Ind	Ant (2/5)	ND	Sin (5/5)	Ind	Ind	Ind
SARM, n=4	Ind	ND	Sin 4/4	Ind	Ind	ND	Adt/Sin (5/5)	Ind	Ind	Ind
SESM, n=4	Id	ND	NT	NT	Ind	ND	Ind	ND	Ind	ND
SERM, n=6	Ind	ND	Adt 2/6	Adt 2/6	NT	NT	Adt 2/6	Sin 2/6	NT	NT

Actividad de la combinación: Ind: indiferente; Adt: aditiva; Sin: sinérgica; Sin + Bact: sinérgica y bactericida; Ant: antagonista; ND: si la combinación fue indiferente a IS no se testó a IA; NT: no testado.

* IS = 10⁵ ufc/ml.

† IE = 10⁸ ufc/ml.

Conclusiones: Las combinaciones de LIN o TED con RIF (a IS) fueron las más efectivas frente a SASM, SARM y SERM. Sin embargo, al probarlas con IA, la eficacia se perdió en todos los casos, excepto frente a SERM.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.013>

C23. SENSIBILIDAD DE LA LISINA EXEBACASE EN ESTAFILOCOCOS COAGULASA NEGATIVA AISLADOS EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS



C. García de la Mària ^{a,*}, M.A. Cañas ^a, J. García-González ^a, G. Cuervo ^a, M. Hernández-Meneses ^a, A. Perissinotti ^a, B. Vidal ^a, E. Quintana ^a, J. Llopis ^a, A. Moreno ^a, J.M. Miró ^{a,b}, Grupo de estudio de la endocarditis del Hospital Clínic

^a Hospital Clínic-FCRB-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Justificación: El tratamiento de las infecciones graves como la endocarditis infecciosa (EI), causadas por ECN (principalmente *Staphylococcus epidermidis* meticilín-resistentes [SERM]), repre-



BIO MED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es

