C09. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LOS AÑOS 2008 Y 2022 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N. Ruiz-Alonso*, C. González-Rico, M. Gutiérrez-Cuadra, M. Cobo Belaustegui, J.F. Gutiérrez-Díez, J.A. Sarralde Aguayo, M.C. Fariñas Álvarez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Justificación: La constante evolución temporal de la epidemiología, presentación y curso clínico de la endocarditis infecciosa (EI) condiciona la adecuación del diagnóstico y abordaje clínico de los casos, comprometiendo el pronóstico de los pacientes.

Objetivos: Analizar las diferencias en las características de los casos de EI tratados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el año 2008 y el año 2022.

Método: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EI que ingresaron en nuestro centro entre el 01/01 y el 31/12 de los años 2008 y 2022. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y microbiológicas. Se utilizaron las pruebas t de Student o U de Mann Whitney para la detección de diferencias significativas en variables cuantitativas y la prueba chi^2 para variables categóricas.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes del año 2008: la edad media fue 61,7 ± 16,8 años, el 54,2% fueron mujeres y el Índice de Charlson ajustado 3,5 ± 2,2. La localización más común de infección fue la válvula mitral (66,7%) seguida de la aórtica (44,4%) y de marcapasos (5,6%). El 91,7% de los pacientes presentaba uno o más factores de riesgo de EI (episodio previo de EI, presencia de prótesis o dispositivos vasculares, intervención valvular, cardiopatía predisponente, uso de drogas por vía parenteral y cirugía orofaríngea en el mes previo), siendo el más habitual la presencia de válvulas protésicas (VP) (70,8%). En el 20,8% de los casos se aisló *Staphylococcus aureus*, en el 20,8% estafilococos coagulasa negativos (SCN), en el 20,8% *Streptococcus* spp., en el 12,5% *Enterococcus* spp. y en el 29,2% de los casos se detectaron otros microorganismos. No se filió la etiología microbiológica en el 8,3% de los casos. En el año 2022 se incluyeron 33 pacientes; la edad media fue 67,8 ± 18 años, el 54,6% fueron mujeres y el Índice de Charlson de 4,5 ± 2,5. Las localizaciones principales fueron la válvula aórtica (53,6%), mitral (42,9%) y marcapasos (10,7%). El 63,6% de los pacientes presentaba uno o más factores de riesgo de EI, siendo el 57,6% portadores de VP. El 24,2% de los casos presentaron crecimiento de *S. aureus,* el 18,2% de SCN, el 24,2% de *Streptococcus* spp., el 18,2% de *Enterococcus* spp. y en un 6% se identificaron otros microorganismos. Los casos sin filiación microbiológica constituyeron el 15,2%. Se observó un aumento estadísticamente significativo de casos de endocarditis sobre válvula nativa (EVN) (29,2 vs. 57,6%; $p < 0,05$), así como de pacientes sin factores de riesgo previos para EI (8,3 vs. 36,4%; $p < 0,05$). La mortalidad es menor en el año 2022, aunque no alcanza la significación estadística (29,2 vs. 18,2%; $p = 0,3291$).

Conclusiones: Las características demográficas de los pacientes, la mortalidad y la filiación microbiológica en ambos grupos fueron similares. El número de pacientes sin factores de riesgo previos para EI ha sido mayor en el año 2022 frente al año 2008, aumentando significativamente la incidencia de EVN.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.018

C10. ESTRATEGIA DE ABORDAJE HÍBRIDA EN ENDOCARDITIS VALVULAR TRICÚSPIDE POR ELECTRODO DE MARCAPASOS

O. Leal Fernández*, Á. Granda Bauza, D. Sánchez Valenzuela, J. Ramírez Batista, M.P. Benito Martinez, J. Abril Victorino, E. Corral Armas, L.J. Alonso Pérez

Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España

Justificación: El uso de dispositivos de electroestimulación cardiacos (DEIC) ha aumentado, en paralelo a la necesidad de su extracción por infección, requiriendo el uso de diferentes estrategias para minimizar posibles complicaciones.

Objetivos: Describir la estrategia terapéutica en las endocarditis sobre cable de marcapasos (MCP) asociada a endocarditis sobre válvula tricúspide.

Método: Mujer, 76 años. Neoplasia de mama recibió Qx, Rt y Qt. Marcapasos definitivo DDDR en (2016) por enfermedad del nodo sinusal. Ingreso agosto 2024 por neumonía derecha, bacteriemia con hemocultivos (+) *S. aureus,* ritmo basal FA. Inicio antibiótico: 4/08/24 daptomicina + cefazolina, por persistencia de bacteriemia se cambia cefazolina a ceftarolina. ETE inicial y de control a las 72 h: vegetación sobre cable de marcapaso de 1 × 3 mm que progresa a 5 × 6 mm, y otra sobre el velo posterior de válvula tricúspide (VT) de 9 × 18 mm aumentando a 15 × 16 mm, que causan IT ligera-moderada. PET: signos artritis séptica con afectación axial en columna cervical y periférica en diferentes articulaciones, asociado a lesiones tipo émbolos sépticos pulmonares. En sesión médico-qx 12/08/2013 se decide cirugía urgente. Extracción completa percutánea de los electrodos de MCP con vainas mecánicas rotacionales bajo control radioscópico y ETE, con implante profiláctico de balón Brige® de control de vena cava superior. Posteriormente se pasa a abordaje abierto. Esternotomía, entrada en CEC sin clampaje aórtico, verruguectomía con resección parcial de velo posterior y reparación de VT. ETE intraoperatorio sin IT residual. Posoperatorio en UCI con soporte vasopresor las primeras 72 h, sin fracaso orgánico. Dada de alta de UCI a los 9 días postoperatorio. Se mantiene afebril, se desescala ATB a cefazolina a los 10 días postcirugía, hasta completar 6 semanas. Cultivos de quirófano negativos y PCR (+) *S. aureus*. Sin necesidad de implante de nuevo dispositivo de estimulación cardiaca. Evolución favorable sin incidencias.

Resultados: La extracción de los DEIC, puede derivar a complicaciones debido a la presencia de fibrosis entre los cables y el endotelio vascular, la cual está directamente relacionada con el tiempo de implantación del dispositivo. La técnica de extracción puede variar según cada paciente, desde la extracción manual, vainas telescópicas mecánica, vainas con energía y/o extracción quirúrgica. Las complicaciones mayores rondan el 2-4%: taponamiento cardiaco, laceración de vasos, insuficiencia tricúspide y muerte; aunque la embolización también es una preocupación. La mortalidad hospitalaria según estudio LexiCon 1.449 pacientes, fue de 1,86% aumentando a 4,3% cuando están asociada a endocarditis. Entre 5-10% desarrollan insuficiencia tricúspidea traumática posextracción de dispositivos. En cuanto a las embolias pulmonares sépticas son más probables en pacientes con vegetaciones de > 1 cm de forma globular y se asocian con un mayor riesgo de mortalidad global.

BIOMED
unidix
Especialistas
en cirugía
cardiovascular
desde 1977 al cuidado de tu salud
91 803 28 02
info@biomed.es