C17. UNA VÁLVULA PULMONAR CON MUCHA HISTORIA. A PROPÓSITO DE UN CASO, ENDOCARDITIS SOBRE PRÓTESIS DE VÁLVULA PULMONAR EN PACIENTE CON FALLOT

E. García Fernández*, A. Cano Pérez, L. Artiñano Mendizábal

Hospital Universitario de Cruces, Bilbao, España

Justificación: Cada vez más pacientes con cardiopatía congénita alcanzan la edad adulta. En la tetralogía de Fallot operada, los problemas de mayor impacto sobre la longevidad se relacionan con insuficiencia de la válvula pulmonar, disfunción del ventrículo derecho y arritmias auriculares o ventriculares. Además, una complicación que pueden presentar es la endocarditis infecciosa.

Objetivos: A través de un caso, nuestro objetivo es mostrar distintas formas de presentación clínica, métodos diagnósticos, decisiones terapéuticas y complicaciones, que puede presentar un paciente con endocarditis infecciosa sobre válvula pulmonar protésica.

Método: Se describen 3 episodios de endocarditis presentada por nuestro paciente, con sus peculiaridades. La primera por *S. capitis* con tratamiento quirúrgico, la segunda sin diagnóstico microbiológico con tratamiento conservador prolongado y la tercera endocarditis persistente por *Coxiella* con tratamiento quirúrgico y antibiótico prolongado.

Resultados: Varón, 27 años, Tetralogía de Fallot. Primera cirugía 1998 (18 m), cierre de CIV y ampliación del tracto de salida de VD. En 2006 (9 años y 10 meses) reintervenido por insuficiencia pulmonar severa, interposición de Contegra n.° 22. Evolutivamente degeneración Contegra, doble lesión pulmonar, con insuficiencia grave. Cateterismo cardiaco febrero 2015: dilatación aneurismática Contegra (60 mm), IP grave. Junio 2016, tercera cirugía, implantación de prótesis biológica inyectable Biopulmonic n.° 27. Enero 2017 ingresa por endocarditis sobre prótesis biológica pulmonar: verruga de 2 cm con DLP grave, con émbolos sépticos pulmonares. Hemocultivos repetidos negativos, fiebre persistente. Tratamiento antibiótico 6 semanas (vancomicina + gentamicina y daptomicina después), empíricamente asociado a ceftriaxona y después a meropenem, y posteriormente con linezolid, y en febrero de 2017 cuarta cirugía, recambio de tubo valvulado, Biopulmonic 23 mm. Micro de la bioprótesis retirada positiva para estafilococo *capitis*, manteniéndose tratamiento con daptomicina, 6 semanas. En controles, gradientes elevados, implantándose en junio de 2019, de forma percutánea, prótesis biológica Melody. En mayo 2020, fiebre y estenosis severa de la prótesis pulmonar, con vegetación de 2 mm. En PETTAC captación leve sobre prótesis pulmonar que sugiere actividad secundaria a presencia de cuerpo extraño. Hemocultivos negativos, y sin nueva fiebre. Tras descartar por TAC trombosis intraprotésica, en julio de 2020 valvuloplastia pulmonar; tras esta, fiebre y tiritona. Se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona y daptomicina. En PET-TAC persiste captación focal sobre prótesis pulmonar, así como embolismos sépticos pulmonares. En ETT prótesis con engrosamiento difuso de velos e importante restricción de la movilidad, con ligero aumento de gradientes respecto al ecocardiograma inmediato posdilatación. Se mantiene antibioterapia con ceftriaxona + daptomicina hasta 6 semanas, hemocultivos repetidos negativos. En revisiones asintomático, con rifampicina + levofloxacino. En nuevo PET-TAC de control, persistencia de la captación de prótesis pulmonar, con desaparición de las lesiones pulmonares. Se mantiene rifampicina y levofloxacino 6 meses. En ETT de noviembre 2020 engrosamiento, prolapso y disminución de la movilidad de velos válvula pulmonar, aumento de gradiente y pequeña vegetación, manteniendo antibioterapia. En PET- TAC en enero, clara mejoría captación valvular, se pasa a tratamiento con minocilina indefinido. Octubre 2021 Melody pulmonar con engrosamiento del *stent*, velos y *flail* de velo posterior, así como vegetaciones. Se decide nueva cirugía. Quinta cirugía, marzo de 2022, recambio valvular implantando prótesis biopulmonic 25 inyectable. Tratamiento antibiótico con daptomicina + ceftriaxona inicialmente, después confirmación microbiológica de endocarditis por *Coxiella burnetti*, PCR positiva en material de explante y serología positiva a título > 6.400 IgG fase I; IgM fase I negativo, IgG fase II positivo > 6.400; iniciando tratamiento con doxiciclina e hidroxicloroquina, mantenido 2 años.

Conclusiones: Son muchas las complicaciones que puede presentar un paciente con cardiopatía congénita y la endocarditis infecciosa es una de ellas. Es importante tenerla en mente ante un paciente de estas características con fiebre sin foco. Dependiendo de la evolución y etiología el manejo es muy distinto.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.024

C19. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.P. Egea Arias*, L. Ramos Merino, R. Fernández Varela, A. Alonso Álvarez, B. Pernas Souto, M.D. Sousa Regueiro, L. Gutiérrez Fernández, E. Miguez Rey, E. Sánchez Vidal

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, España

Justificación: Las cardiopatías congénitas (CC) son malformaciones cardiacas estructurales que predisponen a endocarditis infecciosa (EI). Dada la mejoría en el manejo terapéutico, más pacientes llegan a la edad adulta, observándose un aumento en la prevalencia de este tipo de infección.

Objetivos: Valorar las características clínicas y microbiológicas, así como el pronóstico de los pacientes con CC que desarrollan EI.

Método: Estudio observacional retrospectivo de 22 pacientes con diagnóstico de EI sobre CC del área sanitaria de A Coruña entre 2014-2024. Se recogieron variables clínicas, microbiológicas y terapéuticas. Se realizó un análisis estadístico mediante SPSS (IBM Statistics, v.20).

Resultados: De los 22 pacientes analizados, la mitad eran mujeres, con una edad media 38 años ± 23 años (1-82 años). Las comorbilidades más frecuentes: hipertensión, tabaquismo y enfermedad renal crónica. Las cardiopatías congénitas más frecuentes fueron válvula aórtica bicúspide (27,3%), defecto del septo ventricular (13,6%) y tetralogía de Fallot (13,6%), siendo otras, como el foramen oval permeable, menos frecuentes. Según los criterios de Duke modificados de 2023 se diagnosticó de EI definitiva al 68,2% (15), siendo la mayoría de adquisición comunitaria (90,9%, 20). La fiebre fue el principal síntoma (68,2%), seguida del síndrome general (40,9%). Los microorganismos más frecuentemente aislados en los hemocultivos fueron los cocos gram positivos (CGP; 86,3%, 19), como *Staphylococcus aureus* meticilín sensible (18,2%), *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (4,5%), *Streptococcus mitis* (18,2%), Staphylococcus coagulasa-negativos (18,2%). Se realizó un ecocardiograma transtorácico en todos los pacientes (45,5% diagnóstico, 10), un ecocardiograma transesofágico en el 68,2% (50% diagnóstico, 11) y PET-TC en el 27,3% (6). Las válvulas cardiacas más afectadas fueron las izquierdas en un 45,5% (10), con afectación aórtica en el 36,4% y mitral en el 9,1%, seguida de la pulmonar (36,4%). El 40,9% (9) eran protésicas. Se inició antibioterapia precoz en todos los pacientes, con una duración media de 36 días ± 18,7 días. Se realizó paso a vía oral en 6 pacientes (27,3%) a los 21,4 días ± 12,6 (7 a 41 días). 7 (31,8%) pacientes tuvieron que ser operados. De todos los

pacientes, solamente falleció 1 (4,5%) por *shock* séptico y 2 (9,1%) recidivaron en los primeros 90 días, el resto se curaron (81,8%).

Conclusiones: La incidencia de la endocarditis infecciosa en pacientes con cardiopatías congénitas está en aumento en los últimos años. La mortalidad observada en nuestra cohorte es menor a la documentada en EI en pacientes sin CC, dato superponible a lo descrito en la literatura, que podría estar en relación con una menor edad media y menor comorbilidad.

https://doi.org/10.1016/j.circv.2025.01.025

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