

el diagnóstico etiológico cuando no se disponen de hemocultivos o son negativos.

- La PCR del gen 16S es insuficiente para diferenciar *Streptococcus* spp. a nivel de especie.
- En un caso hemos podido detectar ADN bacteriano tras años de un episodio de EI.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.016>

Uso del linezolid en endocarditis: Revisión de 116 casos de la literatura



S. de la Villa^a, P. Muñoz^{a,*}, M. Valerio^a,
M.E. García Leoni^b, M. Martínez-Sellés^c,
H. Rodríguez-Abella^d, A. González-Mansilla^e,
E. Bouza^a

^a Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

^c Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

^d Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

^e Servicio de Ecocardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Correo electrónico: pmunoz@hggm.es (P. Muñoz).

Justificación: El linezolid (LNZ) es un fármaco bacteriostático y muy activo frente a grampositivos. Su elevada biodisponibilidad y excelente penetración tisular lo sitúan como tratamiento de primera línea en neumonía nosocomial e infecciones de piel y partes blandas. Existe poca información sobre su uso en endocarditis infecciosa (EI) y en las guías está considerado como un tratamiento de segunda elección en EI por estafilococos o enterococos resistentes.

Objetivo: Revisar la literatura existente acerca del uso de LNZ en EI incluyendo todos los casos publicados hasta 2017.

Método: Revisión de los artículos publicados de EI en los que se utilizó LNZ hasta mayo de 2017. Criterios de inclusión: descripción detallada del caso y tratamiento con LNZ al menos durante 7 días. Se ha realizado un estudio individualizado de cada caso incluyendo variables epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y evolutivas. Se analizaron particularmente las indicaciones y tolerancia de LNZ y los tratamientos antimicrobianos, previos o concomitantes. Se estudió la mortalidad al alta y al año cuando estaba disponible.

Resultados: Se seleccionaron 107 publicaciones, de las cuales se analizaron finalmente las 45 que cumplían los criterios de inclusión y que corresponden a 116 casos de EI tratadas con LNZ. La edad media de los pacientes fue de 60 años; el 61% eran varones. El 80,2% de las EI presentaban afección de válvulas izquierdas y un 25% de los casos correspondieron a EI protésicas. Los microorganismos más frecuentes aislados fueron estafilococos (51,7%) y enterococos (28,4%). El 93% de los pacientes recibió uno o varios ciclos de tratamiento antibiótico previo, siendo la vancomicina el antibiótico que con mayor frecuencia se administró previamente. La duración de los tratamientos previos al LNZ se conocía en 55 casos, obteniéndose una media de 25,8 días. Los motivos por los que se indicó LNZ fueron: fracaso (clínico y/o microbiológico) de los tratamientos previos (47,6%), presencia de intolerancia, alergia o toxicidad (34,5%), terapia secuencial (9,3%) y como tratamiento inicial (7,4%). La duración media del tratamiento con LNZ fue de 28 días. El 63% de los casos recibió tratamiento concomitante, siendo la rifampicina el antibiótico más frecuentemente asociado. La indicación quirúrgica se estableció en 77 casos, realizándose en 22 (28,5%). El 12% de los casos presentó toxicidad hematológica asociada al uso de LNZ.

No se documentó ningún caso de toxicidad neurológica. En 8 casos (6,8%) hubo que suspender el tratamiento con LNZ (5 casos por fracaso clínico y 3 por trombocitopenia severa). La supervivencia en el momento del alta hospitalaria fue del 82% y al año de seguimiento, del 67,5%. La media del seguimiento de los pacientes (disponible en 74 casos) fue de 23 meses.

Conclusiones: Pese a las limitaciones de esta revisión de la literatura, linezolid puede ser utilizado como alternativa terapéutica en pacientes con endocarditis infecciosa no tratable con antibióticos de primera línea. Tanto su eficacia como su tolerancia han resultado satisfactorias en estas circunstancias.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2017.12.017>

Análisis de una cohorte de pacientes con endocarditis infecciosa tratados con linezolid



P. Muñoz^{a,*}, P. de la Villa^a, V. Ramallo^a,
C.A. Mestres^b, M.A. Goenaga^c, X. Kortajarena^c,
C. Hidalgo-Tenorio^d, S.E. de Jesús^d, M.C. Fariñas^e,
I. Antorrena^f, M.A. Rodríguez-Esteban^g,
L. Castelo^h, E. García-Vázquezⁱ, A. Ramos^j,
E. Bouza^a, en nombre de GAMES (Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis en España)

^a Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

^b Cleveland Clinic Abu Dhabi

^c Hospital de Donosti, San Sebastián

^d Hospital Virgen de las Nieves, Granada

^e Hospital Marqués de Valdecilla, Santander

^f Hospital Universitario La Paz, Madrid

^g Hospital Central de Asturias, Oviedo

^h Complejo Hospitalario de A Coruña, A Coruña

ⁱ Hospital Universitario de Arrixaca, Murcia

^j Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

Correo electrónico: pmunoz@hggm.es (P. Muñoz).

Justificación: Linezolid (LNZ) se considera una alternativa terapéutica en endocarditis infecciosa (EI) causada por estafilococos y enterococos resistentes. Desafortunadamente, la literatura disponible es escasa y generalmente en forma de casos clínicos.

Objetivo: Analizar y comparar la evolución de los casos tratados con LNZ frente a los tratados con otros regímenes en la cohorte GAMES de EI.

Método: Cohorte prospectiva de 34 hospitales españoles desde 2008 a 2016. En primer lugar, se compararon los casos de EI tratados con LNZ y con otros fármacos. Posteriormente se seleccionaron los pacientes que habían recibido monoterapia con LNZ (otro antibiótico menos de 7 días), y se buscaron controles emparejados mediante la técnica de *propensity score* (PS). Se analizaron la tolerancia, las recaídas y la mortalidad intrahospitalaria, al año y global.

Resultados: A partir de una cohorte de 3.467 pacientes se identificaron 295 casos (T-LNZ) y 3.172 controles (no-LNZ). Los pacientes recibieron LNZ bien como tratamiento empírico (33), dirigido (221) o al alta (41). El 80,6% de los pacientes tratados LNZ recibían simultáneamente otros fármacos. La mediana de duración del tratamiento con LNZ fue 42 días (26-50) vs 36 (25-44) en controles.

Las características epidemiológicas de ambas poblaciones diferían significativamente en algunos aspectos. Los pacientes tratados con LNZ tenían más insuficiencia renal (34% vs 24%) y cardíaca (44% vs 32%) y menos endocarditis izquierda (67% vs 83%) o sobre válvula natural (49% vs 62%). La adquisición era fundamentalmente nosocomial o RAS (52% vs 37%) y predominaban los estafilococos (58% vs 38%). Sufrieron también más complicaciones como deterioro renal (47% vs 35%), bacteriemia persistente (16% vs 11%) o shock séptico