

La edad media de los pacientes fue de 73,2 años (IC 95% 64,7-81,6). Un 56,3% de los pacientes tenían una valvulopatía de base y el 50% tenían un antecedente de neoplasia.

La endocarditis se produjo sobre válvula nativa en el 75% de los casos. Por localización, en un 43,8% de los casos fue sobre válvula aórtica, 35,5% mitral, 12,5% tricúspide y 6,3% sobre cable de marcapasos. El origen de la endocarditis fue comunitario en un 93% de los pacientes.

Desde el punto de vista microbiológico la mediana de número de hemocultivos positivos fue de 4 (IQR 4-4), con una mediana de tiempo de positividad de 14 horas (IQR 9,5-19,5). En 15 de los 16 pacientes (93,8%) el germen causante era sensible a penicilina.

La ecocardiografía transtorácica fue diagnóstica en un 62,5% de los casos. Como complicaciones, el 62,5% de los casos presentaron embolismos y también un 62,5% complicaciones perivalvulares. Un 25% de pacientes desarrollaron insuficiencia renal y un 6,3% shock séptico en el contexto del cuadro de endocarditis.

Se optó por tratamiento quirúrgico en un 43,8% de los pacientes. La mortalidad hospitalaria fue del 18,8%.

Conclusión: En nuestro medio, las endocarditis por gérmenes gram positivos no *Staphylococcus* se produjeron mayoritariamente sobre válvula nativa izquierda, en la mitad de los casos con una valvulopatía de base conocida, y presentaron elevada incidencia de complicaciones asociadas. No objetivamos problemas de resistencia a penicilina.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.044>

P-24

Cuando no es posible seguir la guías

J.T. Solera, A. Sabin, L. Domínguez, S. de Cossio, A. Reyes, F. Galván, M.A. Orellana, M.J. López-Gude, P. Pilkintong, F. López-Medrano



Introducción: De entre todas las indicaciones de cirugía en la endocarditis infecciosa, la invasión paravalvular es una de las más aceptadas, ya que estos pacientes presentan gran mortalidad y en escasas ocasiones se logra la curación con tratamiento antibiótico aislado, mientras que los procesos reconstructivos complejos han demostrado una supervivencia del 80%.

Sin embargo, hasta un 15-20% de pacientes con endocarditis sobre válvula protésica, pese a tener indicación de tratamiento quirúrgico, no se operan por rechazo o por inoperabilidad de este.

Objetivos: Reportar un caso interesante de curación con tratamiento antibiótico con dalbavancina en un paciente con endocarditis sobre válvula protésica por *Enterococcus faecalis* con absceso paravalvular de gran tamaño.

Material y métodos: Información clínica y pruebas diagnósticas obtenidas de base de datos propia del Hospital Universitario 12 de Octubre.

Resultados y conclusión: Varón de 70 años con antecedentes de prótesis mecánica aórtica por doble lesión desde 1993 con necesidad de cierre de fístula aorto-cutánea, así como de recambio por dehiscencia de la prótesis en 1995.

Ingresa por traumatismo craneoencefálico tras episodio sincopal, objetivándose bloqueo AV completo en ECG. Durante su ingreso presenta fiebre, creciendo en los hemocultivos (HC) *Enterococcus faecalis*, por lo que se inicia tratamiento con ampicilina y ceftriaxona. Se realiza ecocardiograma que muestra engrosamiento a nivel posterior de anillo aórtico, fibrosa mitroaórtica y de la base del velo anterior mitral sugerente de flemón. Visualizando verruga en la prótesis aórtica.

Ante la presencia afectación local avanzada se presenta el caso en sesión médico-quirúrgica. Desestimándose la cirugía dado el historial quirúrgico previo y la alta complejidad técnica.

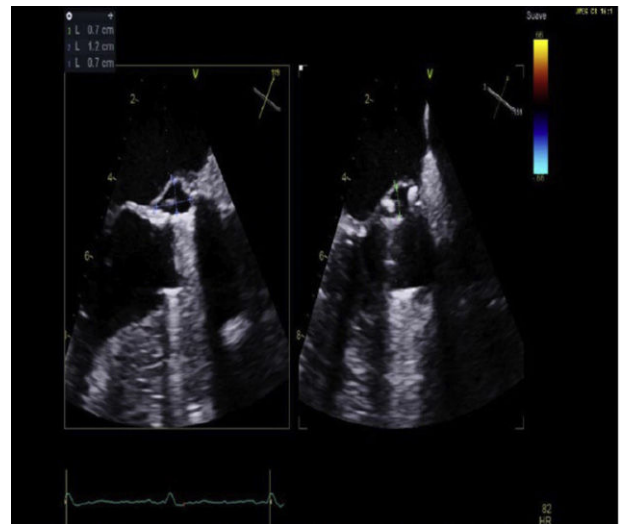
Se realiza un control ecográfico tras 2 semanas de antibioterapia que objetiva progresión con aparición de leak perivalvular aórtico, condicionando insuficiencia aórtica ligera, desaparición de la verruga aórtica y aparición de una verruga mitral. En este contexto se decide añadir tigeciclina (por mejor penetración en tejidos blandos).

Durante la sexta semana de antibioterapia, se realiza nuevo eco transesofágico (ETE), que observa abscesificación a nivel de anillo aórtico/fibrosa mitroaórtica, que previamente se encontraba flemosa, con desaparición de la verruga mitral y aumento del leak.

No obstante, el paciente se encontraba estable, afebril, sin datos de insuficiencia cardíaca, síncope ni nuevas alteraciones en la telemetría, con 3 sets de HC de control estériles (tras 1, 2 y 6 semanas de tratamiento antibiótico), completando ciclo antibiótico intravenoso durante 6 semanas de ampicilina y ceftriaxona, y 4 semanas de tigeciclina.

Ante la buena evolución clínica pese al empeoramiento ecocardiográfico, se decide antibioterapia ambulatoria con dalbavancina 1500 mg iv cada 15 días. Tras la quinta dosis, se repite ETE que muestra cavidad fistulizada perianular sin imágenes de vegetación ni datos de progresión respecto previo (imagen 1). Por ello, tras 12 semanas de tratamiento con este antibiótico (6 dosis), habiendo cumplido 18 semanas en total, se decide retirar.

Cinco meses después de esto, el paciente permanece asintomático, con buen estado general, sin datos de insuficiencia cardíaca, con HC de control estériles.



<https://doi.org/10.1016/j.circv.2019.01.045>

P-25

Infecciones vasculares por *Coxiella burnetii*: Revisión del diagnóstico, tratamiento y seguimiento a través de tres casos clínicos recientes

J.T. Solera, S. de Cossio, A. Reyes, L. Domínguez, F. Galván, M.A. Orellana, A. Pérez-Rivilla, P. Pilkintong, F. López-Medrano



Introducción: La Fiebre Q es una zoonosis causada por *Coxiella burnetii*, que puede presentar manifestaciones clínicas tanto agudas como crónicas. Las infecciones vasculares son la segunda causa más común de infección persistente (9%), muy por detrás de la endocarditis (78% de los casos). El conocimiento extraído de los brotes ocurridos en los últimos años y la aparición de nuevas pruebas diagnósticas han puesto en duda estas cifras, así como el