

adquisición comunitaria representó el 78,3%. La EI afectó a válvula nativa en el 78,3% (ninguna protésica precoz y 7 fueron de protésica tardía [15,2%]). Las infecciones sobre dispositivos fueron 3. El ecocardiograma transtorácico fue diagnóstico en el 64% (de los 39 en los que se realizó) y el transesofágico lo fue en el 85% (de 32). La válvula más frecuentemente afectada fue la mitral (20 ocasiones). Al diagnóstico, el 60,9% presentaban complicaciones ecocardiográficas (insuficiencia valvular grave, 58,7%; HTAP, 45,7%; vegetaciones grandes (> 1 cm), 34,8%; complicaciones perianulares, 19,6%; o disfunción valvular protésica grave, 10,9%). Solo un diagnóstico fue serológico (*Coxiella burnetii*). Los microorganismos más aislados fueron los estafilococos (45,6%): *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible, 15 (32,6%), y 6 aislados de *Staphylococcus epidermidis* (13%). Se siguió de *Enterococcus faecalis*, 9 casos (19,6%) y 5 de *Streptococcus viridans*. El 82% de los pacientes tuvieron complicaciones intrahospitalarias, siendo la más habitual la insuficiencia cardíaca (65%), que fue la causa más frecuente de indicación quirúrgica y necesaria en 12 (26,1%) de los 46 pacientes. El 50% de los enfermos presentaban criterios considerados como de mal resultado clínico y fallecieron 17 (37%). En el análisis univariado se asociaron a mortalidad las siguientes variables: enfermedad renal crónica (OR: 4,4; IC 95%: 1-18,3; p=0,04), anemia (OR: 9,8; IC 95%: 1,1-84,4), hemorragia cerebral (OR: 6; IC 95%: 0,6-63; p=0,01) y shock séptico (OR: 9,5; IC 95%: 1,7-53; p=0,005). Dado el reducido número de casos, no se realizó análisis multivariado.

Conclusiones: Predominan las formas estafilocócicas de adquisición comunitaria que acontecen en una población con elevada morbilidad. Esto y la elevada frecuencia de complicaciones clínicas y ecocardiográficas al diagnóstico y durante el ingreso, puede explicar una mortalidad discretamente superior a la descrita. Esperamos una mejora de las condiciones de diagnóstico y del pronóstico en relación con la creación del grupo de endocarditis.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.033>

10. Endocarditis por *Staphylococcus epidermidis* tras acupuntura: ¿debemos considerar la profilaxis antibiótica?



B. Alcaraz^{a,*}, I. Hernández^b, M. Viqueira^c, R. Jiménez^d, S. García^e, N. Cobos^a, J.A. Giner^b, M.J. del Amor^c, A. Ortín^d, A. Jimeno^a

^a Servicio de Medicina Interna-Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia)

^b Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia)

^c Servicio de Microbiología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia)

^d Servicio de Medicina Intensiva, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia)

^e Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia)

Correo electrónico: begoct@hotmail.com (B. Alcaraz).

Justificación: La acupuntura, de empleo creciente en nuestro medio y de finalidad fundamentalmente analgésica, es recibida por población de edad avanzada y con enfermedad reumática de manera mayoritaria. Actualmente no es indicación de profilaxis antibiótica, habiendo sido comunicados casos de endocarditis infecciosa (EI) tras la misma, lo que puede hacer necesario un replanteamiento de la misma.

Objetivo: Comunicar el primer caso atendido en nuestro hospital de EI aguda por *Staphylococcus epidermidis* (*S. epidermidis*) tras acupuntura.

Material y métodos: Descripción de caso clínico, atendiendo a datos epidemiológicos, clínicos, exploraciones diagnósticas, tratamiento y evolución.

Resultados: En el periodo 2009-2016 registramos 46 pacientes con EI, 6 de ellos (13%) por *S. epidermidis*. Presentamos el caso de un varón de 83 años con doble lesión valvular de larga evolución (estenosis aórtica degenerativa severa e insuficiencia mitral moderada) secundaria a rotura de músculo papilar posterior. Sufrió episodio de insuficiencia cardíaca un mes antes al ingreso en relación con consumo de antiinflamatorios, iniciando estudio para reemplazo valvular. Otros antecedentes: fibrilación auricular anticoagulada, neoplasia prostática en remisión completa y anemia ferropénica con hernia de hiato (Hb: 12,2 g/dl). El paciente refiere en el último mes empeoramiento de su disnea y varios síncope de perfil cardiogénico; el último acompañado de diaforesis, hipotensión (90/40 mm Hg), anemia (Hb: 7,4 g/dl), fiebre (temperatura 38,3 °C) y cambios eléctricos, ingresando en UCI. Negaba clínica hemorrágica o infecciosa. Se realiza estudio endoscópico, coronariografía y angioTAC de aorta sin hallazgos de significación. En planta presenta varios picos febriles, refiriendo que tras acupuntura 3 semanas antes por cervicoartrosis había presentado episodios de fibrícula acompañados de escalofríos, tiritona e intensa astenia, de resolución espontánea y por los que no había consultado. En los hemocultivos de aísla *S. epidermidis* sensible a oxacilina siendo tratado con cloxacilina y daptomicina (CMI vancomicina = 2), quedando afebril. La ETE muestra vegetación de 15 × 15 mm sobre velo posterior de válvula mitral e insuficiencia mitral severa. Se realizan ecografía abdominal y RMN craneal ante la persistencia de hemocultivos positivos y cuadro confusional estando afebril, con múltiples lesiones cerebrales y cerebelosas y otras hemorrágicas petequiales. Pese a negativización de hemocultivos, inicia insuficiencia cardíaca refractaria sin evidencia de complicaciones locales en la ETE de control. Desestimado para tratamiento quirúrgico, se instauran medidas paliativas, falleciendo un mes tras el ingreso.

Conclusiones: La acupuntura puede ser causa de EI en pacientes con enfermedad predisponente, debiendo considerar la profilaxis antibiótica. La población de edad avanzada y con enfermedad reumática puede ser de mayor riesgo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.034>

11. Endocarditis fúngica: aún muchas controversias pendientes



A. Vena^{*}, P. Muñoz, M. Valerio, M. Rodríguez-Creixéms, M. Marín, M. Martínez Jiménez, M. Martínez Sellés, H. Rodríguez Abella, E. Bouza

Hospital General Gregorio Marañón, Madrid
Correo electrónico: anton.vena@gmail.com (A. Vena).

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) fúngica es poco frecuente y cursa con una alta morbimortalidad. No existe demasiada información sobre sus características diferenciales y persisten aún múltiples dudas sobre su tratamiento.

Material y métodos: Se incluyeron todos los episodios de EI diagnosticados según los criterios de Duke entre enero de 2008 y mayo de 2016. La información se recogió prospectivamente de acuerdo a un protocolo preestablecido (protocolo del GAMES). Los pacientes con EI fúngica se compararon con el resto de los pacientes con EI.