

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.

Resultados: Durante el periodo de estudio 12/435 episodios de EI (2,8%) estuvieron causados por hongos. Los microorganismos correspondieron a *Candida albicans* (5 episodios; 41,6%), *Aspergillus fumigatus* (2 episodios) y *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis*, *Cryptococcus neoformans* y *Rhodotorula mucilaginosa* (un episodio). El 66,7% (8 casos) afectaron una válvula natural, el 16,7% una protésica (2 casos) y 2 asentaron sobre dispositivos intracardiácos. Las enfermedades de base más frecuentes fueron neoplasia de órgano sólido (6 pacientes; 50%) y enfermedad pulmonar crónica (5 pacientes; 41,7%).

Cuando se compararon con los pacientes con EI bacteriana, los pacientes con EI por hongos tuvieron con más frecuencia neoplasia en el momento del diagnóstico (50 vs. 26,2%; $p=0,06$), endocarditis nosocomial (75 vs. 33,7%; $p=0,003$), un catéter venoso central en el momento del diagnóstico (58,3 vs. 30,5%; $p=0,04$) y un origen de la EI asociado a dicho catéter (58,3 vs. 30,3%; $p=0,04$). No hubo diferencias significativas en la localización valvular, que fue en la mayoría de los casos aórtica (25 vs. 41%; $p=0,269$) o mitral (25 vs. 52%; $p=0,065$); aunque más pacientes con EI fúngica tuvieron vegetaciones extravalvulares (50 vs. 0%; $p=0,01$). La tasa de abscesos cardíacos y la de complicaciones a distancia fueron similares.

Diez pacientes con EI fúngica recibieron tratamiento antifúngico combinado predominando la asociación de azoles con cándidas (6) o AMB-L (4) un paciente recibió tratamiento solo con fluconazol y uno no recibió tratamiento. La duración media del tratamiento fue de 140 días. La mortalidad fue menor en pacientes que recibieron equinocandinas (83 vs. 33%; $p=0,079$). Los pacientes con EI fúngica se intervinieron quirúrgicamente con menos frecuencia que las EI bacterianas (33 vs. 43,3%; $p=0,37$) y tuvieron una mortalidad superior (50 vs. 30,3%; $p=0,14$). No hubo diferencias de mortalidad entre los pacientes con EI fúngica operados y los no operados (33% en ambos casos).

Conclusiones: La etiología fúngica supone el 2,8% de los episodios de EI diagnosticados en un hospital terciario. Afecta especialmente a pacientes con neoplasia y a portadores de catéter venoso central que desarrollan la enfermedad en el ámbito hospitalario. No pudimos demostrar un claro beneficio de la cirugía, aunque sí observamos que el uso de cándidas en el seno de un tratamiento combinado se asoció a una cierta reducción de la mortalidad.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.035>

12. Endocarditis causada por bacterias anaerobias



M. Kestler^{a,*}, P. Muñoz^a, M. Marín^a, M.A. Goenaga^b, P. Idígoras Viedma^b, A. de Alarcón^c, J.A. Lepe^c, D. Sousa Regueiro^d, J.M. Bravo-Ferrer^d, M. Pajarón^e, C. Costa^f, M.V. García-López^g, C. Hidalgo-Tenorio^h, M. Morenoⁱ, E. Bouza^a, en representación del Grupo Español de Apoyo al Manejo de la Endocarditis (GAMES)

^a H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid

^b H.U. Donosti, San Sebastián

^c H.U. Virgen del Rocío, Sevilla

^d Complejo Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña

^e H.U. Marqués de Valdecilla, Santander

^f H.U. Central de Asturias, Oviedo

^g H. U. Virgen de la Victoria, Málaga

^h H. U. Virgen de las Nieves, Granada

ⁱ H.U. La Paz, Madrid

Correo electrónico: kestler.martha@gmail.com

(M. Kestler).

Introducción: La endocarditis infecciosa causada por anaerobios (EIA) es una entidad poco conocida y mal caracterizada, aunque en series antiguas llegaba a suponer hasta un 2-16% de los episodios. Por otra parte, mucha de la información disponible proviene de la descripción de casos clínicos aislados y de series antiguas. Nuestro objetivo fue analizar la frecuencia y características clínicas de la EIA en una serie actual, comparándola además con las causadas por otros microorganismos.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado en 27 hospitales españoles entre 2008 y 2016 (Cohorte GAMES-Grupo Español de Apoyo al Manejo de la Endocarditis). Se incluyeron los 2.491 episodios de EI probada de acuerdo a los criterios de Duke. Los datos se recogieron prospectivamente en un protocolo preestablecido.

Resultados: La EIA supuso el 0,9% de las EI probadas (22 episodios). Los microorganismos más frecuentes fueron *Propionibacterium acnes* (14; 63,6%), *Lactobacillus* spp. (3; 13,6%) y *Clostridium perfringens*. (2; 9%). La edad media fue de 66 años (IQR 56-73) y 19 pacientes (86,4%) eran varones. Predominó la endocarditis sobre válvula protésica (14; 63,6%) y la afección del corazón izquierdo (aórtica 13; 59,1%/mitral 8; 36,4%). La adquisición fue generalmente comunitaria (16/19; 84,2%) y los orígenes más comunes fueron odontogénico (4; 18,2%), gastrointestinal (3) y los accesos vasculares (2). Las EI protésicas ocurrieron muy tardíamente (6,5 años). Los hemocultivos (77%) y la biología molecular de la válvula (9/11) fueron los procedimientos diagnósticos más rentables. Se realizó cirugía cardíaca en 15 pacientes (68,2%) y la mortalidad fue del 18,2% durante el ingreso y del 5,5% durante el primer año de seguimiento.

Cuando se compararon con las EI causadas por otros microorganismos, las EI fueron con más frecuencia de adquisición comunitaria (84,2 vs. 60,9%; $p=0,03$) y precisaron más cirugía cardíaca (68,2 vs. 48,7%; $p=0,06$). Finalmente, a pesar de tener una edad y un índice de Charlson similares a las EI de otra etiología, la mortalidad durante el ingreso fue menor (18,2 vs. 27,3%).

Conclusiones: Nuestra serie documenta la rareza de la EI causada por bacterias anaerobias. Su predilección por válvulas y material protésicos, la alta necesidad de cirugía cardíaca y la baja mortalidad parecen sorprendentes. Ello puede explicarse por tratarse de EI de adquisición tardía y comunitaria y estar causadas por microorganismos de baja virulencia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.036>

