

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 EIA 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>

