

con TR se produjo a los 4, 6 y 10 días y en 3 pacientes persistió el deterioro de función renal al alta. No encontramos diferencias significativas entre el grupo 1 y 2 con relación a los EA: complicaciones intracardíacas (5/12 en grupo 1 vs. 8/11 en grupo 2; $p=0,24$), insuficiencia cardíaca (6/12 grupo 1 vs. 5/11 grupo 2; $p=0,82$), embolia SNC (5/12 grupo 1 vs. 5/11 grupo 2, $p=0,83$) y embolia periférica (3/12 grupo 1 vs. 2/11 grupo 2, $p=0,83$). Diecisiete de 23 (73%) pacientes presentaron indicación quirúrgica, con un Euroscore medio del 21% (2,7-54), de los cuales 13 se operaron (sin diferencias entre los grupos 1 y 2). No hubo diferencias en la mortalidad intrahospitalaria: 6/23 (4/12 grupo 1 vs. 2/11 grupo 2; $p=0,41$).

Conclusión: En nuestra serie el uso de la GT en la EPE no conlleva una disminución de EA ni de la mortalidad y, en cambio, se asocia a TR en un número relevante de casos, por lo que consideramos cuestionable el beneficio de la GT en estos pacientes. El reducido número de pacientes analizados en este estudio no permite generalizar estos resultados. Es necesario realizar estudios con un mayor número de pacientes para confirmar nuestros hallazgos.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.038>

15. Diferencias en la presentación clínica entre la endocarditis protésica precoz y la tardía, ¿realmente existen?



A. Plata*, J.M. Reguera, E. Cabrera, J. Ruiz, D. Vinuesa, F.J. Martínez-Marcos, J.M. Lomas, C. Hidalgo-Tenorio, J. de la Torre, A. de Alarcon

Grupo Andaluz para el Estudio de las Infecciones Cardiovasculares (GAEICV-SAEI)

Correo electrónico: antonio-plata@hotmail.com (A. Plata).

Introducción: La endocarditis protésica precoz (EPP) y la endocarditis protésica tardía (EPT) presentan diferente fisiopatología y etiología, y quisimos conocer si estas diferencias determinaban distintas formas de presentación clínica.

Material y método: Cohorte prospectiva multicéntrica de casos consecutivos de endocarditis izquierdas recogidas entre enero de 1985 y diciembre de 2013 en 7 hospitales de Andalucía, donde se analizaron las características clínicas de las endocarditis protésicas.

Resultados: Analizamos 367 endocarditis protésicas de las 1.527 endocarditis de la cohorte global (24%); en la duración de las manifestaciones clínicas hasta el diagnóstico no hubo diferencias en ambos grupos (EPP vs. EPT) ni en menos de una semana, ni entre 1-2 semanas ni entre 2-4 semanas, sí la hubo en más de 4 semanas de síntomas a favor de la EPT (19,2 vs. 32,6%; $p=0,004$).

No encontramos diferencias entre la presencia de fiebre, de disnea, de nuevo soplo, cuadro constitucional, manifestaciones del sistema nervioso central (SNC), manifestaciones cutáneas, osteoarticulares u oftálmicas entre ambos tipos de endocarditis. Sí las hubo en cambio en la existencia de esplenomegalia (4,7% EPP; 20,3% EPT; $p=0,001$).

Vimos cómo una endocarditis teóricamente más destructiva por su fisiopatología como es la EPP no presentaba mayor frecuencia de fiebre, disnea o nuevo soplo frente a la tardía. Analizando las manifestaciones clínicas por gérmenes en nuestra serie hubo predominio de *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) y *Staphylococcus coagulasa* negativos en la EPP y de *Staphylococcus coagulasa* negativos y *Streptococcus viridans* (*S. viridans*) en la EPT. Si el tiempo de síntomas era menor de una semana era más propio de *S. aureus* (69%, $p=0,0001$) y poco probable un *S. viridans* (14,3%; $p=0,006$) sucediendo lo contrario si la clínica era superior a 4 semanas (más frecuente *S. viridans*, 42,9%; $p=0,008$). En lo referente a la disnea, solo *Staphylococcus* spp. alcanzaba diferencias significativa frente

a otros microorganismos (68%; $p=0,038$) no existiendo en el resto de las manifestaciones diferencias relevantes entre gérmenes salvo la presencia de afectación del SNC que era significativamente más frecuente en *S. aureus* (43,5%; $p=0,007$).

Conclusiones:

- Ante una endocarditis protésica con menos de una semana de presentación la probabilidad de *S. aureus* es muy alta.
- Ante un evento en el SNC la presencia de *S. aureus* es muy alta.
- Salvo los ya comentados, no existen otros datos clínicos que nos puedan orientar de manera empírica a la presencia de un microorganismo u otro.
- A pesar de que fisiopatológicamente la EPP y la EPT son diferentes, las diferencias clínicas entre ambas son escasas y generalmente vienen determinadas más por la frecuencia de los microorganismos que la producen que por el tiempo que lleva implantada la válvula.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.039>

16. Endocarditis infecciosa en pacientes muy ancianos



C. Armiñanzas^{a,*}, J. Zarauza^b, E. Bouza^c, P. Muñoz^c, V. González Ramallo^c, M.Á. Goenaga^d, K. Reviejo^e, J.M. Pericás^f, D. Sousa^g, M. Montejo^h, A. de Alarcónⁱ, J.A. Oteo^j, J. Gálvez^k, J.F. Gutiérrez^l, M.C. Fariñas^a, el Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis en España (GAMES)

^a Sección de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

^b Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

^c Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

^d Hospital Donosti, San Sebastián

^e Policlínica Gipuzkoa, San Sebastián

^f Hospital Clínic, Barcelona

^g Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña

^h Hospital de Cruces, Barakaldo

ⁱ Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

^j Hospital San Pedro, Logroño

^k Hospital Virgen Macarena, Sevilla

^l Servicio de Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Correo electrónico: carminanzas@humv.es

(C. Armiñanzas).

Introducción: El espectro clínico de la endocarditis infecciosa (EI) se ha modificado los últimos años. A ello contribuye el envejecimiento de la población y las particularidades de los ancianos, con más comorbilidades, ingresos reiterados, procedimientos invasivos y presencia de material protésico. El objetivo del estudio fue describir las características de los pacientes ≥ 80 años con EI.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo de junio de 2007 a marzo de 2015, dentro de la Cohorte GAMES, que recoge prospectivamente los datos de todos los pacientes ingresados con EI según los criterios de Duke modificados en 39 centros españoles. Se incluyeron todos los pacientes con edad ≥ 80 años diagnosticados de EI. Se excluyeron los pacientes que no aceptaron participar. Los pacientes fueron seguidos durante un año. Todos los datos fueron incluidos en SPSS 21.0. Para detectar diferencias entre variables cuantitativas se emplearon la T de Student o el test de Mann-Whitney y entre variables cualitativas la Chi².

Resultados: Se incluyeron 502 pacientes (57% varones), con media de edad de 83 años (DE: 3,07; rango 80-95). Las principales comorbilidades fueron HTA (73%), insuficiencia cardiaca (40%) y DM (31%). La EI fue de origen comunitario en el 57% de los casos, más frecuente sobre válvula natural (62%), siendo las válvulas aórtica (45%) y mitral (44%) las más afectadas.

Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron los estafilococos en un 34,1% (19% *Staphylococcus aureus* y 19,9% SCN), seguidos de *Streptococcus* sp. (28%) y *Enterococcus* sp. (19%).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre (82%) e insuficiencia cardiaca (41%). El 32% de los pacientes presentó un soplo nuevo y un 24% fenómenos embólicos. El 15% desarrolló sepsis grave.

En un 52% de los pacientes estaba indicada la cirugía, que solo se realizó en el 21%. El motivo más frecuente de no realizar la cirugía fue el mal pronóstico (34%). El 46% de los pacientes intervenidos presentó complicaciones.

Durante el ingreso fallecieron 174 (35%) pacientes, no encontrándose diferencias significativas en función de que se hubiese realizado o no cirugía. En el año de seguimiento fallecieron 59 (12%) pacientes, siendo esta proporción mayor en los pacientes no intervenidos (8,3 vs. 23%, $p=0,007$), 52 (17%) pacientes presentaron secuelas, y 66 (20%) requirieron reingreso, sin diferencias en función de que se hubiese realizado tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La EI en pacientes ≥ 80 años presenta alta mortalidad durante el ingreso hospitalario y en el año posterior, y elevado porcentaje de secuelas y reingresos. En la mayoría de los pacientes no se realizó cirugía pese a estar indicada, principalmente por su mala situación clínica. No se encontraron diferencias en la mortalidad durante el ingreso del episodio de EI, según el paciente se hubiese intervenido o no. Sin embargo, los pacientes a los que se practicó cirugía como parte del tratamiento presentaron menor mortalidad al año del diagnóstico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.040>

17. Endocarditis infecciosa y enfermedad diseminada por *Mycobacterium chimaera*



I. Zegrí^{a,*}, A. Ramos^b, M. Cobo^a, R. Millán^c,
B. Rodríguez^d, B. Orden^c, I. Sánchez^c, A. Forteza^e,
E. Muñoz^b, P. García-Pavía^a

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

^c Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

^d Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

^e Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

Correo electrónico: isabelzegri@gmail.com
(I. Zegrí).

Justificación: La endocarditis por *Mycobacterium chimaera* (*M. chimaera*) es una entidad muy infrecuente (10 casos) y que presenta muy mal pronóstico a pesar de un tratamiento antibiótico y quirúrgico agresivos. Se ha reportado recientemente que la infección parece estar en el intercambiador de calor de la máquina de circulación extracorpórea (Eur Heart J. 2015; 36, 2745-2753).

Objetivo: Describir el primer caso español de endocarditis infecciosa por *M. chimaera*.

Resultados: Presentamos el caso de un varón de 54 años con antecedentes de linfoma de Hodgkin (19 años antes) y cirugía

de reemplazo valvular aórtico por prótesis biológica y puentes coronarios realizada en otro centro. A los 16 meses poscirugía ingresó por fiebre de origen desconocido. En la analítica presentaba linfopenia, insuficiencia renal y alteración del perfil hepático. Se realizó un ecocardiograma que fue normal. Por persistencia de fiebre sin foco, se realizó un PET-TAC con captación en prótesis aórtica. Se inició tratamiento para endocarditis con hemocultivo negativo. Se objetivaron granulomas no caseificantes en la biopsia de médula ósea y hepática. En el cultivo de orina y de médula ósea, se aislaron micobacterias del grupo *Mycobacterium avium complex*. Con el diagnóstico de enfermedad diseminada por *Mycobacterium avium complex*, se comenzó tratamiento antibiótico con rifampicina, etambutol y claritromicina. Se consideró falso positivo el resultado del PET-TAC. A los 5 meses ingresó por persistencia de fiebre y aparición de masa en muslo izquierdo. El ecocardiograma fue normal y se realizó un nuevo PET-TAC con captación en prótesis aórtica y muslo. El 16 de febrero se tipificó la especie (*M. chimaera*), llegando así al diagnóstico de enfermedad diseminada y endocarditis por *M. chimaera*. Se inició tratamiento con amikacina, levofloxacino, etambutol, claritromicina y rifampicina. Al mes se obtuvieron los primeros hemocultivos negativos y se sometió a recambio valvular aórtico por prótesis mecánica. No se extirpó la masa del muslo (reducida a 9 mm). El cultivo de la válvula fue positivo para *M. chimaera*. A pesar de hemocultivos negativos, ante persistencia de fiebre, pancitopenia e insuficiencia renal se inició tratamiento con gamma-interferón 1 b. El paciente experimentó mejoría clínica y continuó el tratamiento ambulatorio. Fue necesario suspender tanto etambutol (neuropatía periférica) como amikacina (ototoxicidad) y tras 14 semanas se suspendió el gamma-interferón. En el PET-TAC de control, se objetivó ausencia de captación en prótesis aórtica con persistencia de captación en muslo. Actualmente sigue tratamiento con cotrimoxazol, levofloxacino, rifampicina y claritromicina.

Conclusiones: La endocarditis por *M. chimaera* es una entidad de difícil diagnóstico que debe ser sospechada en pacientes con cirugía cardiaca previa. La extracción del material infectado es imprescindible, tras 2-4 semanas de tratamiento antibiótico. El uso de interferón 1 b puede ser útil para potenciar la efectividad de tratamiento.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.041>