

**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  $\geq 80$  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<sup>a,\*</sup>, A. Ramos<sup>b</sup>, M. Cobo<sup>a</sup>, R. Millán<sup>c</sup>,  
B. Rodríguez<sup>d</sup>, B. Orden<sup>c</sup>, I. Sánchez<sup>c</sup>, A. Forteza<sup>e</sup>,  
E. Muñoz<sup>b</sup>, P. García-Pavía<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

<sup>c</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

<sup>d</sup> Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

<sup>e</sup> Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

Correo electrónico: [isabelzegri@gmail.com](mailto: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>