

## 18. Causas y pronóstico de la reintervención quirúrgica precoz en endocarditis infecciosa izquierda



V.M. Becerra Muñoz<sup>a,\*</sup>, J. Ruiz Morales<sup>a</sup>,  
G. Sánchez Espín<sup>a</sup>,  
I. Antequera Martín-Portuqués<sup>a</sup>,  
J. Gálvez Acebal<sup>b</sup>, F.J. Martínez Marcos<sup>c</sup>,  
D. Vinuesa<sup>d</sup>, C. Hidalgo Tenorio<sup>e</sup>,  
J. de la Torre Lima<sup>f</sup>, A. Plata<sup>g</sup>, A. de Alarcón<sup>h</sup>

<sup>a</sup> UGC del Corazón y UGC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

<sup>b</sup> Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla

<sup>c</sup> Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

<sup>d</sup> Hospital Clínico de Granada

<sup>e</sup> Hospital Virgen de las Nieves, Granada

<sup>f</sup> Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga

<sup>g</sup> Hospital Regional de Málaga, Málaga

<sup>h</sup> Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

Correo electrónico: [vmbecerram@gmail.com](mailto:vmbecerram@gmail.com)  
(V.M. Becerra Muñoz).

**Justificación:** La intervención quirúrgica (IQ) precoz en los pacientes con endocarditis infecciosa (EI) ha aumentado su supervivencia en las últimas décadas. Sin embargo, en ocasiones estos pacientes han de ser sometidos a una segunda intervención (Re-IQ) antes del año de seguimiento (dehiscencias, complicaciones derivadas de la cirugía, mal resultado de la intervención inicial...).

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue determinar la frecuencia, causas, factores asociados y pronóstico de la Re-IQ en una población de pacientes con EI izquierda.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de cohortes, multicéntrico, en el que se han incluido todos los pacientes ingresados por EI en los hospitales pertenecientes al Grupo Andaluz de EI, desde 2005 hasta 2015. Se han analizado los datos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos, ecocardiográficos, complicaciones durante la hospitalización y seguimiento a un año de estos pacientes.

**Resultados:** Mil trescientos cinco pacientes fueron ingresados por EI, 986 por EI izquierda (75,6%). De estos, fueron operados 396 (40,2%), requiriendo una única IQ 371 (93,7%), y Re-IQ en los primeros 365 días, 25 (6,3%).

De entre los pacientes que precisaron una segunda intervención, 13 (52%) lo hicieron por dehiscencia de la prótesis. De ellos, únicamente 3 presentaban en el momento de las reintervenciones (realizadas a los 2, 13 y 91 días, respectivamente) hemocultivos y/o cultivo del material protésico positivos. Comparado este grupo con el resto de la muestra, las complicaciones perianulares habían sido más frecuentes durante la primoinfección (69,2 vs. 37,6%;  $p=0,038$ ), observándose en 5 pacientes con EI nativa absceso y/o fístula, y en 4 pacientes con EI protésica, dehiscencia previa. No hubo diferencias en cuanto al agente microbiológico (*Staphylococcus* spp. 46,2 vs. 36,6%;  $p=0,56$ ). La demora en la realización de la primera IQ en estos pacientes había sido menor que en el resto de la población intervenida, aunque sin alcanzar la significación estadística (8,92 vs. 25,76 días;  $p=0,136$ ). El tiempo medio entre las 2 cirugías de estos 13 pacientes fue de  $98 \pm 97,9$  días.

Por otro lado, 2 pacientes (8%) se reoperaron tras una reparación valvular fallida (a los uno y 8 días, procediéndose, en ambos casos, a reemplazo valvular con éxito) y 5 (20%) lo hicieron por complicaciones de la cirugía como sangrado o taponamiento cardíaco (todos ellos reintervenidos el mismo día).

En general, los pacientes reintervenidos fueron más jóvenes ( $50,36 \pm 19,71$  vs.  $59,51 \pm 14,55$ ;  $p=0,031$ ) y presentaron menor comorbilidad (índice de Charlson  $1,35 \pm 1,25$  vs.  $2,05 \pm 2,01$ ;

$p=0,015$ ). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las complicaciones evolutivas (nerológicas, embólicas, insuficiencia renal aguda o shock séptico), y la supervivencia a un año fue similar entre ambos grupos (64,1 vs. 66%;  $p=0,628$ ).

**Conclusiones:** Nuestra población con EI izquierda intervenida quirúrgicamente requirió una segunda cirugía en el 6,3%, a expensas sobre todo de dehiscencias protésicas, la gran mayoría de ellas asépticas. Sin embargo, estos pacientes reintervenidos tuvieron una supervivencia a un año similar a aquellos pacientes intervenidos en una única ocasión.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.042>

## 19. Tratamiento oral de la endocarditis infecciosa



P. Muñoz\*, V. González-Ramallo,  
M.E. García Leoni, M. Valerio, A. Fernández-Cruz,  
G. Mariscal, B. Pinilla, M. Martínez-Sellés,  
G. Cuerpo, E. Bouza en nombre del Grupo de Apoyo a la Endocarditis Infecciosa del Gregorio Marañón (GAME)

H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid

Correo electrónico: [pmunoz@micro.hggm.es](mailto:pmunoz@micro.hggm.es)

(P. Muñoz).

**Introducción:** Existe muy poca información sobre el tratamiento oral de la endocarditis, sobre todo de las endocarditis izquierdas. En la actualidad disponemos de fármacos con excelente biodisponibilidad oral, lo que podría permitir adelantar el alta de algunos pacientes seleccionados. Nuestro objetivo fue analizar la frecuencia y resultados de los pacientes con EI que completaron el tratamiento ambulatoriamente con fármacos orales.

**Material y métodos:** Se recogieron los pacientes que fueron dados de alta con tratamiento oral en la cohorte GAME del HGUGM entre 2008 y 2016. Se incluyeron los 435 episodios de EI probada o probable de acuerdo a los criterios de Duke. Los datos se recogieron prospectivamente en un protocolo preestablecido.

**Resultados:** La EI tratada al alta con fármacos orales supuso el 10% de las EI probadas (44 episodios). Los microorganismos responsables fueron *Staphylococcus aureus* (15; 34%), *Streptococcus viridans/Granulicatella* spp. (7; 16%), bacilos gramnegativos (5; 11,4%), *Staphylococcus epidermidis* (4; 9%), *Coxiella burnetii* (3; 6,8%), anaerobios (3; 6,8%), hongos (2; 4,6%), *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus pneumoniae* y *Ureaplasma* spp. (un caso cada uno) y 2 endocarditis de etiología desconocida. La edad media fue de 59 años (DE: 21) y 30 pacientes (68%) eran varones. La adquisición fue mayoritariamente comunitaria (27; 61,4%). La endocarditis afectó válvulas naturales en la mitad de los casos (54%), pero también válvulas protésicas (13; 29,5%) y material intracardiaco (9; 20,5%). Predominó claramente la afección del corazón izquierdo (aórtica 15; 34,1%/mitral 17; 38,6%). Se detectaron metástasis a distancia en 12 pacientes (3 SNC, 4 bazo, 4 pulmonares, 2 espondilodiscitis) y fueron intervenidos quirúrgicamente 29 pacientes (66%). Los fármacos más utilizados fueron las quinolonas (29; 66%), sobre todo levofloxacino (22). Otros fármacos fueron cotrimoxazol (4), linezolid (3), cloroquina y doxicilina (3), azoles (2), cefalosporinas (2) y rifampicina (6). La mediana de la duración del tratamiento oral ambulatorio fue 19,5 días (RIQ: 14-41). Precisaron reingreso por diferentes motivos 15 pacientes (34%), aunque solo hubo 2 recidivas precoces (una aspergilosis y un *Streptococcus viridans* que se había ido de alta voluntaria). El resto de las causas de reingreso fueron 2 implantes de marcapasos y casos aislados de bacteriemia de otro origen, espondilodiscitis, insuficiencia respiratoria, leishmaniasis,

neoplasia, neumonía, sangrado, reajuste de sintrom, taquicardia y trasplante cardíaco. La mortalidad al año de seguimiento fue del 4,5%, pero ningún paciente falleció por la endocarditis.

**Conclusiones:** Nuestra serie demuestra que es seguro y factible completar el tratamiento de endocarditis de alta complejidad mediante tratamientos orales, pero que estos pacientes han de ser vigilados muy estrechamente pues la tasa de reingreso es elevada.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.043>

## 20. Daptomicina asociada a intervención quirúrgica en el tratamiento de infecciones de prótesis vasculares



F. Arnaiz de las Revillas<sup>a,b,\*</sup>,  
M. Fernández-Sampedro<sup>a,b</sup>, C. Armiñanzas<sup>a,b</sup>,  
A. Arnaiz-García<sup>a,b</sup>, Ivan García Martín<sup>a,b</sup>,  
C. González Rico<sup>a,b</sup>, M. Gutiérrez Cuadra<sup>a,b</sup>,  
A. Pontón<sup>a,b</sup>, I. Pulitani<sup>a,b</sup>, M.C. Fariñas<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Santander

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria

Correo electrónico: [farnaiz@humv.es](mailto:farnaiz@humv.es)

(F. Arnaiz de las Revillas).

**Justificación y objetivos:** Debido a la actividad bactericida y la ausencia de efectos secundarios a nivel renal, la daptomicina parece una alternativa excelente para el tratamiento de infecciones de prótesis vasculares. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia clínica del uso de la daptomicina asociada a intervención quirúrgica en el tratamiento de infecciones de prótesis vasculares por microorganismos grampositivos.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes diagnosticados de infección de bypass que recibieron tratamiento con daptomicina asociado a intervención quirúrgica en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla desde enero de 2010 a diciembre de 2012. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos. Todos los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS v21.

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes, con una media de la edad de 64 años (45-83), 10 eran varones. El índice de Charlson medio fue 3,1 (1-4). Los microorganismos causantes de infección fueron estafilococo coagulasa-negativo en 7 pacientes, seguido de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina en 2 pacientes y *Enterococcus faecium* en 2. A todos los pacientes se les retiró el material infectado. En el 70% (9/13) de los cultivos de las prótesis vasculares retiradas se aislaron microorganismos grampositivos. El 84,6% (11/13) de los pacientes fueron tratados con daptomicina como tratamiento empírico, asociada a piperacilina-tazobactam en 3 casos y a rifampicina en 5. Todos los pacientes que recibieron rifampicina presentaron buena evolución. La causa más frecuente de la elección del tratamiento con daptomicina fue la insuficiencia renal crónica o algún episodio de insuficiencia renal aguda previa (62%; 8/13). Los pacientes recibieron una dosis media de daptomicina de 6,1 mg/kg/día (4,1-7,1). Ningún paciente desarrolló toxicidad muscular relacionada con la administración de daptomicina. Diez (77%) pacientes tuvieron curación completa de la infección vascular. Un paciente precisó reintervención, uno precisó una amputación supracondilea y uno falleció en relación con la infección.

**Conclusión:** El tratamiento antibiótico con daptomicina combinado con la intervención quirúrgica en las infecciones de prótesis vasculares por microorganismos grampositivos fue efectivo y bien tolerado. La retirada del material infectado tiene alta rentabilidad en el diagnóstico microbiológico lo cual permite un tratamiento antibiótico apropiado.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2016.11.044>