

gía cardiaca. Todos los pacientes recibieron una mediana de 28,5 días (IQR 21-38) de otros antibióticos antes de la dalbavancina. La mediana de tratamiento con dalbavancina fue de 2 semanas (IQR 2-4) y en 12 (85.7%) de los casos se administró de forma ambulatoria. La respuesta clínica se consideró satisfactoria en todos los pacientes (no hubo mortalidad, reinfecciones, ni recidiva a los 6 meses de seguimiento). Se detectó algún efecto adverso en 2 pacientes (hiperbilirubinemia y urticaria) que no precisaron la suspensión del fármaco.

**Conclusión** Nuestro estudio sugiere que dalbavancina es un fármaco seguro y bien tolerado como tratamiento secuencial de endocarditis infecciosa.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.057>

### P-003

#### ENDOCARDITIS POR KYTOCOCCUS SEDENTARIUS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS



Dacil García Rosado, María Del Mar Alonso Socas, M Antonia Miguel Gómez, Juan Lacalzada Almeida, César Pablo Prada Arrondo, Remedios Alemán Valls, Ana López Lirola, Ricardo Pelazas González, Fermín Rodríguez Moreno, Juan Luis Gómez Sirvent

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Tenerife

**Justificación:** *Kytococcus sedentarius* (antiguo género *Micrococcus*) es un coco grampositivo aeróbico ubicuo en piel y mucosas, considerado como contaminante habitual en muestras clínicas. Se han descrito pocos casos en la literatura de endocarditis por *Kytococcus*.

**Objetivo:** Presentamos 2 casos de endocarditis infecciosa por *Kytococcus sedentarius* sobre válvulas protésicas. Caso 1. Mujer de 75 años, independiente para las actividades de la vida diaria (IAVD), diabética con buen control metabólico, valvulopatía reumática con sustitución valvular mitral y aórtica en junio 2016. Ingresa en junio del 2018 por fiebre de 3 días de evolución, en 4/6 hemocultivos se aísla *Kytococcus sedentarius*. En la ETE se observa masa vegetante 0,7 cm sobre válvula protésica aórtica con mínima disfunción valvular. Recibió tratamiento con vancomicina, gentamicina y rifampicina durante 2 semanas y vancomicina y rifampicina durante 6 semanas más, sin complicaciones. ETT/ETE al finalizar el tratamiento ausencia de vegetaciones e IA moderada. Reingresa a los 30 días del alta anterior, en EAP por insuficiencia aórtica severa, requiriendo cirugía. Los hemocultivos de este ingreso y la PCR de la válvula fueron negativos. No ha presentado complicaciones posteriores. **Caso 2.** Mujer de 87 años, sin deterioro cognitivo, IAVD. Sustitución valvular aórtica por prótesis biológica en agosto del 2016. La paciente ingresa en agosto del 2018 por deterioro general de dos semanas de evolución y en urgencias se objetiva fiebre. En 3/3 hemocultivos se aislaron *Kytococcus sedentarius*. En la ETE describen imagen sugestiva de absceso en el anillo subvalvular aórtico que afecta al septo y en el TAC cardiaco no observan absceso sino pseudoaneurisma 0,7 cm intercoronaria subvalvular aórtica. Se solicita valoración a Cirugía Cardiaca que desestima nueva intervención por la edad. Se inicia vancomicina y rifampicina, pero presenta intolerancia digestiva a rifampicina y rash a vancomicina, por lo que continuó con daptomicina 12 mg/kg/día, con inesperada buena respuesta clínica y sin complicaciones. Se traslada a Hospitalización a Domicilio (HDO) para continuar tratamiento antibiótico, hasta cumplir 8 semanas, permaneciendo asintomática. A los 3 días

del alta de la HDO, reingresa en el centro por IAM anterior. En ETE se observa engrosamiento periprotésico con gradiente muy elevado. Evoluciona hacia shock cardiogénico, falleciendo.

**Conclusiones:** Describimos dos casos de endocarditis por *Kytococcus sedentarius* sobre válvula protésica con mala evolución clínica. En la mala evolución clínica habría que considerar, entre otros factores, el retraso en el diagnóstico por la malinterpretación de los resultados microbiológicos. La extracción adecuada de hemocultivos y la información clínica al microbiólogo es fundamental para poder discriminar entre colonización y patógeno en los aislamientos de bacterias con difícil interpretación clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2020.03.058>

### P-004

#### RIESGO DE INFECCIÓN DE DISPOSITIVOS INTRACARDÍACOS EN PACIENTES CON BACTERIEMIA TARDÍA. ANÁLISIS EN UN COHORTE NACIONAL



Lucía Boix Palop<sup>1</sup>, Beatriz Dietl<sup>1</sup>, Esther Calbo<sup>1</sup>, Mariona Xercavins<sup>2</sup>, Pedro María Martínez Pérez-Crespo<sup>3</sup>, María Luisa Cantón<sup>3</sup>, Jesús Rodríguez Baño<sup>3</sup>, Luis Eduardo López Cortés<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Mutua, Terrassa

<sup>2</sup> CatLab Microbiología, Barcelona

<sup>3</sup> Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

**Justificación:** El riesgo de infección de los dispositivos intracardíacos (iDIC) por siembra hematológica en el transcurso de un episodio de bacteriemia (EB) tardío (> de 1 año después de la implantación) está poco definido, sobre todo cuando la bacteriemia es por organismos distintos de *S. aureus*. **Objetivo:** Evaluar la incidencia de iDIC por siembra hematológica durante un EB tardío e identificar los factores de riesgo asociados a su presentación.

**Tabla 1**

Comparación EB tardíos con y sin iDIC

Variables	iDIC N = 39 (20,9%)	No iDIC N = 148 (79,1%)	p	OR (IC 95%)	p
Edad (años), mediana (RIC)	77 (72-84)	78 (71-84)	0,96		
Sexo masculino	28 (71,8)	95 (64,2)	0,37		
Índice de Charlson ajustado, mediana (RIC)	6 (4-8)	6 (5-7)	0,28		
Tipo DIC - Prótesis valvular - Marcapasos/DAI - Ambos	22 (56,4) 11 (28,2) 6 (15,4)	68 (46) 70 (47,3) 10 (6,76)	0,23 0,03 0,09	0,56 (0,26-1,22)	0,15
Tiempo desde última manipulación (años), mediana (RIC)	4,79 (2,66-7,33)	4,66 (2,71-7,57)	0,95		
Adquisición - Extrahospitalaria - Hospitalaria	29 (74,4) 10 (25,6)	89 (60,1) 59 (39,9)	0,11 0,11		
Bacteriemia mes previo	1 (2,56)	5 (3,38)	1		
Etiología: - Gram positivos- <i>S. aureus</i> - <i>Enterococcus</i> spp. - <i>S. epidermidis</i> - Gram negativos - <i>P. mirabilis</i> - <i>P. aeruginosa</i> - <i>S. marcescens</i>	37 (94,9) 11 (28,2) 11 (28,2) 3 (7,69) 1 (2,56) 1 (2,56) 0 0	54 (36,5) 19 (12,8) 15 (10,1) 3 (2,03) 91 (61,5) 4 (2,7) 4 (2,7) 0	0,001 0,02 0,004 0,11 0,001 3 (2,03) 0,01	3,28 (1,25-8,6) 3,69 (1,37-9,96)	0,02 0,01
Foco de origen: - Urinario - Respiratorio - Abdominal - Desconocido - Otros	1 (2,56) 2 (5,13) 0 17 (43,6) 18 (46,2)	56 (37,8) 11 (7,43) 22 (14,9) 21 (14,2) 38 (25,7)	0,001 1 0,009 0,001 0,51	3,47 (1,49-8,07)	0,004
Bacteriemia persistente	1 (2,56)	5 (3,38)	1		
Ingreso UCI	8 (20,5)	16 (10,8)	0,11		
Días ingreso, mediana (RIC)	18 (4,5-41)	13 (6,5-27)	0,53		
Exitus relacionado	12 (30,8)	20 (13,5)	0,01		

**Conclusión:** Más de un tercio de los pacientes portadores de DIC presentan iDIC durante el curso de un EB tardío por Gram positivos. Los factores de riesgo asociados a la iDIC son el origen desconocido del EB y que la etiología sea *S. aureus* o *Enterococcus* spp. No hubo iDIC causadas por *P. aeruginosa* o *S. marcescens*.