

positivos implantados), estimando luego la hipotética reducción de costes generada por la envoltura antibiótica.

**Resultados:** De una cohorte inicial de 380 pacientes, 84 (22%) fueron catalogados de alto riesgo: 82 tenían menos de 60 años, 116 habían recibido un DAI o DAI-TRC, en 87 se había hecho una revisión/actualización del sistema con nueva implantación de electrodos y 53 habían sufrido dos o más recambios del generador. En 45 existía una insuficiencia renal crónica, 21 recibían tratamiento inmunosupresor y 27 habían tenido una infección previa. De los 84 pacientes con alto riesgo, 63 desarrollaron una infección no tardía (antes de 1 año posimplante o última manipulación): 45 fueron locales y 18 sistémicas, que generaron un coste de 1.117.363 € (mediana de 22.132 € por infección local) y 714.965 € (mediana de 32.572 € por infección sistémica) respectivamente, registrándose un fallecimiento y 3 recidivas tras una tracción percutánea incompleta, en las que hubo que realizar cirugía cardiaca abierta. En caso de que el uso de la envoltura antibiótica hubiera supuesto una reducción del 50% de casos y se hubiera aplicado a todos los pacientes de alto riesgo, el ahorro estimado hubiera sido de 832.164 €.

**Conclusiones:** El uso de la envoltura antibiótica en pacientes seleccionados podría ser una buena estrategia de prevención coste-efectiva.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.014>

11-ID: 220030

### PEUDOANEURISMA INFECCIOSO SOBRE AORTA ASCENDENTE NATIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO



F. Rodríguez-Mora, A. González-Caldevilla,  
A. Elías-Fuentes, I. Muñoz-Carvajal

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

**Justificación:** Los pseudoaneurismas de origen infeccioso suelen estar asociados a la presencia de estructuras protésicas y en pocos casos afectan a la pared aórtica nativa. No obstante, cuando lo hacen, se producen sobre paredes aórticas patológicas generando una aortitis infecciosa causada principalmente por *Salmonella* y *Staphylococcus* y son raros los casos de afectación de la aorta ascendente. El diagnóstico es clínico y radiológico. El tratamiento requiere cirugía emergente en casos de afectación de aorta ascendente asociado a tratamiento antibiótico intravenoso dirigido de larga duración. El pronóstico es sombrío en estos casos a pesar de la cirugía de urgencia por la agresividad que esta requiere.

**Objetivo:** Con la descripción de este caso clínico repasaremos el infrecuente escenario de un pseudoaneurisma aórtico que afecta a la aorta ascendente a nivel de la salida del tronco braquiocefálico por infección de *E. coli* y su manejo quirúrgico de urgencia junto a la evolución presentada posteriormente en la fase de antibioterapia.

**Método:** Paciente de 70 años con antecedentes de EPOC, AVC con hemiparesia derecha y ERC que se traslada a nuestro centro tras diagnóstico de rotura aórtica contenida con pseudoaneurisma de aorta ascendente en la salida del tronco braquiocefálico (TBC) de 50 mm de diámetro con derrame pericárdico severo que había presentado en los días previos fiebre mantenida de predominio vespertino. Se decide cirugía emergente en la que se reseca la cavidad pseudoaneurismática purulenta bajo CEC, clampaje aórtico y perfusión cerebral retrógrada a través de la vena cava superior. En ella se confirman los hallazgos descritos en el TAC y se cultiva *E. coli* en las determinaciones de microbiología del saco. Se realiza sustitución de aorta ascendente por encima de la unión sinotubular y hemiarco hasta la salida de la carótida izquierda con implante de tubo de dacron con una rama para el TBC que se reseca hasta casi su bifurcación.

**Resultados:** Tras la cirugía el paciente mantuvo una evolución favorable a pesar de la persistencia de fiebre y exudado purulento por los drenajes mediastínicos en los primeros días, que cedió tras antibioterapia dirigida durante varias semanas hasta que pudo ser derivado de alta a su residencia de origen.

**Conclusiones:** Los pseudoaneurismas aórticos infecciosos son una patología rara que infrecuentemente afectan a la aorta ascendente nativa y conllevan una elevada morbi-mortalidad. Es fundamental para su manejo la cirugía precoz agresiva con resección de los segmentos afectados y su posterior reconstrucción asociado a una antibioterapia dirigida de larga duración.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.015>

12-ID: 220031

### INFECCIÓN DE TUBO VALVULADO EN PACIENTE INTERVENIDO PREVIAMENTE DE DISECCIÓN AÓRTICA. UN VERDADERO RETO



F. Rodríguez-Mora, A. González-Calle,  
B. Ramos-Barragán, E. Gutiérrez-Carretero,  
A. de Alarcón-González, R. Luque-Márquez,  
A. Adsuar-Gómez, A. Soler-Oliva, I. Sanchis-Haba,  
J.M. Borrego-Domínguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Justificación:** Los procesos infecciosos asociados a tubos valvulados protésicos que sustituyen la raíz aórtica componen un escenario clínico bastante temido en el ámbito de las endocarditis infecciosas, principalmente debido a su mala respuesta al tratamiento antibiótico aislado y al gran reto quirúrgico que supone para los cirujanos que en la mayoría de los casos es inevitable.

**Objetivo:** En este caso clínico revisaremos las complicaciones asociadas a estas infecciones tanto en el proceso de tratamiento antibiótico inicial como a las derivadas de las cirugías tan agresivas que suelen requerir estos pacientes.

**Método:** Paciente de 30 años diagnosticado de enfermedad de Marfan y sometido a cirugía de sustitución de raíz aórtica mediante cirugía de Bono-Bentall 10 años atrás por disección de aorta tipo A de Stanford con disección residual que afecta a arco y aorta descendente que presentó un episodio de AVC en el contexto anterior. Comienza con fiebre de dos semanas de evolución con hemocultivo positivo para *S. equi* e imagen de absceso periaórtico en el TAC. Tras inicio de tratamiento antibiótico dirigido el paciente presenta mala evolución sufriendo un ictus isquémico hemisférico izquierdo por lo que se demora la cirugía por riesgo de transformación hemorrágica. Dada la mala respuesta a tratamiento antibiótico con presencia de fiebre y persistencia de cultivos positivos se decide intervención quirúrgica. Por la anatomía del paciente se optó por canulación periférica y entrada en CEC con hipotermia para realizar la reesternotomía. Se constató gran absceso mediastínico alrededor del tubo con dehiscencia del mismo a nivel del anillo valvular. Tras retirada de todo el material infectado se implanta un homoinjerto aórtico con reimplante de las coronarias. Posteriormente bajo parada circulatoria y con perfusión cerebral anterógrada se realiza sustitución de arco aórtico y reimplante de los TSA con tubo de dacron de 24 mm. El paciente presentó una coagulopatía extensa debido a los tiempos prolongados de cirugía pero finalmente pudo ser trasladado a UCI.

**Resultados:** Las primeras horas de postoperatorio estuvieron marcadas por un sangrado profuso con taponamiento cardíaco que requirió cirugía emergente presentando el paciente una PCR durante la reapertura que pudo ser reanimada al descomprimir el mediastino. Se evidenció una disfunción biventricular grave por lo que se decidió implante de ECMO V-A periférico del que pudo

ser destetado pocos días después. El paciente presentó una buena evolución posterior pudiendo ser extubado y dado de alta tras la recuperación y completar el tratamiento antibiótico.

**Conclusiones:** Las infecciones sobre tubos valvulados para el tratamiento de la disección aórtica son una patología agresiva que suponen un gran reto quirúrgico debido a su anatomía complicada y la presencia de disecciones residuales que requieren intervenciones extremadamente complejas debido a su mala respuesta al tratamiento antibiótico aislado.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.016>

13-ID: 220032

### PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE LA ENDOCARDITIS SOBRE DEC CUANDO EL DISPOSITIVO NO PUEDE SER RETIRADO



M. Hernández-Meneses<sup>1</sup>, J. Llopis<sup>2</sup>, E. Sandoval<sup>3</sup>, S. Ninot<sup>3</sup>, B. Vidal<sup>4</sup>, M. Fernández-Pittol<sup>5</sup>, G. Cuervo<sup>1</sup>, J.M. Tolosana<sup>4</sup>, A. Moreno<sup>1</sup>, J.M. Miró<sup>1,6</sup>, Hospital Clínic IE team investigators

<sup>1</sup> Servicio de Enfermedades infecciosas, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

<sup>2</sup> Departamento de Genética, Microbiología y Estadística, Facultad de Biología, Universidad de Barcelona

<sup>3</sup> Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

<sup>4</sup> Servicio de Cardiología, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

<sup>5</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

<sup>6</sup> CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

**Justificación:** A pesar de los avances en el diagnóstico, tratamiento antimicrobiano y quirúrgico, el pronóstico de las infecciones sobre dispositivos de electroestimulación cardíaca (DEC) se asocia a elevadas cifras de morbimortalidad cuando no es posible la retirada del DEC. Las características de los pacientes no operados con endocarditis infecciosa (EI) sobre DEC han sido poco estudiadas en la literatura.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia, características clínicas y pronóstico de los pacientes con EI sobre DEC en los que no se puede retirar el dispositivo de forma completa y el papel que tiene el tratamiento antibiótico oral supresivo (TAOS) en evitar las recidivas.

**Método:** Estudio retrospectivo de los episodios de EI sobre DEC en el periodo 1981-2020. Para el diagnóstico del EI sobre DEC se utilizaron los criterios de Duke modificados. Se compararon los casos en los que se extrajo el DEC y en los que no. Se analizaron los cambios temporales, las recidivas y la supervivencia al año. Se analizó la eficacia del TAOS y la utilidad del [18F]FDG-PET/TC en el seguimiento.

**Resultados:** Se diagnosticaron 138 casos consecutivos de EI sobre DEC en los que el dispositivo se retiró de forma completa en 123 pacientes (89%) y no se pudo retirar en 15 (11%). El porcentaje de casos no retirados fue del 4% en el periodo 1981-2000 y del 12,4% en periodo 2001-2020 ( $p=0,09$ ). Los pacientes en que los que no se pudo retirar el DEC tuvieron más edad (75 vs. 69 años,  $p<0,01$ ) y más comorbilidades (índice Charlson 5 vs. 4  $p<0,01$ ), menos afectación tricúspidea (6,7 vs. 24,4%,  $p=0,02$ ), mayor prevalencia de *Staphylococcus aureus* (66,7 vs. 29,3%,  $p<0,01$ ) y menor tasa de estafilococos coagulasa negativa (ECN) (13,3 vs. 48,7%,  $p<0,01$ ). Existe una tendencia no significativa a una mayor mortalidad intrahospitalaria (33,3 vs. 10,6%,  $p=0,07$ ) y más recidivas al año (13,3 vs.

1,62%,  $p=0,08$ ). Además, la mortalidad al año fue significativamente superior (46,7 vs. 13%,  $p=0,01$ ) en los pacientes en los que no se retiró el DEC. De los 15 pacientes sin retirada completa de DEC, ocho (53,5%) pacientes presentaron infección por *S. aureus*, 4 (26,7%) ECN, un (6,6%) *Cutibacterium acnes*, un (6,6%) *Enterococcus faecalis* y un (6,6%) *Escherichia coli*. Trece sobrevivieron al ingreso hospitalario de los que 11 (85%) recibieron TAOS, sin recidivas tras una mediana (RIQ) de 36 meses de seguimiento, incluyendo dos pacientes que suspendieron TAOS al negativizar el [18F]FDG-PET/TC de control tras 12 y 18 meses de tratamiento. Los dos (15%) pacientes que no recibieron TAOS inicial recidivaron durante el seguimiento.

**Conclusiones:** La no retirada del DEC en la EI sobre DEC ha aumentado en los últimos años e identifica un subgrupo de pacientes comórbidos de edad avanzada con menor afectación tricúspidea y mayor tasa de infección por *S. aureus*, que tienen una mayor mortalidad al año de seguimiento. El TAOS fue eficaz para evitar las recidivas.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.017>

14-ID: 220033

### EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO SECUNDARIO A ENDOCARDITIS INFECCIOSA “PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN ORAL 2022”



G. Cuervo<sup>1</sup>, P. Lapeña<sup>2</sup>, X. Urra<sup>3</sup>, J. Llopis<sup>4</sup>, M. Hernández-Meneses<sup>1</sup>, O. Maisterra<sup>5</sup>, F. Escrihuela-Vidal<sup>6</sup>, C. Sáez<sup>7</sup>, N. Pérez de la Ossa<sup>8,9</sup>, J.M. Miró<sup>1,10</sup>, el Grupo de Estudio TM-EI

<sup>1</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínic-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universidad de Barcelona

<sup>2</sup> Universidad de Barcelona, Escuela de Medicina, Barcelona

<sup>3</sup> Unidad Funcional de Enfermedades Cerebrovasculares, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universidad de Barcelona

<sup>4</sup> Departamento de Genética, Microbiología y Estadística, Universidad de Barcelona

<sup>5</sup> Servicio de Neurología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona

<sup>6</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitari de Bellvitge, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat

<sup>7</sup> Servicio de Medicina Interna, Sección de Enfermedades infecciosas, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

<sup>8</sup> Departamento de Neurología, Unidad de Ictus, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona

<sup>9</sup> Plan Director de Enfermedades Vasculares Cerebrales, Departamento de Salud de Cataluña, Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña, Barcelona

<sup>10</sup> CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

**Justificación:** El ictus isquémico agudo es la complicación extracardiaca más frecuentes y grave de la endocarditis infecciosa (EI). Dado que la trombólisis intravenosa (TIV) está contraindicada, la trombectomía mecánica (TM) proporciona una opción potencial-