

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-Meneses¹, J. Llopis², E. Sandoval³, S. Ninot³, B. Vidal⁴, M. Fernández-Pittol⁵, G. Cuervo¹, J.M. Tolosana⁴, A. Moreno¹, J.M. Miró^{1,6}, Hospital Clínic IE team investigators

¹ Servicio de Enfermedades infecciosas, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

² Departamento de Genética, Microbiología y Estadística, Facultad de Biología, Universidad de Barcelona

³ Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

⁴ Servicio de Cardiología, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

⁵ Servicio de Microbiología, Hospital Clínic-IDIBAPS, Universidad de Barcelona

⁶ 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. Cuervo¹, P. Lapeña², X. Urra³, J. Llopis⁴, M. Hernández-Meneses¹, O. Maisterra⁵, F. Escrihuela-Vidal⁶, C. Sáez⁷, N. Pérez de la Ossa^{8,9}, J.M. Miró^{1,10}, el Grupo de Estudio TM-EI

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

² Universidad de Barcelona, Escuela de Medicina, Barcelona

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

⁴ Departamento de Genética, Microbiología y Estadística, Universidad de Barcelona

⁵ Servicio de Neurología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona

⁶ Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitari de Bellvitge, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat

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

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

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

¹⁰ CIBERINFEC, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Justificación: El ictus isquémico agudo es la complicación extracardíaca 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-