

diabéticos, el 75,7% obesos (IMC > 30) y el 27,9% EPOC. El 14,8% eran fumadores activos y 37,7% exfumadores. El tiempo medio de circulación extracorpórea fue de 143,7 ( $\pm$  61,7) minutos. Los estafilococos coagulasa negativos (SCN) fueron la etiología predominante (29,5%), seguido de lejos por anaerobios (9,8%), estafilococo aureus (9%) y enterobacterias (9%). En un 20,5% de pacientes no se obtuvo aislamiento microbiológico. La presentación clínica más frecuente fue supuración de la herida con inestabilidad esternal (27,9%), seguida de supuración de la herida con esternón estable (17,2%). Un 15,6% tenían osteomielitis diferida con estabilidad esternal y el 14,8% infección superficial de la herida quirúrgica. El 44,3% se trató de forma conservadora (antibioterapia exclusivamente), y el resto fueron reintervenidos, con cierre inmediato (67,7%) o diferido (32,3%). La mortalidad atribuible a 1 año fue del 15,6%. La etiología más agresiva fue *Candida* spp (42,8% de mortalidad), seguido de SCN con un 21,1% ( $p=0,039$ ). Se observó una tendencia a mayor mortalidad en diabéticos ( $p=0,061$ ), y en EPOC ( $p=0,082$ ). No se encontraron diferencias significativas entre manejo conservador, cierre inmediato y diferido ( $p=0,278$ ).

**Conclusiones:** Los datos obtenidos son superponibles a la literatura. La diabetes, el EPOC y la obesidad se comportaron como factores de riesgo de IHQ. Predominaron etiológicamente los microorganismos de crecimiento lento SCN, y la etiología más mortal fue *Candida* spp. No conseguimos demostrar diferencias con respecto al manejo de estos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.027>

24-ID: 220045

### RECONSTRUCCIÓN DE LA CONTINUIDAD MITRO-AÓRTICA POR ENDOCARDITIS. ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE



M.A. Soler Oliva, B. Ramos Barragán, I. Sanchís Haba, E. Sánchez Domínguez, A. Adsuar Gómez, A. González Calle, A.M. Hernández Fernández, E. Gutiérrez Cantero, M. García de la Borbolla, J.M. Borrego Domínguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**Justificación:** La afectación de la continuidad mitro-aórtica en las endocarditis supone un reto quirúrgico con alta morbimortalidad.

**Objetivo:** Analizar los resultados en nuestro centro de la cirugía de reconstrucción del cuerpo fibroso intervalvular con sustitución mitral y aórtica (Commando), reparación mitral y sustitución aórtica (Hemi-Commando), o sustitución mitral y aórtica con cirugía de la raíz (Root-Commando) en pacientes con endocarditis.

**Método:** Análisis descriptivo de las variables clínicas y resultados de los pacientes intervenidos con cirugía de reconstrucción de la continuidad mitro-aórtica por endocarditis desde noviembre 2018 hasta septiembre 2022.

**Resultados:** Se han intervenido 12 pacientes. En cuanto a las variables clínicas, la edad media fue  $68,02 \pm 7,25$  años, 11 pacientes (91,7%) eran varones, 10 casos (83,3%) eran reintervenciones. El Euroscore II medio fue de  $41 \pm 19,84\%$  y el Aporte medio fue de  $35,50 \pm 12,50\%$ . En cuanto a los microorganismos causantes, 6 casos fueron por *Staphylococcus epidermidis* MR (50%), 1 caso por *Enterococcus faecalis* (8,3%), 1 caso por *Klebsiella pneumoniae* (8,3%), 1 caso por *Streptococcus oralis* (8,3%), 1 caso por *Streptococcus anginosus* (8,3%), 1 caso por *Streptococcus gallolyticus* (8,3%) y 1 caso por *Staphylococcus warneri* (8,3%). Con respecto al procedimiento realizado, en 3 pacientes se usó la técnica Commando (25%), en 4 pacientes la técnica Hemi-Commando (33,3%) y en 5 pacientes la técnica Root-Commando (41,7%). Se realizó cirugía tricuspídea

en 1 caso (8,3%), reconstrucción de la aurícula derecha en 1 caso (8,3%) y cierre de comunicación interventricular endocárdica en 2 casos (16,7%). Los tiempos de CEC y clampaje aórtico medios fueron  $306,42 \pm 71,83$  y  $241,17 \pm 41,59$  minutos respectivamente. En lo referente a las complicaciones, 2 pacientes (16,7%) precisaron soporte ECMO VA, 3 pacientes (25%) necesitaron diálisis y 6 pacientes (50%) requirieron implante de marcapasos definitivo. El tiempo de ventilación mecánica medio fue  $212 \pm 332$  horas. La estancia en UCI y postoperatoria media fueron  $17,33 \pm 23,37$  y  $31,25 \pm 27,21$  días respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue de 5 casos (41,7%). Con un seguimiento medio de  $20,92 \pm 14,19$  meses, la mortalidad es de 7 (58,3%) casos.

**Conclusiones:** La cirugía de reconstrucción de la continuidad mitroaórtica en las endocarditis es una técnica muy compleja y con alta morbimortalidad perioperatoria. Sin embargo, es la única opción quirúrgica viable y de supervivencia en este grupo de pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.028>

25-ID: 220046

### ENDOCARDITIS POR ENTEROCOCO CON RESISTENCIA INTRÍNSECA A VANCOMICINA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS



B. Alcaraz Vidal<sup>1</sup>, R. Mármol Lozano<sup>2</sup>, V. Silva Croizzard<sup>3</sup>, R. Jiménez Sánchez<sup>4</sup>, N. Cobos Trigueros<sup>1</sup>, F. Buendía<sup>2</sup>, M.J. del Amor Espín<sup>3</sup>, T. Dumitru Dumitru<sup>1</sup>, V. Campos Rodríguez<sup>1</sup>, S. Valero Cifuentes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas

<sup>2</sup> Cardiología

<sup>3</sup> Microbiología y Parasitología Clínica

<sup>4</sup> Medicina Intensiva, Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena

**Justificación:** Las especies de *Enterococcus* resistentes a vancomicina son responsables de una pequeña proporción de las endocarditis enterocócicas, y excepcionales aquellas con resistencia intrínseca a vancomicina, *Enterococcus gallinarum* y *Enterococcus casseliflavus/flavescens*, que conforman el grupo *E. gallinarum*, y representan menos del 10% del total de bacteriemias enterocócicas. Por tal excepcionalidad proponemos describir los casos de endocarditis por *E. gallinarum* atendidas en nuestro centro y revisar la literatura.

**Objetivo:** Describir y analizar dos casos de endocarditis por *E. gallinarum* diagnosticadas en nuestro hospital con revisión de la literatura.

**Método:** Descripción de dos casos clínicos atendiendo a patología de base, localización, forma de presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución. Posterior revisión de la literatura y análisis.

**Resultados:** Caso 1. Varón de 83 años sin cardiopatía, con antecedentes de sigmoidectomía por adenocarcinoma y colecistectomía por colecistitis 3 meses antes. Ingresó por fiebre y disartria. Presenta bacteriemia por *E. casseliflavus* y gran hemorragia cerebral. Desarrolla insuficiencia cardíaca, con vegetación sobre válvula nativa mitral con ruptura de cuerda e insuficiencia mitral grave. Recibe ampicilina y gentamicina. Dada la patología neurológica no se interviene siendo *exitus*. Caso 2. Varón de 68 años portador de prótesis biológica mitral por endocarditis previa por *Streptococcus mitis*. Presenta enfermedad renal crónica y divertículos de colon. Ingresó por fiebre prolongada con *E. gallinarum* en hemocultivos, vegetación en válvula protésica e infarto esplénico. Recibe ampicilina y ceftriaxona quedando asintomático. Se traslada a Cirugía