

Cardiovascular con ETE de control siendo devuelto. Posteriormente el PET TAC presenta captación, consolidando con linezolid con evolución favorable. En la literatura existen escasos casos de endocarditis y bacteriemia por *E. gallinarum*. En las series de bacteriemia se describen como factores de riesgo la presencia de neoplasia, patología biliar y hospitalización en los 6 meses previos, factores presentes en el caso 1. En más del 60% presentan criterios de sepsis, como nuestra serie. Según publicado la bacteriemia es mayoritariamente polimicrobiana y de origen biliar, siendo de foco desconocido apenas un 15%; destacando que en nuestra serie no identificamos el foco de bacteriemia. En la literatura el pronóstico suele ser bueno, siendo desigual en nuestros casos, con un fallecimiento.

**Conclusiones:** 1. La endocarditis por *Enterococcus gallinarum* es excepcional y la resistencia intrínseca a Vancomicina no comporta peor pronóstico. 2. Convendría despistaje de patología biliar y neoplásica en estos casos. 3. La destrucción valvular y el pronóstico son muy desiguales en nuestra serie.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.029>

26-ID: 220047

### INFECCIÓN DE DISPOSITIVO INTRACARDIACO POR *CANDIDA LUSITANIAE*

D. García Rosado, M.M. Alonso Soca,  
C. Borja-Goyeneche, M. di Silvestre Alonso,  
P.C. Prada Arrondo, A. Madueño Alonso,  
M.J. García González, M.M. Martín Cabeza,  
I.D. Poveda Pinedo, J. La Calzada Almeida

Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

**Justificación:** Las infecciones asociadas a dispositivos intracardiacos (DIC) aumentan con la ampliación de su uso. La infección *Candida spp* es excepcional (*Candida albicans* o *C. parapsilopsis* más frecuentes) con alta mortalidad si no se retira el DIC. Se describen pocos casos de endocarditis sobre válvula protésica por *Candida lusitaniae*, pero no lo hemos encontrado en la infección de DIC.

**Objetivo:** Caso con etiología poco frecuente.

**Método:** Infección de marcapasos por *Candida lusitaniae*.

**Resultados:** Varón de 69 años con implantación de marcapasos (MCP) VDD definitivo en 2014 por bloqueo AV Mobitz II. En 2020 recambio bicameral contralateral por disfunción, abandonando el electrodo VDD. Vertebroplastia percutánea de L2 en 2021 postraumática, hiperplasia prostática benigna. Presenta pérdida de peso, sudoración nocturna y disnea progresiva, de meses de evolución. Se realiza ETT: estructura de 2,8 × 2,5 cm en AD en contacto con cable ventricular. FEVI 60, PAPs 30 mmHg e ingresa para estudio. Hemocultivos 2/4 se aísla *S. epidermidis* y en 3/4 *Candida lusitaniae* (sensible a azoles y anfotericina B). En angioTAC inicial no se observa infiltrados ni TEP, no inmunosuprimido, no antibióticos en los dos últimos años, ni sondaje vesical. Se comienza con cloxacilina, daptomicina, voriconazol y caspofungina y traslado a nuestro centro. Tras hemocultivos de control negativos (5 días tras inicio del tratamiento) se hace la retirada percutánea del cable abandonado y DIC completo; cultivos DIC positivos para *C. lusitaniae*. Tras esto presenta fiebre, desorientación e insuficiencia respiratoria. En ETT se ven mamelones espiculados en AD de 1,1 cm, HTP moderada y trombo que ocluye por completo la arteria pulmonar principal derecha, por lo que realiza trombectomía, consiguiéndose permeabilización del tronco común y sus ramas principales, cultivos del trombo positivos para *C. lusitaniae*. Se modifica el tratamiento antifúngico a anfotericina B liposomal y fluconazol altas dosis, con control de la candidemia. Se coloca marcapasos epicárdico, se suspende la anfotericina B por TV secundaria a alteraciones elec-

trolíticas, se modifica por fluconazol y anidulafungina. Precisa una segunda trombectomía, la histología del trombo con esporas e hifas pero el cultivo es ya negativo. Posteriormente evoluciona favorablemente y en la ETE, a 4 semanas del explante, continúa imagen en pared de AD de 1 cm, IT leve. Recibió 6 semanas de tratamiento antifúngico endovenoso y continuó con fluconazol vía oral durante 6 meses con control ecocardiográfico y angioTAC.

**Conclusiones:** Paciente sin factores de riesgo e infección grave del DIC por *C. lusitaniae* y embolismo séptico recurrente de la arteria pulmonar principal derecha, con buena evolución tras explante del DIC, trombectomías de la A. pulmonar a y tratamiento antifúngico prolongado.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.030>

27-ID: 220048

### ENDOCARDITIS INFECCIOSA NATIVA SOBRE VÁLVULAS MITRAL Y TRICÚSPIDE EN PACIENTE CON CIV PERIMEMBRANOSA CONGÉNITA

M.A. Soler Oliva, F. Rodríguez Mora,  
A. González Calle, B. Ramos Barragán,  
I. Sanchis Haba, A. Adusar Gómez,  
E. Gutiérrez Cantero, E. Sánchez Domínguez,  
M. García de la Borbolla Fernández,  
J. Borrego Domínguez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Justificación:** La comunicación interventricular (CIV) es la cardiopatía congénita que se asocia con mayor frecuencia a la endocarditis infecciosa (EI), afectando esta a localizaciones poco frecuentes.

**Objetivo:** Presentación de un caso de EI en paciente con CIV congénita como ejemplo de las peculiaridades de la localización cuando aparece esta asociación.

**Método:** Exposición de un caso clínico de EI nativa sobre válvulas mitral y tricúspide en paciente con CIV perimembranosa restrictiva.

**Resultados:** Varón de 18 años en seguimiento desde la infancia por CIV perimembranosa subaórtica restrictiva que ingresa en UCI en situación de *shock* séptico sin foco. En ecocardiograma transtorácico (ETT), grandes vegetaciones mitral y tricúspide así como insuficiencia moderada de ambas válvulas. CIV perimembranosa con shunt izquierda derecha y con una gran vegetación en esa zona. En hemocultivo (HC) se aísla *Staphylococcus aureus* metilicilín sensible (SAMS), por lo que se inicia antibioterapia dirigida con cloxacilina y daptomicina. En TAC se observan embolismos sépticos cerebrales, pulmonares y esplénicos. Primeras 72 horas de ingreso en situación de fracaso multiorgánico (FMO). En ETT de control, crecimiento de la verruga tricuspídea y progresión de las insuficiencias valvulares de moderadas a severas. Ante situación de infección descontrolada e insuficiencia grave, se plantea intervención quirúrgica urgente, pero se decide retrasarla dos semanas para disminuir el riesgo de transformación hemorrágica de los ictus. En los siguientes días, mejoría de la situación de FMO. Negativización de HC al octavo día de tratamiento efectivo. Intervención quirúrgica en la que se observa CIV amplia de 1 cm de diámetro con tejido fibroso que la hace restrictiva, válvula tricúspide con gran destrucción de toda la región que circunda a la CIV y grandes vegetaciones hacia el TSVD con implantes en la pared libre del VD. Destrucción del festón P3 y comisura posterior de la mitral con vegetaciones moderadas. Anillo de ambas válvulas respetados. Se realiza resección de vegetaciones y tejido infectado, cierre de CIV con parche de pericardio bovino y sustitución valvular mitral mecánica y tricúspide biológica. Posoperatorio inmediato favorable con extubación y retirada

de aminorar a las 48 horas. 7 días de estancia en UCI. Mejoría de la insuficiencia respiratoria tras drenaje de derrames pleurales. Resolución de bloqueo auriculoventricular completo postquirúrgico tras 11 días. Alta a domicilio a los 27 días de la intervención.

**Conclusiones:** La EI del lado derecho representa un bajo porcentaje del total de EI. Sin embargo, en la EI asociada a CIV, la

localización más frecuente es la pared libre del ventrículo derecho y la válvula tricúspide por la dirección del flujo (*shunt* izquierda-derecha).

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.12.031>