

pacientes parece similar a la encontrada en el resto de pacientes con El enterocócica.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.011>

10-ID: 21

Tendencias actuales en endocarditis por *Candida*: perspectiva de una cohorte multicéntrica nacional (GAMES)



K. Ytuza^{1,*}, M. Machado^{1,2}, D. Alonso^{1,2}, D. Sousa⁵, A. Ramos⁶, B. Loeches⁷, J. Goikoetxea⁸, M.C. Fariñas⁹, A. de Alarcón¹⁰, J. de la Torre¹¹, P. Muñoz^{1,2,3,4}, M. Valerio^{1,2,3}, en nombre de los investigadores GAMES

¹ Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

² Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón, Madrid

³ Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

⁴ CIBERES (CB06/06/0058), Madrid

⁵ Complejo Universitario A Coruña

⁶ Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

⁷ Hospital Universitario La Paz, Madrid

⁸ Hospital Universitario de Cruces, Bilbao

⁹ Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, CIBERINFEC, IDIVAL

¹⁰ Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Parasitología (UCEIMP), Grupo de Resistencias bacterianas y antimicrobianos CIBERINFEC, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla, Sevilla

¹¹ Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga

*para correspondencia.

Justificación: La endocarditis infecciosa fúngica es una entidad infrecuente, pero con una elevada mortalidad. Es esencial conocer sus características clínicas, factores predisponentes, complicaciones y enfoques terapéuticos.

Objetivo: 1) Describir la incidencia, factores predisponentes, características clínicas, diagnóstico microbiológico, tratamiento antifúngico y quirúrgico, complicaciones de la endocarditis infecciosa por *Candida* (EIC) en una cohorte multicéntrica nacional (GAMES). 2) Identificar variables relacionadas con la mortalidad.

Método: Se reclutaron 94 casos con diagnóstico de EIC, según los criterios modificados de Duke, incluidos en la cohorte GAMES (enero 2008–noviembre 2022). Los datos clínicos, microbiológicos y estrategias de tratamiento se registraron según un protocolo preestablecido.

Resultados: 6.127 pacientes con Endocarditis Infecciosa (EI) fueron incluidos en la cohorte GAMES, de los cuales 94 (1,53%) fueron diagnosticados de EIC. Un total de 62 pacientes (66%) eran varones, la edad media fue 69 años (IQR 59–76). Los principales factores predisponentes fueron: cirugía valvular protésica 40 (42,6%), neoplasia de órgano sólido 21 (22,3%) y portadores de dispositivos cardiacos implantables 9 (9,6%). La válvula aórtica fue la más afectada 43 (45,7%), seguida de la válvula mitral 25 (26,6%). Los hemocultivos fueron positivos en 86 casos (91,4%), y hubo fungemia persistente en 42 (44,7%). Las especies aisladas predominantes fueron *C. albicans* 46 (48,9%) y *C. parapsilosis* 27 (28,7%). Se produjeron embolias en 49 casos (52,1%), siendo las más frecuentes las del SNC en 19 pacientes (20,2%). La mayoría de los casos 90 (95,7%) recibió tratamiento antifúngico, mientras que 35 casos (37,2%) se

sometieron a cirugía y 33 (35,1%) una combinación de tratamiento antifúngico y cirugía. La mortalidad relacionada con la EIC fue del 46 (48,9%). Se observó una mayor mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardiaca 12(25%) frente a 21(45,7%) (OR 2,52, IC95%=0,99–6,59, p=0,051), aquellos con múltiples vegetaciones 1(2,1%) frente a 8(17,4%) (OR 7,91, IC95%=0,85–73,18, p=0,068) y en los casos de embolias al SNC 6(12,5%) frente a 13(28,3%) (OR=2,97, IC95%=0,95–9,24, p=0,059). Se evidenció una menor mortalidad en los pacientes sometidos a cirugía 45,8% frente a un 28,3% (OR=0,23, IC95%=0,074–0,683, p=0,008) y aquellos que recibieron tratamiento con cándidas con un 75% frente a un 52,2% (OR=0,33, IC95%=0,121–0,890, p=0,029).

Conclusiones: La EIC supone el 1,5% de todos los episodios de EI de una cohorte multicéntrica nacional, afectando principalmente a pacientes con una cirugía valvular protésica previa. La mortalidad sigue siendo elevada especialmente en aquellos con insuficiencia cardiaca, múltiples vegetaciones y embolismos en el SNC. El tratamiento con cándidas y cirugía se asociaron con una menor mortalidad.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.012>

11-ID: 17

Endocarditis por *Abiotrophia defectiva* como causa de ictus: serie de casos de un hospital terciario con equipo de endocarditis multidisciplinar



Á. Ortega Sánchez*, L. Vidal Bonet, E. Bargay Pizarro, M. Vives Borrás, R.M. Díaz Navarro, R. Delgado Mederos, E. Ruiz de Gopegui Bordes, M.Á. Ribas del Blanco, C. Jiménez Martínez, S. Tur Campos

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

*para correspondencia.

Justificación: La especie *Abiotrophia defectiva* causa menos del 1% de todas las endocarditis infecciosas (EI). Aunque se desconoce la frecuencia exacta de complicaciones cerebrovasculares, la literatura apunta a que podría ser superior a la de la mayoría de EI, asociando también una mayor morbimortalidad.

Objetivo: Nuestro objetivo es examinar las características clínicas y radiológicas de las complicaciones cerebrovasculares de las EI por *A. defectiva*.

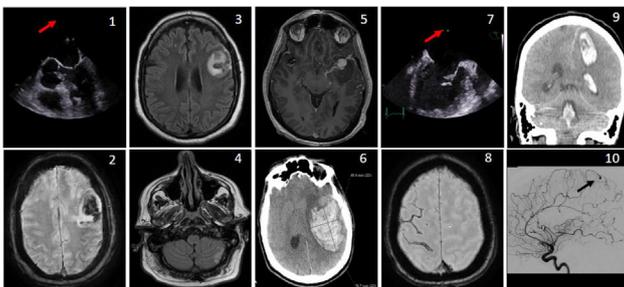
Método: Analizaremos una serie de 4 casos de EI por *A. defectiva* identificados en los últimos 6 años en un centro de tercer nivel con Equipo de Endocarditis multidisciplinar, compuesto por distintos profesionales involucrados en la atención de esta patología. Todos los pacientes presentaron complicaciones cerebrovasculares. Describimos sus características demográficas, clínicas y radiológicas, así como la evolución de esta entidad.

Resultados: La media de edad de los 4 pacientes era de 45 años y ninguno tenía antecedentes de valvulopatía previa. Si bien solo dos presentaron síntomas neurológicos al ingreso, a todos se les realizó neuroimagen y en los cuatro se encontraron lesiones isquémicas agudas/subagudas. Tres de ellos presentaron también hemorragias intracraneales, y en uno se detectaron tres aneurismas micóticos. Todos los pacientes fueron tratados con antibioterapia ajustada por cultivo y a pesar de ello, uno falleció tras sufrir una hemorragia intraparenquimatosa.

	Sexo	Edad	Antecedentes	Síntomas iniciales
Caso 1	H	50	Enolismo, cocaína Hipercolesterolemia	Afasia súbita Fiebre
Caso 2	H	42	Sin antecedentes	Parálisis facial derecha súbita Síndrome tóxico de 3 meses de evolución Fiebre
Caso 3	M	56	VHB crónica Artritis reumatoide	Dolor abdominal Fiebre de 2 semanas de evolución
Caso 4	M	30	Asma Migraña	Disminución nivel consciencia Cefalea Fiebre de 1 semana de evolución

	Ecocardiografía transesofágica	Neuroimagen inicial	Neuroimagen control
Caso 1	Vegetación aórtica (1)	TC multimodal: • Infarto frontal izquierdo	RM craneal: • Infarto ACM izquierda con transformación hemorrágica (2,3) • Infarto cerebeloso (4)
Caso 2	Vegetación mitral Insuficiencia mitral severa	TC simple: sin hallazgos	RM craneal: • Infartos ACM izquierda con transformación hemorrágica • 3 aneurismas micóticos, 1 de gran tamaño (5) TC cerebral: • Gran hematoma intraparenquimatoso con efecto masa y signos de herniación (6).
Caso 3	Engrosamiento mitral (7)	RM craneal: • Infartos en ACM derecha, ACP derecha • Hemorragia subaracnoidea (8) • Flebitis venosa cortical	
Caso 4	Rotura valva mitral	TC cerebral (9): • Hematoma frontoparietal izquierdo Arteriografía (10): • Aneurisma parasagital	RM craneal: • Infarto insular izquierdo

	Tratamiento	Evolución
Caso 1	ATB dirigido	mRS 3 meses 2 (afasia motora leve)
Caso 2	ATB dirigido Cirugía cardiaca demorada por hallazgos cerebrales	Hemorragia cerebral masiva el mismo día de la RM craneal Éxito en 24 horas, mRS 6
Caso 3	ATB dirigido Reparación valvular con visualización de vegetaciones	mRS 3 meses 0 (asintomática)
Caso 4	Intervención neuroquirúrgica: drenaje hematoma ATB dirigido	mRS 3 meses 4 (paresia extremidades derechas)



Conclusiones: La *A. defectiva* es una causa rara de EI, con alto riesgo de complicaciones cerebrovasculares. Por ello recomendamos en estos pacientes la realización de estudios de neuroimagen a pesar de no presentar síntomas neurológicos, ya que podría suponer un

diagnóstico precoz y con ello una optimización del manejo terapéutico.

<https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.11.013>

12-ID: 27

Características clínicas, microbiológicas y terapéuticas de la endocarditis infecciosa por *Cardiobacterium* spp. en un hospital general durante 15 años



A. Estévez^{1,2,3,*}, J. Serrano-Lobo^{1,2}, D. Alonso-Menchén^{1,2}, M. Machado^{1,2}, M. Valerio^{1,2,3,4}, M. Marín^{1,2,3,4}, M. Martínez-Sellés⁵, Á. Pedraz⁶, E. Bouza^{1,2,3,4}, P. Muñoz^{1,2,3,4}, en nombre del Grupo de Apoyo al Manejo de la Endocarditis Infecciosa del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (GAME-HGUGM)

¹ Servicio Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

² Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid

³ Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

⁴ CIBER Enfermedades Respiratorias-CIBERES, Madrid

⁵ Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

⁶ Servicio de Cirugía Cardiaca, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

*para correspondencia.

Justificación: *Cardiobacterium* spp. es un género bacteriano perteneciente al orden de los *Cardiobacteriales*, formado por dos especies (*C. hominis* y *C. valvarum*), pertenecientes al grupo HACEK. Aunque su papel como agente causante de endocarditis infecciosa (EI) es conocido, existe poca información reciente al respecto. Nuestro objetivo es describir las características clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes con EI causada por estas especies.

Material y métodos: El HGUGM pertenece al grupo GAMES de 45 hospitales que siguen prospectivamente todos los episodios de EI con un protocolo común. Todos los pacientes son evaluados por un grupo de expertos y todas las válvulas/material quirúrgico procedentes de pacientes con EI se analizan con métodos moleculares. Hemos analizado los pacientes con EI por género *Cardiobacterium* spp. diagnosticados en nuestro centro en el periodo 2008-2023.

Resultados: De las 733 EI diagnosticadas en nuestro hospital en el periodo de estudio, 4 (0,5%) estuvieron causadas por *Cardiobacterium* spp. (2 por *C. hominis* y 2 por *C. valvarum*). 3/4 eran mujeres, la media de edad era de 30 años y todos eran menores de 50 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron: cardiopatía congénita (100%), cardiopatía valvular (100%), material protésico intracardiaco (75%) y EI previa (25%). La localización de la EI fue: 3/4 (75%) sobre conducto protésico pulmonar y 1/4 (25%) sobre válvula aórtica nativa bicúspide. En 3/4 pacientes (75%) se realizó cirugía para la EI. El 75% de los pacientes presentó embolismos sépticos (2/3 pulmonares y 1/3 renales), y el 50% aneurismas micóticos (1/2 cerebrales y 1/2 en arteria pulmonar). En el 100% de los casos, el ecocardiograma mostró signos de endocarditis. En cuanto al diagnóstico microbiológico, los hemocultivos fueron positivos en 3/4 (75%) casos. En todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente, la PCR 16S rARN fue positiva. Todos los pacientes recibieron Ceftriaxona como antibioterapia dirigida, con una media de duración de